



TÉSIS
MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD



AUTOR:

LIC. EN N.: FLORES GARNICA ADAN

TÍTULO:

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA DIETA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON Y SIN CONTROL, EN EL ESTADO DE MÉXICO-ORIENTE.

LÍNEA DE GENERACIÓN Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO:

BIOPSIKOLOGÍA, SALUD Y SOCIEDAD.

DIRECTOR:

DR. EN C.S.C. CASAS PATIÑO DONOVAN

COMITÉ TUTORIAL:

MTRA. EN N.C. MAYA MARTÍNEZ MARÍA DE LOS ÁNGELES

MTRA. EN S. F. y C. SÁNCHEZ REPISO YURIDIA

Título:

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA DIETA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON Y SIN CONTROL, EN EL ESTADO DE MÉXICO-ORIENTE.

Introducción

La dieta es una herramienta en la ciencia nutricional para el combate de enfermedades, que bien son abordadas con motivos preventivos o como tratamientos. Sin embargo, la dieta no es solamente un implemento biomédico curativo, sino que, también, es una práctica social en donde la cultura, las tradiciones, las costumbres, los hábitos, las políticas, las normas y valores de cada grupo social la construyen y reconfiguran, tomando un significado cambiante influido por la región, la época, el modelo económico, las políticas alimentarias y las políticas en salud. De esta forma, la dieta es una herramienta de prevención, combate y rehabilitación con alto impacto en las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles, siendo el tratamiento de primer contacto para el control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 [DMT2] y la generación de estilos de vida saludables.

La DMT2, representa un reto mundial, sobre todo para los países en vías de desarrollo, puesto que, por una parte, el acceso a una mejor calidad de vida se ve imposibilitada por los recursos disponibles para la sociedad (salario, desempleo, accesibilidad alimentaria, seguridad alimentaria, políticas neoliberales, horarios laborales, por mencionar algunos) y, por otra, los estudios que se han realizado desde el descubrimiento de la DM hasta la actualidad, no han logrado disminuir el problema en su origen, por lo tanto, ésta ha ido en constante crecimiento, siendo además, una enfermedad prevenible y controlable con la generación de estilos de vida saludables con especial énfasis en la dieta.

Es así, que, la presente investigación devela las representaciones sociales de la dieta en la DMT2 de forma comparativa entre controlada y sin control, la cual, se reconstruye sobre la cultura y sociedad, puesto que de ellas emana el sentido común y contextualización de la alimentación pero donde se halla el reflejo de determinantes sociales que afectarán de manera positiva o negativa la identidad de la dieta, su actividad, su propósito, las normas y valores, la posición y relación, rodeadas en un entramado sociopolítico y económico, que transforma la concepción de la dieta y recae en la alza de la enfermedad, reconstruyendo la dieta y contrastándola en un dinamismo entre núcleo y periferia referente a: 1) tipos de alimentos vs tipos de cocciones, 2) tipos de prácticas junto con la dieta, 3) relaciones de poder, 4) propósitos, en relación al conocimiento de la dieta y, 5) descontextualización y regionalización de la dieta.

De esta forma se proponen distintas líneas a investigar, para conseguir una dilucidación más completa del fenómeno dietético del colectivo respecto a la DMT2, considerando la representación de la dieta acorde al sentido común respecto al colectivo profesional, es decir, los profesionales en nutrición.

Índice

Introducción	3
Planteamiento del problema	7
Justificación.	9
Objetivos	11
Objetivo General.	11
Objetivos Específicos.....	11
Revisión de la literatura.....	12
Marco Teórico.....	12
Teoría de las Representaciones Sociales.	12
Marco conceptual.....	36
Teoría de las Representaciones Sociales	36
Dieta.....	37
Diabetes Mellitus Tipo 2	37
Marco contextual.....	39
Estado del Arte.....	42
Panorama Mundial.	42
Panorama Nacional (México).....	78
Panorama Estatal	104
Metodología	105
Diseño del estudio.	105
Operacionalización de variables.	105
Universo de trabajo y muestra.....	108
Unidades de estudio y observación.....	108
Instrumento de investigación. (Anexo 1).....	108
Criterios de inclusión.	109
Criterios de exclusión.....	110
Desarrollo de proyecto.....	110
Métodos, procedimientos, técnicas e instrumentos.....	110
Resultados	113
Resultados no publicados	113
Análisis de resultados.....	113
Conclusiones generales.....	115
Resultados publicados.....	122
Artículos científicos.....	122
Aportación desde la mirada de la Sociología de la Salud	153
Referencias Bibliográficas	155

Planteamiento del problema

La dieta, en la práctica de la ciencia nutricional, es una herramienta básica para la promoción, prevención, tratamiento, monitoreo y rehabilitación de la salud, su contribución reside en evitar la aparición y desarrollo de enfermedades a través del mantenimiento del estado de salud nutricional, por lo que es un elemento relevante en el marco del proceso salud/enfermedad/atención. Dicho instrumento, ha sido abordado por parte de la nutrición en aspectos de trasfondo cuantitativo y cualitativo, los cuales han cubierto campos tanto multidisciplinarios como transdisciplinarios. Sin embargo, existen aún huecos de información en relación con la dieta, en donde la sociología no ha tenido exploración.

Tales contribuciones han desarrollado un mejor abordaje sobre las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles [ECNT] en cuanto a procedimientos y técnicas, así como las herramientas de apoyo para la aplicación de los mismos. Tal es el caso de la Diabetes Mellitus tipo 2 [DMT2], la cual es, biológicamente, una enfermedad crónica degenerativa de carácter epidemiológico nacional (Guazo, 2016) y, socialmente, es una enfermedad de alto impacto económico, que ha afectado por años a la población mexicana (ENSANUT MC, 2016). Los costos, el sufrimiento, el olvido de la colectividad, la cronicidad, son elementos que representan para el paciente, su familia y la sociedad, un gran peso social que pudiera ser prevenible y tratable con la dieta.

Las estadísticas nacionales en materia de nutrición revelan un incremento drástico de dicha enfermedad en los últimos 6 años (ENSANUT MC, 2016), como referentes, desde 1985 hasta 2015, han fallecido, un millón setecientos mil habitantes por esta causa directa (OMS, 2016), haciendo más vulnerables a quienes la padecen y las generaciones que precederán, reduciendo tanto la esperanza como la calidad de vida y denotándose directamente a través de la reproducción de hábitos dietéticos y alimenticios que por sentido común del colectivo mexicano, y herencia cultural, es correcto. De esta manera, se observa el panorama del efecto dietético en cuanto a la DMT2, donde el colectivo, quién sufre la enfermedad, carece de información sobre la dieta, denotando inflexiones en su propósito y su aplicabilidad.

En ese sentido, la dieta debería ser una herramienta prioritaria de combate a las ECNT, en especial la DMT2 por su alto impacto mundial y nacional pero, en consecuencia de las políticas establecidas con las que se rigen los procedimientos y técnicas en los procesos salud/enfermedad/atención y de educación, aún no han logrado incidir en la disminución de su mortalidad, morbilidad o prevalencia, dejando de lado al precepto básico de combate a esta enfermedad, la dieta, y generando un desajuste de objetivos sobre el combate en DMT2 en

relación a preceptos políticos descendentes que norman las prácticas biomédicas sistematizadas desde organismos internacionales a locales.

Desde la mirada de la praxis hegemónica biomédica sistematizada, las relaciones entre la dieta y el proceso salud/enfermedad/atención de la DMT2 se convierten entonces en un proceso social, manifestando diversos factores influyentes en dicho proceso, que su origen no es del todo biológico, sino que existen factores que influyen de manera directa o indirecta en la forma de manifestación de enfermedad o muerte de los colectivos, estos factores son un conjunto de determinantes sociales revelados discursivamente en un conjunto de percepciones, estímulos y respuestas, comportamientos, conocimiento, simbolismos y representaciones sociales de la realidad, generando un fenómeno en donde la enfermedad condiciona la manera de vivir y morir del colectivo, los cuales, muchas de las veces su conocimiento en el área de la salud está olvidado, condicionando un juego con el sentido cognitivo y el olvido científico.

Es así que, una observación profunda y re-análisis de la dieta sobre el proceso salud/enfermedad/atención de la diabetes mellitus tipo 2 desde la mirada de la sociología de la salud a través de la teoría de las representaciones sociales, con énfasis en redefinición de la dieta, generaría un panorama social para entender otros factores que revelan la realidad operativa de un paciente con DMT2 en un contexto amplio, que no solo brindara contrastaciones reales sino la construcción del núcleo procesual de la dieta en el paciente.

Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las representaciones sociales de dieta en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con y sin control en el Estado de México oriente?

Justificación.

La Diabetes mellitus tipo 2 tiene una incidencia a nivel mundial y nacional que se encuentra al alza desde hace ya varias décadas, por lo que es una enfermedad crónica no transmisible, de prioridad en atención y, su relación directa con la dieta, la educación y la economía.

A pesar de las políticas y programas implementados a nivel mundial, nacional y estatal, no se ha logrado incidir de forma directa y tajante en tal situación, además de no mencionar algún profesional de la salud como supervisor o encargado de tales estrategias, acciones o diseño de las mismas, aunado a no existir estudios cualitativos que muestren la realidad social con base a la concepción de la dieta respecto a la diabetes mellitus tipo 2 y, mucho menos, estudios de comparación en distintas poblaciones.

Es así, que, se encuentra un hueco representativo dentro de lo que es el proceso salud/enfermedad/atención respecto a la dieta en la Diabetes mellitus tipo 2. Por lo cual, las políticas se encuentran alejadas de la realidad del colectivo y no se incluye como base de las propuestas resolutorias y programas afines a tales implementaciones, lo que conduciría hacia un mejor abordaje en la promoción, prevención, tratamiento y monitoreo en dicha enfermedad.

Con base en lo anterior, es necesario realizar una investigación desde la mirada de la sociología de la salud y, específicamente, a través de las representaciones sociales, para abordar la construcción social de la dieta sobre Diabetes mellitus tipo 2 con el fin de develar los factores de determinación social asociados, como factores primordiales, a la realidad del problema, desde el punto de vista del colectivo, quien realmente es quien vive y sufre la enfermedad.

Por medio de la categorización y comparación de los determinantes que el colectivo indique como perjudiciales o a favor sobre su dieta, dejando ver las acciones y factores que deben tomarse en cuenta para *la práctica del nutriólogo*, como del *equipo multidisciplinario*, sobre el correcto apego del régimen alimenticio, así como su implementación desde la vertiente de la realidad social, disminuyendo costos tanto para el paciente y su familia como para la sociedad y el gobierno.

Objetivos

Objetivo General.

Analizar el significado de dieta en pacientes con diabetes mellitus tipo2 con y sin control en el estado de México oriente, basado en la Teoría de las representaciones sociales.

Objetivos Específicos.

- Describir las representaciones sociales de la dieta en torno a pacientes controlados y descontrolados con Diabetes Mellitus tipo 2
- Categorizar las Representaciones Sociales de dieta en la Diabetes Mellitus tipo 2
- Comparar las representaciones sociales de la dieta entre pacientes controlados y descontrolados con Diabetes Mellitus tipo 2

Revisión de la literatura

Marco Teórico

Teoría de las Representaciones Sociales.

Origen.

El término de representaciones sociales tiene un origen que comprende diversos hechos, lugares, términos y conceptos, y autores, principalmente filosóficos, los cuales a partir de 1879 se vieron en la necesidad de derivar, concatenar, estructurar y experimentar, junto con la creación de instrumentos, las diversas significaciones y conceptualizaciones que comenzaron a surgir gracias a la fundación del instituto de psicología en Leipzig, Alemania.

Tal instituto, fundado por Wundt, se originó para la experimentación psicológica, por lo que este término de psicología experimental fue acuñado para diferenciarla de otras corrientes. Tan grande fue el impacto que psicólogos influyentes de la literatura actual fueron estudiantes de dicho instituto, y que con lo cual, el termino siguió derivando en otros haciendo distinción entre lo natural y lo social.

De esta forma el término psicología experimental, al verse influenciado por métodos positivistas de Mach y Avenarius y, al interpretar la ideología de Wundt por Tichtener; Wundt consiguió realizar métodos de explicación de fenómenos con los cuales llevaría a cabo tres tareas: la creación de la psicología experimental, metafísica científica y la psicología social, con su respectiva diferenciación de ciencias naturales y ciencias sociales.

Así, teniendo una idea metodológica de reporte introspectivo (experiencial), logra desprender la interpretación de los productos de la experiencia colectiva, influenciado por Lazarus, Steinthal, Herder, Hartmann y Darwin, baso su análisis en el gesto animal para darle dirección a la comunicación entre habla y lenguaje humanos, y que resulto en que la comunicación de gestos proveía las bases indispensables de la vida social.

“...existe una respuesta mimética innata a las expresiones de otros por lo que es posible la transferencia de los estados mentales del individuo.”

(Danziger K. 1980)

De esta forma realiza inferencias relacionando la comunicación de gestos que originan la producción cultural: lenguaje, mitos y costumbres, y que con el tiempo cambian lentamente, catalizando la relación hombre-colectividad y cultura-producto.

Por otra parte, en Norteamérica, por John Dewey y George Herbert Mead, surge el pragmatismo: la filosofía de la acción. Dewey propone que la decisión activa es la que proyecta la acción/el hacer de los individuos, creando así, la inflexión sobre el modelo del arco reflejo y al mismo tiempo se desarrolla la relación entre conocimiento y realidad, por la cual se integra la intersubjetividad.

Mead realiza su análisis sobre el denominado acto social, el cual involucra símbolos y significados al estar relacionado con el espíritu y la comunicación y, que consecuentemente, esta comunicación crea la realidad. En este sentido, se refiere la intersubjetividad superpuesta en el yo (quien actúa), el mí (quien percata) y el otro (quien evalúa la comunicación entre los dos primeros).

Dados los momentos históricos que marcaron un punto de partida en este tema, Émile Durkheim, en su paso por distintas escuelas e institutos de psicología, se encuentra con Wundt en su propio instituto de psicología experimental, atraído por las publicaciones y la metodología tan rigurosa, en 1895 establece las diferencias entre las representaciones individuales y las representaciones colectivas, definiendo la conciencia colectiva como la trascendencia de la fuerza coactiva percibida en los productos culturales como mitos, religión, creencias, etc., y definiendo a la psicología social como los fenómenos que atañen más al colectivo con la imposibilidad de reducirlo al individuo.

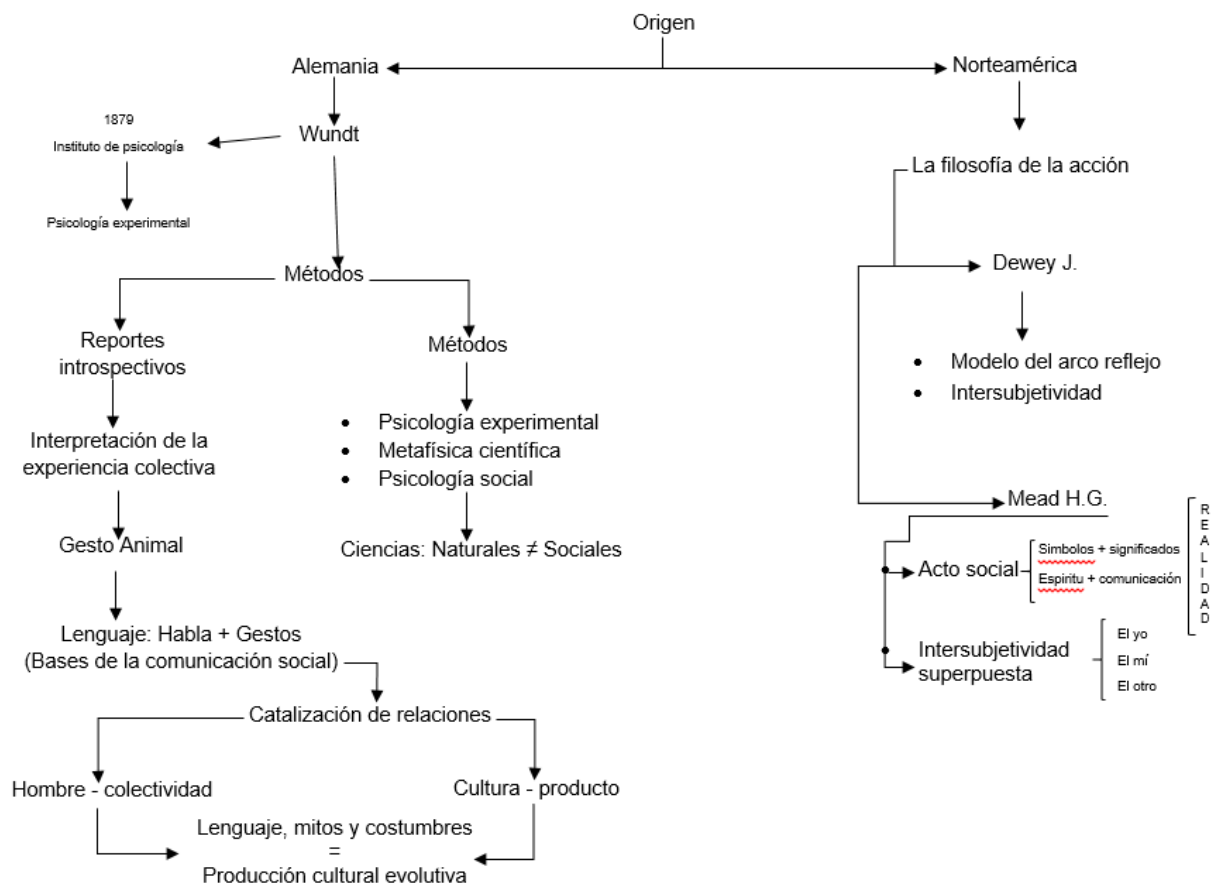
Es hasta décadas posteriores, cuando el psicólogo francés Serge Moscovici retoma este concepto propio de Durkheim y le da completamente el enfoque sociológico, por lo que delimita a una definición concreta nombrándolo conceptualmente como “Representación Social”, que es: una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es el sentido común originando el intercambio de comunicaciones del grupo social.

Cierta investigación de Moscovici, la cual buscaba hender y traspasar el psicoanálisis, en la sociedad francesa en los años cincuenta, pudo distinguir la objetivación y el anclaje, los cuales se refieren a la elaboración, funcionamiento y condicionantes de una representación social.

Poco después, estudiosos seguidores de esta teoría, como Denisse Jodelet y Robert Farr, comienzan a delimitar y a crear las definiciones más adecuadas y actuales a tal teoría, primeramente tomando en cuenta la noción de los procesos generativos y funcionales del saber enfocados al pensamiento social y, por otro lado, los sistemas cognoscitivos con una lógica y lenguaje propios, comprendiendo en el mismo un orden de orientación en el mundo material-social y la comunicación de intercambio social para clasificar los aspectos del mismo mundo, tanto individual como grupal. Es decir, lo que es el mundo social en torno a mí y lo que soy yo en torno al mundo.

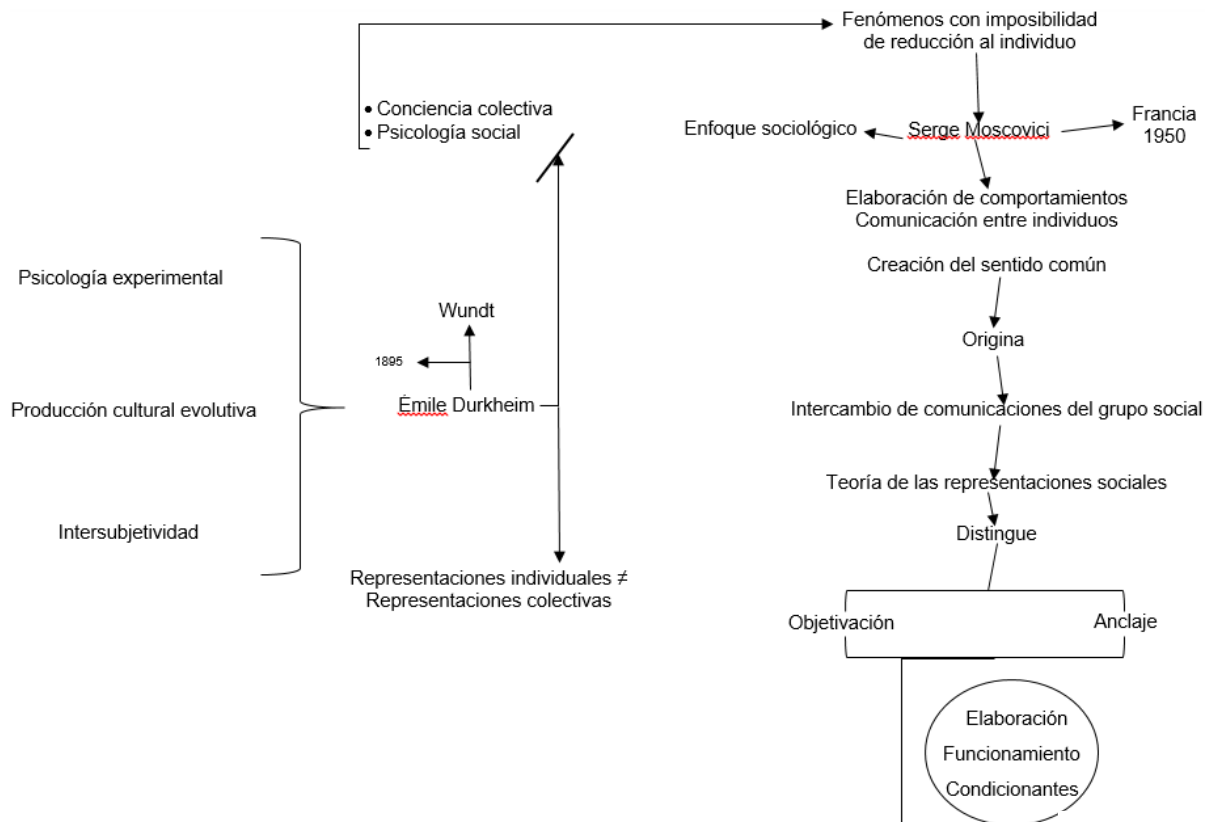
Entre otros investigadores del tema, se encuentra a María Auxiliadora Banchs, quien resalta las representaciones sociales como contenido y como proceso, basándose en los caracteres anteriores, creando el constructo mental de la realidad generada en el intercambio de ideas entre sujetos y, que, encuentran su expresión en un lenguaje cotidiano, el cual es propio de cada grupo social. Se encuentran, también, Di Giacomo (1987) quien se enfoca en resaltar ciertas características intra e intergrupales.

Mapa 1: Vertientes de las Representaciones Sociales;



Fuente: Propia

Mapa 2: Origen de las Representaciones Sociales



Fuente: Propia

Definición.

La teoría de las representaciones sociales es un entramado de diversos factores en forma discursiva a los que se le atribuyen percepciones de la realidad social para crear una idea de cómo llevar un comportamiento social con relación a, y para que, finalmente, esa idea sea transformada en un acto y pueda desenvolverse, socialmente, sobre esa práctica.

El concepto de Representaciones Sociales aparece por primera vez en la obra de Moscovici en el año 1961, donde expone:

“La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas, gracias a las escuelas, los hombres hacen intangible la realidad física y social, se integran en un grupo o una relación cotidiana de intercambios, liberan

*los poderes de su imaginación.” (Moscovici, 1979;
citado en Mora, 2002).*

Aquí, Moscovici, esta relacionando el conocimiento, que es generado a partir de los individuos/colectivo, con la comunicación, que puede ser psíquica, verbal y/o mímica, y los lleva a un punto en donde, consecuentemente, lleva a una práctica comportamental.

Posteriormente el propio autor afirmaba que:

“La representación social es un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales... Un sistema de valores, de nociones y de prácticas relativas a objetos, aspectos o dimensiones del medio social, que permite, no solamente la estabilización del marco de vida de los individuos y de los grupos, sino que constituye también un instrumento de orientación de la percepción de situaciones y de la elaboración de respuestas”. (Moscovici, 1981)

En este sentido, es necesario resaltar las palabras clave de la cita anterior. Se mencionan las palabras “comunicaciones interindividuales”, “vida diaria”, “sentido común”, “estabilización”, “orientación y “respuestas”. Todas estas palabras se conectan para crear la esencia de las representaciones sociales, ya que nos explican el núcleo de lo que las representaciones sociales son, es decir, que, la vida diaria tiene un sistema de comunicación interindividual (interiorizado, de propiedad, de identidad) basado en el conocimiento social respecto a un objeto-sujeto-tiempo, conocido como el sentido común, el cual estabiliza y orienta los comportamientos del colectivo con el fin de tener una respuesta-estímulo-respuesta respecto a la propia percepción y comportamiento.

La teoría de las representaciones sociales ha tenido un estudio riguroso con diversos aportes para la delimitación del concepto mismo, y que con el paso de las décadas se tiene una idea mucho más firme y concreta. A pesar de gran cantidad de estudios acerca de las representaciones sociales, la mejor definición creada sigue siendo la del psicólogo francés Serge Moscovici, mismo que creo el concepto de las representaciones sociales.

Wagner et al (1996), expone su punto de vista ante las representaciones de la siguiente manera:

“La teoría de la representación social es una aproximación constructivista social y una aproximación orientada discursivamente”.

(Wagner et al., 1996)

Se está consciente de que las representaciones sociales, son un entramado de discursos con un enfoque de construcción de la verdad del colectivo con base a sus acciones/actuar, de tal manera que continua...

“En lugar de imaginar las representaciones dentro de las mentes es mejor imaginarlas a través de ellas, como un pabellón tejido por la actividad y el discurso de las personas” (Wagner et al, 1999)

Es así como, Wagner, intenta relacionar, dentro de la teoría de las representaciones sociales, el sujeto y el objeto explicada por las acciones y los discursos, entendiendo de esta forma el comportamiento social.

De tal manera que Moscovici, mucho antes, realizo una relación entre sujeto y objeto que le permitía explicar tal construcción e interpretación discursiva:

“Sujeto y objeto no se considera funcionalmente separados. Un objeto se localiza en un contexto de actividad, ya que es lo que es porque es en parte considerado por la persona o el grupo como una extensión de su comportamiento”. (Moscovici, 1973)

Tales comportamientos crean una atmosfera en la que, el colectivo, se desenvuelve, resignifica y actúa en relación a cierto objeto, por lo que realiza una tematización en torno al objeto desde su perspectiva como ente social:

“La tematización denota cierto arreglo de palabras alrededor de un sujeto que no es el sujeto sintáctico, de modo que es percibido por quienes lo examinan” (Moscovici, 1979)

Es así como, Moscovici, comienza a explicar de forma sintética:

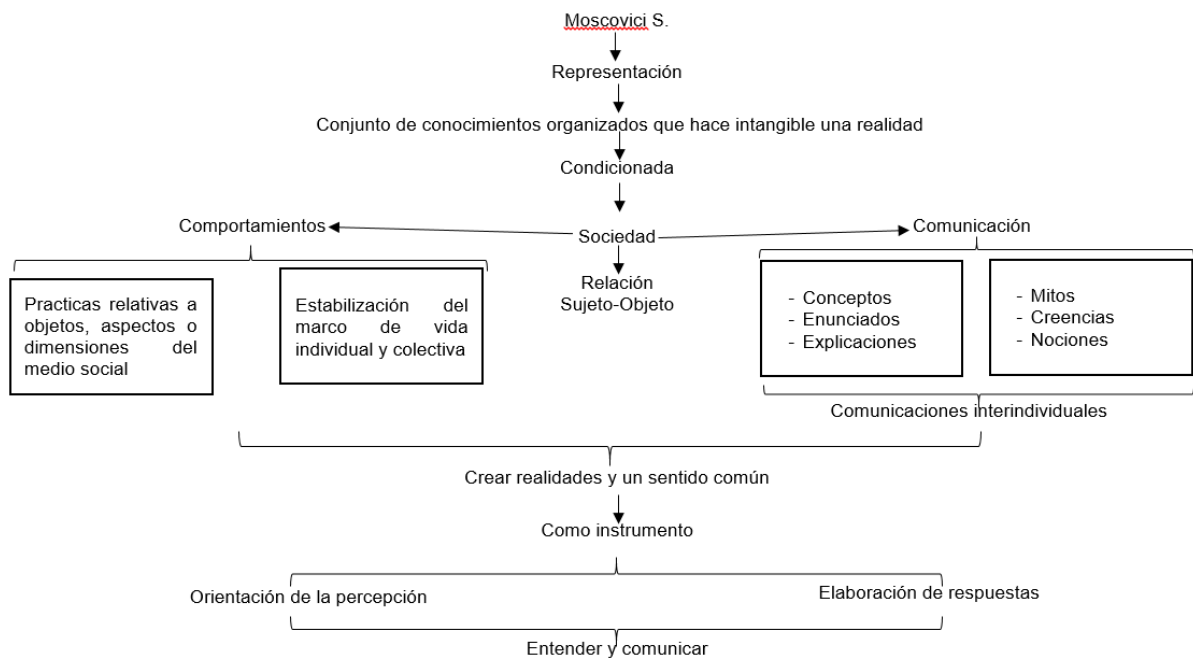
“Es una teoría particular de las formas colectivas del pensamiento y creencia, y de las comunicaciones producidas bajo la construcción de la sociedad” (Moscovici, 1993)

Moscovici, define las representaciones sociales como “una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos”, por lo que cada sociedad e individuo entiende y comprende algo y lo explica conforme a su propia percepción y experiencia.

... “En el sentido clásico, las representaciones colectivas son un mecanismo explicativo, y se refieren a una clase general de ideas o creencias (ciencia, mito, religión, etc.), para nosotros son fenómenos que necesitan ser descritos y explicados. Fenómenos específicos que se relacionan con una manera particular de entender y comunicar - manera que crea la realidad y el sentido común -. Es para enfatizar esta distinción que utilizo el término “social” en vez de “colectivo...” (Moscovici, 1984).

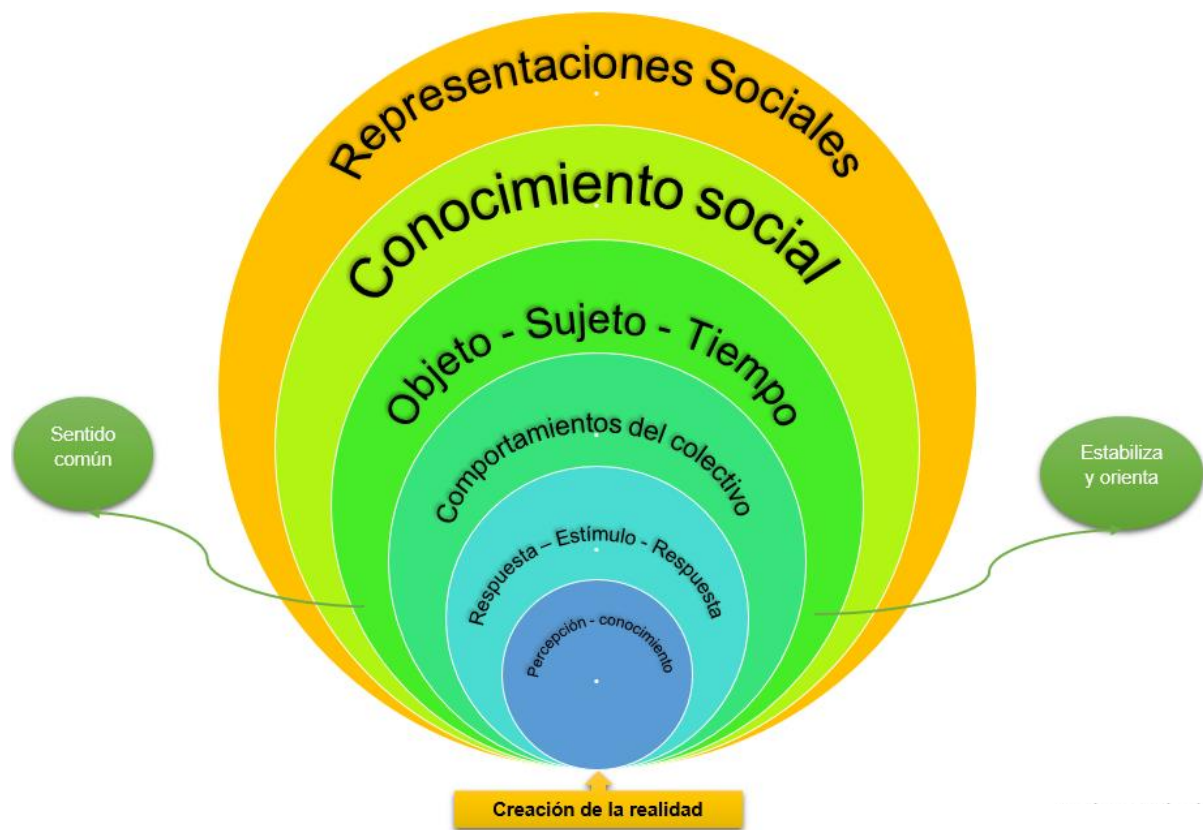
De esta forma, se hace diferencia entre las representaciones colectivas de Durkheim y representaciones sociales de Moscovici, dando, aparentemente, un pequeño toque, pero que involucra todo un panorama de relación de actividad cambiante de la vida colectiva respecto a un objeto.

Mapa 3: Definición de las Representaciones Sociales



Fuente: Propia

Mapa 4: Estratos constitutivos de las Representaciones Sociales



Fuente: Propia

Elementos.

Las representaciones sociales cuentan con elementos fundamentales que pueden ser analizadas desde el aspecto didáctico y/o empírico.

Uno de ellos es la información, la cual es el conocimiento que se tiene acerca de algún objeto o fenómeno de naturaleza social y, que, por efecto de las dimensiones conlleva a la riqueza en la explicación por las relaciones cotidianas.

El segundo es el campo de representación, tomando en cuenta el carácter ideológico, es la expresión jerarquizada del contenido de la representación tomando en cuenta las propiedades cualitativas.

Como último elemento, se encuentra la actitud. Ésta contribuye a definir con cierta precisión a grupos y sus tendencias, además de ser el elemento más común de todos. Así, la actitud, constituye la orientación favorable o desfavorable por su implicación comportamental y de motivación.

Moscovici (1979) concluye la teoría de las representaciones sociales afirmando tres condiciones que debe cumplir para la búsqueda correcta de la información y poder relacionarla, de tal manera que la tarea quede completa.

- a) La dispersión de la información, la cual hace referencia a que nunca será suficiente la información acerca de un objeto.
- b) La focalización, que siempre será diversa y que explica la interacción social como forma de atractivo social acorde a los intereses particulares del individuo.
- c) La presión a la inferencia es la respuesta que se exige del individuo de acuerdo con el grupo social y a constructos ideológicos acordes a un objeto, aplicado en las acciones como posturas determinadas.

De esta manera las dimensiones de la dinámica, la objetivación y el anclaje tomaban sentido en torno a la selección y descontextualización de los elementos, formación del núcleo figurativo y naturalización.

La objetivación toma la selección y descontextualización hasta formar un núcleo “figurativo” que se naturaliza, constituyendo de esta forma la teoría esquematizada. Es en donde la información superabundante junto con los signos lingüísticos, tratan de **relacionar/acoplar la palabra a la cosa.**

Según Moscovici dice lo siguiente acerca de la objetivación:

“Es descubrir la cualidad icónica de un ente o idea imprecisos, para reproducir un concepto en una imagen”

(Moscovici, 1984)

De esta forma el análisis hacia la objetivación apunta a la realización del objeto de representación en relación con los valores, la ideología y los parámetros de la realidad social.

Acorde a Jodelet y Abric, se confiere lo siguiente:

“El núcleo es simple, concreto, gráfico y coherente... lleva la marca de la cultura y de las normas del entorno social” (Abric, 1996)

“En este caso, la intervención social se traduce en el significado y la utilidad que les son conferidos” (Jodelet, 1986)

El anclaje representa la liga referente a la colectividad, el cual sirve para la interpretación de la realidad y actuar en ella. Este término delimita la visibilidad de la manera en que contribuye a modelar las relaciones sociales y como se expresan. Cuando el objeto social es cambiado por un instrumento, se coloca en una escala de preferencias en las relaciones sociales.

“(La teoría de las representaciones sociales...) excluyen la idea del pensamiento o la percepción sin un ancla”

(Moscovici, 1984)

Algunos otros elementos que contemplan estas representaciones sociales son las formas de determinación social, que son la central y la lateral.

Para Jodelet es:

“La integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente y a las transformaciones derivadas de este sistema” (Jodelet, 1986)

La diferenciación de ambas se distingue en que la central compone y conforma todo el constructo intracolectivo y está directamente relacionada a la representación social, mientras que la lateral son factores intercolectivos y que afectan de manera externa e indirecta en el constructo de las representaciones sociales y, que obviamente, ninguna es más importante que

otra, puesto que ambas conforman la ideología y caracterización de las representaciones sociales.

Jodelet continúa:

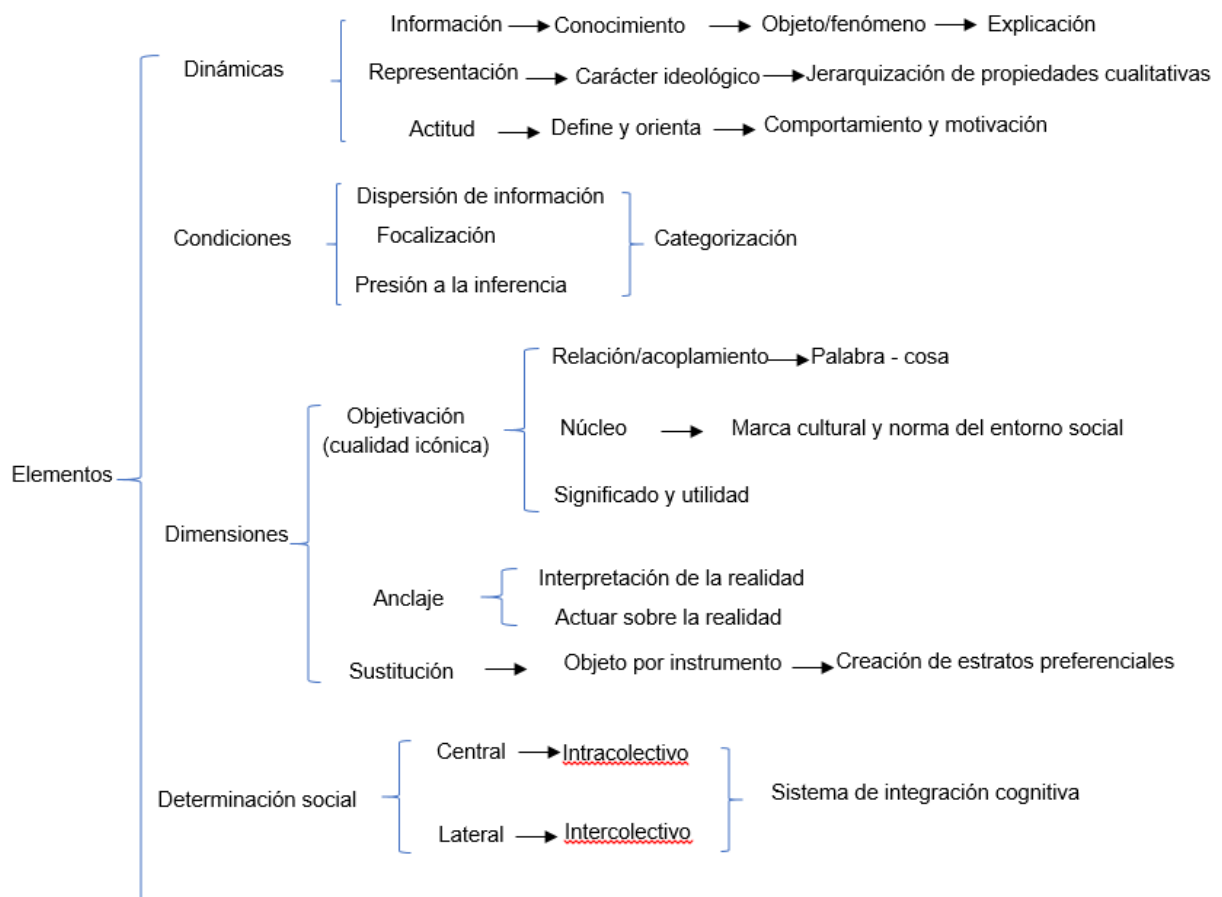
“El proceso de anclaje se descompone en varias modalidades...” (Jodelet, 1986)

Estas modalidades permiten comprender:

- Cómo se confiere el significado al objeto
- Cómo se utiliza la representación del mundo social, marco e instrumento de conducta
- Cómo se opera la integración dentro de un sistema de recepción y conversión de los elementos acorde a la representación

De esta forma queda constituida la teoría de las representaciones sociales y es mucho más fácil incidir sobre la interpretación de los discursos una vez que se han comprendido los elementos y se aplican paso a paso en un orden estricto con el fin de crear la relación más próxima y conceptualización más certera.

Mapa 5: Construcción de las Representaciones Sociales



Construcción.

Como máximo exponente, y creador de la teoría de las representaciones sociales, se encuentra el psicólogo francés Serge Moscovici, quién ha tenido diversos seguidores y, por decir de alguna forma, logró tener generaciones que lo acompañan a través de las múltiples exploraciones y conformaciones que solidifican cada vez más los elementos que componen dicha teoría.

Dentro de estos elementos, existen diversas orientaciones metodológicas referentes al estudio de las representaciones sociales en las que se encuentran destacados autores y estudiosos de las mismas, como lo son desde Moscovici, Jodelet, Flahault, Friedman, Di Giacomo, y entre los que se ven influenciados en comparación metodológica, por mencionar alguno, como Tomás Ibáñez.

A pesar de que Moscovici empleó cuestionarios estructurados y semiestructurados, sugirió las técnicas que pudiesen abarcar las dimensiones de tal teoría.

Él mismo, define las representaciones sociales como “una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos”, por lo que cada sociedad e individuo entiende y comprende algo y lo explica conforme a su propia percepción y experiencia.

... *“En el sentido clásico, las representaciones colectivas son un mecanismo explicativo, y se refieren a una clase general de ideas o creencias (ciencia, mito, religión, etc.), para nosotros son fenómenos que necesitan ser descritos y explicados. Fenómenos específicos que se relacionan con una manera particular de entender y comunicar - manera que crea la realidad y el sentido común -. Es para enfatizar esta distinción que utilizo el término “social” en vez de “colectivo...” (Moscovici, 1984).*

Las representaciones sociales comprenden diversos significados y nociones de cierto “objeto”, los cuales están basados en una relación estímulo-respuesta (Abric, 2004) pero con una relación independiente. Por lo cual, también puede llegar a ser tanto una teoría general

como particular, e integra conceptos distintos como actitud, opinión, identidad, imagen, estereotipos, creencias, símbolos, emociones, reflexiones, etc.

Así, la forma de entender la representación social es tomar en cuenta “la mediación individual y la trama socio-estructural”, “esta cultura ideológica forma el universo real del individuo y la colectividad” (Casas D. 2014).

También es común conocer las representaciones sociales y entenderlas como lo expone Casas (2014)...

“...las experiencias cotidianas de los sujetos, que bien, pueden referirse a grandes parcelas de la realidad, como el mundo físico, el mundo de la vida o el mundo social, o a aspectos muy limitados, como el funcionamiento de un ecosistema o el ciclo de la vida de un organismo.”

Estas representaciones son sociales ya que permite conocer cómo se crean redes de elaboración y difusión de información, así como la agremiación de la misma, y es al tratar de poner en práctica sus reglas cuando la sociedad forja las relaciones que debería haber entre sus miembros individuales.

En el desarrollo de la teoría de las representaciones se alcanza a vislumbrar la forma que va teniendo y el alcance tan ponderante que puede enriquecer a cualquier área del conocimiento si es combinado, no solamente por el aspecto psicológico o netamente social, sino por el conjunto de ideas y comportamientos basados en subjetividades que la sociedad va creando respecto a un “qué”, un “algo”, un “objeto”, y poder comprender el por qué y para qué de sus acciones respecto a lo estudiado en relación a la materia en combinación.

Denise Jodelet (1984), quien actualmente es la máxima ponente de las representaciones sociales, es quien plantea que la noción de representación social concierne a:

1. La manera en que nosotros, sujetos sociales aprendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano.
2. El conocimiento espontáneo, ingenuo o de sentido común por oposición al pensamiento científico.

3. El conocimiento socialmente elaborado y compartido, constituido a partir de nuestras experiencias y de las informaciones y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social.
4. Conocimiento práctico que participa en la construcción social de una realidad común a un conjunto social e intenta dominar esencialmente ese entorno, comprender y explicar los hechos e ideas de nuestro universo de vida.
5. Son a un mismo tiempo producto y proceso de una actividad de apropiación de una realidad externa y de elaboración psicológica y social de esa realidad. Son pensamiento constitutivo y constituyente.

Básicamente se habla de que las representaciones sociales se erigen en función a tres componentes: la actitud hacia el objeto, la información sobre el objeto y un campo de representación.

Es imprescindible que para conformar una representación ocurran dos procesos: la objetivación y el anclaje, ya que permiten explicar y orientar los comportamientos.

La objetivación, consiste en la transferencia de lo abstracto hacia una ejemplificación de lo físico. Para lo cual, necesita de 3 fases: la construcción selectiva, la esquematización estructurante y la naturalización.

La primera consiste en retener la información y saberes del individuo hacia el objeto, y hacerla encajar en una estructura del pensamiento ya constituida en el individuo, con un sentido de apropiación. La segunda, conforma la imagen física de esa apropiación de fácil entendimiento. La tercera, una vez formado el núcleo central, es el resultado de un proceso social y de una representación social que le da fuerza de tales objetos a nuestra mente.

En cuestión del anclaje:

“...Para nosotros el proceso de anclaje sería la integración al pensamiento de una nueva información sobre un objeto, la cual aparece con un significado específico ante nuestros esquemas antiguos y a la que se le atribuye una funcionalidad y un papel regulador en la interacción grupal. Es aquí donde se manifiestan los procesos de asimilación y acomodación, pues las informaciones recibidas son deformadas por nuestros esquemas ya constituidos, y a su vez, esta nueva información cambia nuestros propios esquemas para acomodarlos a sus características. Se puede afirmar entonces que este

proceso se refiere al enraizamiento de la representación social y su objeto.” (Alfonso P.J.)

El proceso de anclaje articula las tres funciones básicas de la representación: función cognitiva de integración de la novedad, función interpretativa de la realidad y función de orientación de las conductas y las relaciones sociales. (Rodríguez, O., 2001).

Poco después, Darío Páez (1987) realiza una caracterización de las Representaciones Sociales, y es en este punto en donde se comienza a conformar como una teoría con rigor metodológico social y en donde las herramientas tienen validez conforme se crean y aplican:

- a) Privilegiar y retener hechos relevantes del discurso ideológico
- b) Separar el conjunto de rasgos en categorías simples
- c) Construir un modelo o teoría explicativa y evaluativa a partir del discurso
- d) Reconstruir y reproducir la realidad

De esta manera Moscovici, infiere tres condiciones de emergencia:

- a) La dispersión de la información
- b) La focalización del sujeto individual y colectivo
- c) La presión a la inferencia del objeto (socialmente definido)

Lo anterior, es parte fundamental de la metodología, ya que constituye el núcleo y el fin de lo que debe ser identificable en los discursos, y, de esta forma, poder caracterizar y/o categorizar la información obtenida.

De la dispersión:

“los datos de que disponen la mayor parte de las personas para responder a una pregunta, para formar una idea a propósito de un objeto preciso, son generalmente, a la vez, insuficientes y superabundantes”. (Moscovici, 1979)

Es decir, no se tiene un concepto limitado ni absoluto, sino que se divaga en la propia explicación y es necesaria la atención para no desviarse en información no relevante acerca del objeto.

En cuanto a la focalización, expresa:

“Las personas y la colectividad focalizan porque los hechos capaces de conmovir juicios y opiniones son fenómenos que reclaman insistentemente su atención” (Moscovici, 1979)

En este sentido, se refiere a la información medular, real, del objeto del cual se está indagando; es lo que llama más la atención respecto al objeto y donde pueden concentrar la mayor parte de los discursos del sentido común de la realidad.

Y respecto a la presión a la inferencia, dice:

“Tanto el individuo como el grupo social son presionados a adoptar un punto de vista, a tener alguna opinión, si es que desean tomar parte en la conversación acerca de eventos u objetos sobre los que la colectividad focaliza” (Moscovici, 1979)

Es la explicación más cercana y certera a la realidad respecto al sentido común y de manera muy delimitada, generalmente con una exposición de información muy grande pero dirigida directamente al objeto, en forma de punto de vista personal pero que al exponerse frente al medio colectivo se crea una conceptualización fáctica.

Jean Claude Abric (1994), también como fuerte ponente de las representaciones sociales, pero con vertientes distantes metodológicamente, realiza una sistematización sobre el tema donde resume, a su modo de ver, cuatro funciones básicas de las representaciones. Estas funciones han sido desarrolladas en un trabajo realizado por Maricela Perera (1999), siendo precisamente dichas funciones las que se presentan a continuación:

1. Función de conocimiento: Permite comprender y explicar la realidad. Las representaciones permiten a los actores sociales adquirir nuevos conocimientos e integrarlos, de modo asimilable y comprensible para ellos, coherente con sus esquemas cognitivos y valores. Por otro lado, ellas facilitan -y son condición necesaria para- la comunicación. Definen el cuadro de referencias comunes que permiten el intercambio social, la transmisión y difusión del conocimiento.
2. Función identitaria: Las representaciones participan en la definición de la identidad y permiten salvaguardar la especificidad de los grupos. Sitúan, además, a los individuos y los grupos en el contexto social, permitiendo la elaboración de una identidad social y personal gratificante, o sea, compatible con el sistema de normas y valores social e históricamente determinados.
3. Función de orientación: Las representaciones guían los comportamientos y las prácticas. Intervienen directamente en la definición de la finalidad de una situación, determinando así a priori, el tipo de relaciones apropiadas para el sujeto. Permiten producir un sistema de anticipaciones y expectativas, constituyendo una

acción sobre la realidad. Posibilitan la selección y filtraje de informaciones, la interpretación de la realidad conforme a su representación. Ella define lo que es lícito y tolerable en un contexto social dado.

4. Función justificadora: Las representaciones permiten justificar un comportamiento o toma de posición, explicar una acción o conducta asumida por los participantes de una situación.

La funcionalidad de las representaciones sociales puede sintetizarse en evaluativas, orientadoras, explicativas y clasificatorias. A esta es necesario añadir otras dos funciones que guardan estrecha interrelación con las mencionadas anteriormente. Dichas funciones son:

1. Función sustitutiva: Las representaciones actúan como imágenes que sustituyen la realidad a la que se refieren, y a su vez participan en la construcción del conocimiento sobre dicha realidad.
2. Función icónico-simbólica: Permite hacer presente un fenómeno, objeto o hecho de la realidad social, a través de las imágenes o símbolos que sustituyen esa realidad. De tal modo, ellas actúan como una práctica teatral, recreándonos la realidad de modo simbólico.

Por otro lado, Banchs resalta tres técnicas que han sido utilizadas: el análisis de procedencia de la información, análisis de los actos ilocutorios y el análisis gráfico de los significantes, retomadas de Jodelet.

La primera, el análisis de procedencia de la información, por Jodelet en 1976, fue enfocada al análisis de las fuentes de las cuales el sujeto obtenía sus datos, sin importar el contenido temático. Esta técnica es difícil, pero permite discriminar el grado de implicación personal y el arraigo social de dicho conocimiento.

La segunda, el análisis de los actos ilocutorios, por Flahault, analiza los diálogos recopilados/obtenidos de fuentes de datos como textos, medios de comunicación o en observaciones. Aquí se detectan los actos explícitos y posteriormente se analizan las relaciones de poder para, finalmente, dar una imagen de tales actos.

Así, Friedman en el análisis gráfico de los significantes, como tercera, declara que debe ser transcrita y enumerada en unidades de significación todos los materiales grabados y las palabras que más se repitan se identifican para reproducirlas gráficamente en un sociograma como ilustración de las relaciones lingüístico-semánticas, lo que se conoce por núcleo

figurativo. Tomando esta última, como la más rigurosa, metodológicamente hablando, y con mejor acercamiento a la realidad debido a su extensa y compleja elaboración.

De la misma forma, Tomás Ibáñez (1988), describe las metodologías más comunes en las representaciones sociales: análisis de correspondencias.

A pesar de que es un análisis multidimensional de tipo factorial, presenta un alcance puramente descriptivo, basado en campos lexicales o también llamados campos semánticos, realizando una asociación e indagando por medio de una serie de palabras-estímulo. Aunque lo conveniente y más recomendado, por autores precedentes, es que, sería mucho más compleja y detalladamente rigurosa si se complementara con alguna de las metodologías anteriores. De esta manera, se conforman las representaciones sociales, incluyendo a otros autores con menos impacto, pero con su respectiva importancia dentro del aporte teórico-metodológico.

Como anteriormente se menciona, las representaciones sociales son el conjunto de ideas fundamentales que caracteriza el pensamiento de una persona, colectividad o época, de un movimiento cultural, religioso o político, etcétera, a lo que comúnmente llamamos sociedad, y dirigida principalmente a la exploración descriptiva, organización-clasificación, interpretación y representación (personificación) del objeto de estudio basado en signos y significados.

Las ideas sociales definen y construyen comportamientos basados en conceptos cognitivos empíricos reformando un “sentido común”.

“...De acuerdo con la psicología ingenua, la gente tiene un conocimiento de su entorno y de los sucesos que ocurren en él, logran este conocimiento a través de la percepción y otros procesos, se ven afectados por su ambiente personal e impersonal... permanecen en relación de unidad con otras entidades y son responsables de acuerdo con ciertas normas. Todas estas características determinan el papel que la otra persona juega en nuestro espacio vital y como reaccionamos ante ellas...” (Heider, 1958)

Cada sociedad crea sus propias ideas conforme a los valores, culturas, creencias, estilos de vida y un sinnúmero de factores que se van conformando y transmutando en lapsos diversos con el fin de establecer un margen comportamental fáctico tanto individual como grupal.

“...son producciones mentales que trascienden a los individuos particulares y que forman parte del bagaje cultural de una sociedad. Es en ellas como se forman las representaciones individuales que no son sino su expresión particularizada y adaptada a las características de cada individuo concreto...” (Ibáñez, T., 1988).

En este contexto entenderemos que las RS, son una teoría general como particular, propiamente holística, que integra conceptos distintos del ser en su totalidad, expresado como un ente completo, y en sus diversos ámbitos físico, espiritual y cognitivo, visto así mismo, como un fenómeno cambiante respecto a la época y entidad, las cuales crean un escenario ideológico específico acorde a un objeto o ente observado desde la sociedad (el exterior) a lo individual (el interior).

Con el fin de conocer el cómo, por qué, para qué y en relación a qué del fenómeno simbólico que recrea su ser y hacer acorde a su propia realidad, tales como actitud, opinión, identidad, imagen, estereotipos, creencias, símbolos, emociones, reflexiones, etc., teniendo en cuenta los enfoques inter, multi y transdisciplinarios, ya que tienen una funcionalidad muy poco delimitada y muy extensa, utilizando y aportando conocimiento de diversas áreas para comprender el universo que envuelve cierto objeto de estudio y poder vislumbrar los ejes de acción reales para el abordaje de cierta temática, así como, identificar y cortar de tajo los problemas que atañen la realidad misma ya olvidada.

Es así que, la teoría de las representaciones sociales debe entenderse como una teoría hermenéutica fenomenológica de conceptualización discursiva de los significados entre la relación objeto-sujeto-tiempo, influenciada por determinantes sociales intrínsecos y extrínsecos (la cultura, religión, ideología, educación, percepción, sociedad, economía, etc.), extrapolados de manera fáctica al hábito y estilo de vida.

Mapa 6: Sistematización de funciones de las Representaciones Sociales



Fuente: Propia

Metodología.

Si bien es cierto, la teoría de las representaciones sociales, elaborada por Moscovici en su libro *La psychanalyse, son image et son publique* en 1961, fue instrumentada a través de un enfoque plurimetodológico, combinando entrevistas, cuadernos de campo, cuestionarios y análisis de contenido, lo que dio auge a episodios de confrontación crítica que tuvieron, en diversas etapas, el impedimento de su aceptación por diferentes posturas epistemológicas predominantes, sin embargo, en las últimas décadas, ha dado pie a un gran número de corrientes de investigación, diversidad de modelos de aproximación teórica y empírica, enriqueciendo, entre tantas, a la sociología de la salud. A continuación, se muestran la diversidad de aproximaciones y ópticas para las representaciones sociales.

Jodelet (2003), menciona 2 modelos importantes, el primero se enfoca en el modelo del núcleo central y el segundo es el modelo de la escuela de ginebra, en donde ambas se conciben como “tomas de posición”. Por otro lado, la perspectiva desde Banchs (2000) tiene dos posturas: la estructural y el procesual.

El estructural hace uso del método experimental y análisis multivariable para identificar la estructura central, el cual busca la organización y estructura del contenido y la estructura, con métodos comunes como técnicas correlacionales y de análisis multivariados o ecuaciones estructurales para lograr encontrar los mecanismos de constitución, las funciones,

dimensiones y elementos de la cognición; como representante estructural: Jean Claude Abric. (Gutiérrez, S. 2016)

El procesual aborda los procesos cognitivos (Individual) y los de interacción-contextuales (Social), desde un abordaje hermenéutico, entendiendo y focalizando el análisis de “las producciones simbólicas”, utilizando métodos de recolección y análisis de datos cualitativos, por triangulación, combinando técnicas, teorías e investigadores. Se tiene un abordaje hermenéutico con el fin de reconocer los significados, los sentidos, la cultura de un grupo inmersos en la sociedad.

De esta forma, la elección de una perspectiva metodológica está determinada, en gran medida, por consideraciones empíricas, por lo cual, el acopio y análisis de la información son dos procesos que se interrelacionan, debiendo existir coherencia teórica y metodológica entre ambas.

Dentro de los métodos de recolección de información, según Abric (2001), existen dos grandes tipos de métodos, aquellos denominados interrogativos y los llamados asociativos.

Los interrogativos, entre los más destacados y utilizados para el estudio de las representaciones sociales, se encuentran la entrevista a profundidad/cualitativa, la entrevista semiestructurada/focalizada, el relato de vida, historia de vida, historia oral temática, grupos focales, cuestionarios, tablas inductoras, diseños y soportes gráficos, aproximación monográfica con técnicas etnográficas/encuestas sociológicas/análisis histórico/técnicas psicociológicas. Mientras que en los asociativos se encuentran asociación libre y carta asociativa.

Gutiérrez, S. (2016) menciona que, como métodos de análisis de información, que también son parte del cumplimiento de los objetivos en todo proyecto de investigación, se encuentran 4 tipos, los cuales, son lo más comunes y más utilizados por los grandes ponentes antes mencionados. Lo anterior se sintetiza en la presente tabla:

Tabla 1: Métodos de análisis de información

Métodos de análisis de información	
Los sistemas de categorías en la evolución y en las conductas discursivas.	El sistema que se utiliza es una matriz de análisis que se puede denominar tipología, la cual, es un sistema de clasificación o sistema de categorización. Integrándose de

	<p>la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La evocación. b) El análisis de las conductas discursivas. c) Los modos discursivos: constantivo, proyectivo, axiológico, prescriptivo y meta discursivo. d) La presencia del Locutor.
<p>El sistema de decodificación documental de los lugares de determinación</p>	<p>Se busca descubrir la presencia/ausencia de las marcas de los lugares de determinación en el discurso, transformando el <i>corpus</i> en una base documental, mostrando las relaciones que efectúa el sujeto en tres lugares:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) La determinación por la ideología 2) Las matrices culturales de interpretación 3) El relato de la practica
<p>El análisis morfosintáctico</p>	<p>Dos hipótesis: los discursos son esquematizaciones (operaciones lógico-discursivas) y las formas lingüísticas constituyen índices de operaciones y representaciones de aquellos que las expresan.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El recorte y sus razones b) Las reglas c) Los árboles d) Las lógicas de asociación
<p>El análisis argumentativo</p>	<p>La actividad discursiva es el lugar en el que</p>

	<p>las representaciones sociales se expresan de la manera más compleja.</p> <p>a) El procedimiento de análisis.</p>
--	---

Fuente: propia.

En conclusión, la teoría de las representaciones sociales es una teoría fenomenológica incluyente, al contemplar la compleja diversidad de conocimientos y creencias compartidos en una comunidad, la cual considera dichos razonamientos como prudentes, lógicos o válidos en la construcción mental del colectivo, tomando en cuenta, y como producto, la conformación de la realidad derivadas del conjunto e interrelaciones de la capacidad de juzgar los acontecimientos y eventos de forma razonable entre significados, creencias, sentidos, cultura, hábitos, etc., que están inmersos en una sociedad y que tienen el fin último de la creación del sentido común.

En este sentido, como método, la entrevista semiestructurada propone un abordaje del objeto de estudio sobre el sujeto de estudio de manera directa y con un riesgo mínimo en sesgos debido a su focalización en los datos, discursivamente, a obtener y que, posteriormente, se agruparan en campos semánticos o categorías estructurales que incluyen la inducción hacia una representación social con elementos fundamentalmente visibles como lo son: la objetivación en sus tres fases (la construcción selectiva, la esquematización estructurante y la naturalización) y el anclaje en sus elementos (cognición de integración, función interpretativa de la realidad y función de orientación de las conductas y las relaciones sociales).

Lo anterior, y como punto de triangulación metodológica, conviene agregar una micro-etnografía con el fin de conocer, describir, mostrar y contemplar los momentos de acercamiento a los lugares y sujetos de estudio en distintos momentos y en relación al objeto de estudio, dejando como información adicional la contextualización en torno a las representaciones sociales, para las cuales denotan un campo de amplitud y comprensión al fenómeno social que se aborda, según sea el caso, sobre la teoría de las representaciones sociales.

Tabla 2: Ejemplos de Autores y empleos de metodologías.

Autor	Método	Análisis
<u>Jodelet</u>	Procedencia de información	Fuentes de obtención de datos
<u>Flahault</u>	Actos <u>ilocutorios</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogos recopilados de fuentes de datos • Relaciones de poder
Friedman	Gráfico de los significantes	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades de significación por palabras • Diálogos grabados • Relaciones lingüístico-semánticas
Ibáñez	Correspondencias	<ul style="list-style-type: none"> • Campos lexicales • Palabra – estímulo

Fuente: Propia

Dado lo anterior, al hablar de representaciones sociales para este estudio, se retomará la construcción, elementos, características, etc., que configuran a la teoría de las representaciones sociales desde la perspectiva estructural comprendida por el modelo estructural de Jean Claude Abric por la cualidad categórica de la dinámica en relación al núcleo y periferia.

Marco conceptual

Teoría de las Representaciones Sociales

La teoría de las representaciones sociales es un entramado de diversos factores en forma discursiva a los que se le atribuyen percepciones de la realidad social para crear una idea de cómo llevar un comportamiento social con relación a, y para que, finalmente, esa idea sea transformada en un acto y pueda desenvolverse, socialmente, sobre esa práctica.

El concepto de Representaciones Sociales aparece por primera vez en la obra de Moscovici en el año 1961, donde expone:

“La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas, gracias a las escuelas, los hombres hacen intangible la realidad física y social, se integran en un grupo o una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación.” (Moscovici, 1979; citado en Mora, 2002).

La teoría de las representaciones sociales es una teoría fenomenológica incluyente, al contemplar la compleja diversidad de conocimientos y creencias compartidos en una comunidad, la cual considera dichos razonamientos como prudentes, lógicos o válidos en la construcción mental del colectivo, tomando en cuenta, y como producto, la conformación de la realidad derivadas del conjunto e interrelaciones de la capacidad de juzgar los acontecimientos y eventos de forma razonable entre significados, creencias, sentidos, cultura, hábitos, etc., que están inmersos en una sociedad y que tienen el fin último de la creación del sentido común.

Es así que, la teoría de las representaciones sociales debe entenderse como una teoría hermenéutica fenomenológica de conceptualización discursiva de los significados entre la relación objeto-sujeto-tiempo, influenciada por determinantes sociales intrínsecos y

extrínsecos (la cultura, religión, ideología, educación, percepción, sociedad, economía, etc.), extrapolados de manera fáctica al hábito y estilo de vida.

Dieta

La dieta es un régimen alimenticio que se lleva diariamente, que puede o no cumplir con las leyes de la alimentación sana al mismo tiempo que puede estar o no adecuado al individuo, y que simplemente involucra la transcripción de los alimentos que se consumen en un lapso de 24hrs, detallando la cantidad en gramos y/o porciones, los horarios de alimentación, la combinación y preparación de dichos alimentos.

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), define dieta como el conjunto de alimentos aislados y platillos que una persona consume al día. En donde hace referencia a que la mayor parte de la gente confunde el concepto con un régimen o plan de alimentación restrictivo, cuando en realidad es lo que el individuo come diariamente, sea el alimento que sea, las veces que haya de comer, etc.

Para esta investigación, debido a que no se encuentra una definición general que abarque la comprensión social, se utilizará la siguiente definición de Dieta:

Todo alimento que el individuo consume en un lapso de 24 horas para satisfacer su necesidad fisiológica o de autorrealización, sea adecuado o no, sea sano o no para su consumo y organismo que involucra un impacto social, político y económico sobre la salud, dentro de la promoción, prevención, tratamiento y monitoreo en el proceso salud/enfermedad/atención.

Diabetes Mellitus Tipo 2

La Diabetes Mellitus [DM] es una enfermedad crónica degenerativa caracterizada por el incremento permanente de la glucosa en el organismo a causa de la insuficiencia productiva del páncreas o por la utilización ineficaz de la insulina por el organismo (OMS, 2018) y se relaciona con factores de riesgo modificables como la obesidad o el sobrepeso, la inactividad física, y las dietas con alto contenido calórico de bajo valor nutricional (OPS-OMS, 2018).

Biológicamente, la diabetes mellitus tipo 2 [DMT2] (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se ha caracterizado como la utilización ineficaz de la insulina.

Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo, a la inactividad física y principalmente al tipo de dieta (OMS, 2018).

Socialmente, es una enfermedad de alto impacto económico, que ha afectado por años a la población mexicana, los costos, el sufrimiento, el olvido de la colectividad, la cronicidad, son elementos que representan para el paciente, su familia, la sociedad, un gran peso social (Guazo, 2016).

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.

Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños (OMS, 2016).

Debido a que la DMT2 no contempla una definición meramente social sino más bien biológica, para esta investigación, se comprenderá la siguiente definición:

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es una enfermedad crónica degenerativa de alto impacto socioeconómico, que afecta, por medio de la utilización ineficaz de la insulina, el estilo de vida de la población portadora generada por factores, principalmente, de determinación social y genéticos.

Marco contextual

México, normalmente llamado Estado de México para diferenciarlo del país, es uno de los treinta y un estados que, junto con la Ciudad de México, forman los Estados Unidos Mexicanos. Su capital es Toluca de Lerdo y su ciudad más poblada, Ecatepec de Morelos. Está ubicado en la región centrosur del país, limitando al norte con Querétaro, al noreste con Hidalgo, al este con Tlaxcala, al sureste con Puebla, al sur con Morelos y Ciudad de México, al suroeste con Guerrero y al oeste con Michoacán. Con 16 187 608 hab. en 2015 es el estado más poblado, con 22 357 km², el séptimo menos extenso —por delante de Hidalgo, Querétaro, Colima, Aguascalientes, Morelos y Tlaxcala, el menos extenso— y con 678,80 hab/km², el más densamente poblado. Fue fundado el 2 de marzo de 1824. El estado está dividido en 125 municipios, agrupados en 16 regiones (INEGI, 2015).

En cuanto a la situación sociopolítica, en primer lugar, la calidad de vida de los habitantes de las ciudades puede ser demasiado prometedora, o muy precaria, en especial para los miles de personas que llegan cada año buscando acomodo en un paisaje urbano nuevo con pocas oportunidades de empleo para ellos (inmigrantes). Es decir, hay un alto grado de desigualdad social y económica (ejemplo: Naucalpan y Huixquilucan, de los municipios más ricos del país y Chimalhuacán y Valle de Chalco, de los más pobres). Aparte, en muchos municipios del Estado de México se observan comunidades rurales que no cuentan con todos los servicios, dificultando la integración económica de los que viven en estas (Coneval, 2017).

En cuanto a economía se refiere que contribuye un 9.5% al Producto Interno Bruto de México, lo que le posiciona como la segunda economía del país, sólo detrás de la Ciudad de México. El PIB estatal está compuesto en un 28% por la industria manufacturera, de maquinaria y equipo, de electrónicos, automotriz, textil y maquiladora; un 22% por el sector servicios; el 20% por el comercio, hoteles y restaurantes; y el 15% por los servicios financieros y actividades inmobiliarias (INEGI, 2015).

En cuanto a las actividades primarias, el estado de México destaca en la producción de clavel, crisantemo, rosa y es el estado de México, el mayor productor de floricultura en todo el país; las cuales además se exportan a países como Japón, Estados Unidos, Canadá y Reino Unido; en esta entidad también se producen nopal, tuna, xoconostle, zanahoria, papa, chile, calabaza, frijol, tomate verde, chícharo, maíz en grano, cebada y trigo. Además de ser un estado que a

pesar de carecer de litoral (acceso al mar) se posiciona como el primer productor acuícola nacional de trucha y carpa (INEGI, 2015).

El tamaño de la economía mexiquense le coloca a la par de otras grandes economías latinoamericanas. En la entidad, operan el 11% de las empresas de todo México, sus grandes parques industriales y la gran fuerza exportadora de sus productos y artesanías (en donde además ocupa el 3 lugar de producción nacional), le confirman su posición como una gran potencia industrial en México (INEGI, 2015).

El Estado de México cuenta con 42 desarrollos industriales, 2 mil 137 unidades económicas que captan 129 mil 457 personas, 137 unidades económicas que captan 129 mil 457 personas ocupadas, y para efectos de presentación, los municipios donde operan estos desarrollos han sido ordenados en cuatro grupos. De los 42 parques, ciudades y corredores industriales, 13 ubican en el primer grupo denominado al noreste de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM), donde se registran 841 unidades económicas y 41 mil 944 de personal ocupado. Le sigue en importancia por el número de puestos de trabajo, el grupo localizado al noroeste de la ZMCM, en el que laboran 38 mil 678 personas en 786 unidades económicas. En el centro de la entidad se concentran 12 parques industriales, donde 33 mil 190 personas ocupadas se emplean en 464 unidades económicas; y finalmente, en el grupo ubicado al norte del estado, se localizan 4 desarrollos industriales que reportan 15 mil 645 puestos de trabajo (INEGI, 2015).

En cuestión de pobreza, el Estado de México concentró 9.46 millones de personas en situación de pobreza, siendo el 49.6% del total de su población y el 17% del total del país, según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval, 2017). De este total un millón 206 mil están consideradas en pobreza extrema, teniendo un aumento de 2012 a 2014 del 28% de personas en dicha situación, siendo el estado a nivel nacional en donde más se incrementó la situación. La evaluación de la condición de pobreza del Coneval considera que casi la mitad de la población mexiquense vive con 10 MXN al día o menos.

En salud, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 indica que la población está distribuida en un nivel de atención por instituciones de la siguiente manera:

- Pemex 0.4%
- Privado 0.7%
- Sedena/semar 0.5%
- Otra 1.4%
- ISSSTE 7.7%
- IMSS 38.1%
- Seguro Popular 50.4%

Por lo que, en cuestiones de atención primaria en el Instituto Mexicano de Seguridad Social, se tiene un aproximado de 85 unidades médicas familiares (IMSS, 2017).

En cuanto al número de población con Diabetes mellitus tipo 2, se reporta en 7.2% para 2006, 9.2% para 2012 y 9.4% para 2016 a nivel nacional. En el Estado de México, se tiene un aproximado de 10.5% de la población total en 2012, que corresponde a 1 600 000 habitantes diagnosticados (ENSANUT, 2012), y con una distribución para el 2016 entre hombres y mujeres de 8.2% y 12.5% respectivamente (ENSANUT 2016).

En cuestión de la prevalencia, la tasa se encuentra en 9.4% en 2016, con una tasa de mortalidad en 1.5 millones de habitantes para 2012, lo que para 2013 se encuentra en 70.8 x 100 000² de habitantes y, en morbilidad, la tasa se valora en 23.4 x 1000 habitantes hasta el 2013. Lo anterior solo para el estado de México (SIDSS, 2015).

Estado del Arte.

La información que se presenta en este apartado, es parte de la revisión sistemática que se realizó en las distintas bases de datos con base científica, tales como Redalyc, Ebscohost, Medigraphic, Elsevier, etc., bajo las palabras clave de: *Diabetes mellitus tipo 2, dieta, representaciones sociales, tratamiento nutricional, políticas en salud*; el objetivo era conocer y clasificar el estado actual de la producción teórica y metodológica de las investigaciones generadas en torno a la diabetes mellitus tipo 2, la praxis en nutrición, y la dieta como constructo social.

La primera parte contempla aquellas investigaciones que se han enfocado a la integración de análisis teóricos y estadísticos tanto de manera globalizada como de enfoque nacional y estatal, en relación al avance en diabetes mellitus tipo 2 y su abordaje sobre la misma desde la perspectiva organizacional global hasta las dependencias gubernamentales nacionales, así como la implementación de programas aplicados por éstas últimas, posteriormente se presentan aquellos estudios que se han orientado en interpretar y analizar los significados que los actores construyen y señalan de forma discursiva a partir de las experiencias, actitudes, valores, imaginarios y percepciones que surgen del régimen alimenticio/dieta en torno a la praxis del profesional en salud (nutriólogo) y la misma enfermedad.

A través de esta búsqueda de información reciente referente al tema, se encontraron 132 artículos, de los cuales, se expondrán los más representativos para los fines de esta investigación, organizando la exposición de los artículos de mayor a menor antigüedad y en tres niveles: mundial, nacional y estatal.

Panorama Mundial.

A nivel mundial, las representaciones sociales se han estudiado por diversos autores reconocidos, entre los que se pueden mencionar a Serge Moscovici quien es el generador de tal teoría, Jean Abric, quien propone modelos de análisis y un poco de metodologías, y, por último, Denisse Jodelet, quien propone completamente los modelos de análisis y categorización, empleando la aplicación y sustento de metodologías cualitativas de manera rigurosa y formal dentro de los estudios en las representaciones sociales. De esta manera se presenta la siguiente información aplicada a la diabetes mellitus y la dieta.

Moscovici, S. (1979), genera la teoría de las representaciones definiéndolas como: una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es el sentido común originando el intercambio de comunicaciones del grupo social.

Pimentel, C.R.R. (2009), Se realizó una investigación de campo, descriptivo, de cohorte cuantitativa y cualitativa, con abordaje psicológico. Para obtener los datos, se utilizó un cuestionario biosociodemográfico y la entrevista en profundidad. El primer instrumento fue utilizado con el fin de obtener información sobre el perfil de los participantes, tales como; edad, sexo, educación, estado civil, tiempo desde el diagnóstico y la insulina. Hubo un uso de la entrevista en profundidad, precedido con base a la siguiente pregunta: Por favor, al igual que (a) usted (a) hable todo lo que sabe acerca de la diabetes, incluyendo sus sentimientos, sentimientos y creencias. Este instrumento permite al encuestado discorra libremente sobre el tema propuesto, sin respuesta o condiciones preestablecidas por el investigador, lo que permite una mayor profundidad acerca de la inter relación del individuo con el objeto de estudio, que muestra las experiencias de la vida cotidiana, emocional y cuestiones existenciales, entre otros, preparado sobre la base de la lengua de sentido común, estos son factores esenciales para la detención de Representaciones Sociales.

Antonio dos Santos, M. et al. (2010), Realizan un estudio cualitativo con el objetivo de identificar las representaciones sociales de personas con diabetes respecto del apoyo familiar percibido con relación al tratamiento. Se utilizó como referencial teórico - metodológico la teoría de las representaciones sociales. Participaron 41 diabéticos atendidos en centro universitario del interior paulista en 2007. Para la recolección de datos se usó un grupo focal. Los datos fueron tematizados. Los resultados identificaron tres categorías: el apoyo familiar está presente en el cotidiano del paciente con diabetes; la familia no siempre apoya el paciente con diabetes en sus necesidades; la propia persona diabética toma la responsabilidad de despertar el apoyo familiar. También se reporta que el exceso de control ejercido por familiares restringe su autonomía y despierta sentimientos ambiguos.

Gomes-Villas Boas, L.C. et al. (2012), en su artículo “Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con Diabetes Mellitus”, realiza un análisis sobre la observación del apoyo familiar a través de entrevistas semiestructuradas en un estudio de tipo cuantitativo, con lo que concluye que la adhesión al tratamiento sobre el control metabólico, teniendo como resultados que el apoyo familiar es necesario ya que las

personas que están alrededor del paciente, llegan a fungir el papel de un educador en salud, siempre y cuando se le incluya en la consulta, porque trata de cuidar a su familiar, lo que trae como consecuencia, mejoras en el control metabólico de forma significativa.

En el año 2014, Casas, realiza un estudio comparativo de representaciones sociales de la dieta en pacientes con obesidad, que como objetivo fue la interpretación de la dieta en pacientes con obesidad de dos comunidades con niveles similares en economía, población, etc. Para tal fin, se realizó un estudio de tipo cualitativo con la aplicación de entrevistas semiestructuradas a individuos con obesidad de las comunidades de Chalco en Estado de México, México, y en Aracaju, ubicado en Brasil. Como resultados se obtuvo que la dieta refleja un imaginario en torno a lo que “se obliga a comer con estricto apego y rigor” y que a pesar que se muestra un respeto por médicos y nutriólogos, los actores sociales refieren que la dieta esta desapegada de la realidad económica, con lo que se concluye que la población brasileña conoce y tiene un significado mucho más amplio del sistema alimentario y su apego, a diferencia de México, que se tiene un significado mucho más elaborado hacia el control biomédico.

Nicolas Chevalier et Patrick Fénelichel (2015), realizan un estudio en donde se dilucida que la alimentación basada en índices glucémicos altos y sobre todo en azúcar, ha llevado a crear inflexiones en las rutas metabólicas y con ellas el incremento de problemas en salud como lo es la diabetes y, así mismo, diversas complicaciones como el cáncer de próstata entre otros tipos que afectan el aparato reproductor.

Garber, A.J. et al. (2015), realizan la comprensión del manejo algorítmico de la diabetes que puede llevar al paciente a evitarla (prevenirla) pero también puede llevarlo a la mejoría y en esta guía se explica a detalle cuidadosamente, como debe ser ese manejo.

Russell J de Souza (2015), revela un estudio en donde revisó los estudios observacionales prospectivos y evaluó la certeza de las asociaciones con los métodos GRADE. No hubo asociación entre las grasas saturadas y los resultados de salud en los estudios donde la grasa saturada en general reemplazó a los carbohidratos refinados, pero hubo una asociación positiva entre los ácidos grasos trans totales y los resultados de salud. Las pautas dietéticas para los ácidos grasos saturados y trans deben considerar cuidadosamente el efecto de los nutrientes de reemplazo.

Fumiaki Imamura (2015), a través de un meta-análisis revela que el consumo habitual de bebidas azucaradas se asoció positivamente con la incidencia de diabetes tipo 2,

independientemente del estado de obesidad bajo un supuesto de causalidad, el consumo de bebidas azucaradas puede estar relacionado con el 4-13% de la incidencia de diabetes tipo 2 en los Estados Unidos y entre el 2-6% en el Reino Unido durante 10 años, 2010-20. Las bebidas endulzadas artificialmente y el jugo de fruta se asociaron positivamente con la diabetes incidente tipo 2, pero probablemente implicaran sesgo, y parecían no ser opciones saludables para la prevención de la diabetes tipo 2.

Denisse Jodelet (2015) en un reciente estudio, explica desde un pensamiento epistemológico, las intervenciones históricas del individuo hacia las representaciones sociales a partir de la historia del pensamiento y el movimiento que va teniendo un sujeto/objeto conforme a su valor e imagen, hasta las representaciones socio-espaciales que involucran la resignificación discursiva desde la memoria. Explica procesos con sus múltiples metamorfosis, además de incidir en temas actuales y nuevos que están dando la resignificación social desde aspecto que no podríamos haber imaginado como lo es la música.

Pablo Aschner M. (2016), diseña y promueve en Colombia los parámetros que se brindan en relación al abordaje del paciente con diabetes mellitus tipo 2, los cuales son de utilidad al indicar las intervenciones y definir las estrategias que previenen y tratan la enfermedad y que a plazos mediano, corto y largo, tendrán resultados, siempre y cuando el paciente este sujeto al tratamiento o tratamientos.

Hugues H. et al. (2016), realiza un estudio con mejores resultados que en los que se utilizan grupos control. Se realiza un análisis de la motivación del cumplimiento del tratamiento de la DM2 al convivir con un animal de compañía, se observó que casi la totalidad (98%) de los sujetos del estudio estaban motivados por cuidarse más. Las razones que exponían estaban relacionadas sobre todo con el hecho de que su animal podía quedar desvalido o desprotegido en caso de discapacidad o muerte, siendo así que los animales constituían un foco de atención y preocupación.

Thomas M.S. et al. (2016), realizaron un estudio en donde se administraron dietas con distinto aporte de carbohidratos de acuerdo con el índice glicémico, lo cual influyo en los síntomas que se tenían en diabetes, mientras más alto era el índice glicémico de los alimentos, más cantidad de síntomas mostraban, de esta forma se concluye que la dieta con 40-50% de HCO, es una dieta que esta equilibrada pero que aun así se requiere observar y prestar atención en el índice glucémico para la reducción de síntomas.

Andrés, E. (2016), dice en su estudio reciente que la acción de falta de cobalamina a causa del uso de metformina impide el correcto funcionamiento del organismo y crea déficits nutricionales creando anemias e impidiendo el correcto funcionamiento para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

Amancio, M.M.A., Ramos, N. y Flavia, M.G. (2017) realizan un estudio titulado representaciones sociales de la alimentación en personas con diabetes mellitus tipo 2, en donde se utilizan 34 pacientes con complicaciones y se utilizó el método de asociación de palabras para descubrir la significación y la interpretación por medio de la teoría de las representaciones sociales. Los resultados fueron que las personas que asociaron la alimentación como apegada a hábitos de alimentación sanos precisamente fueron quienes mantenían un estrecho apego dietético, control metabólico y glucémico, además de tener estilos de vida saludables, por otra parte, aquellos que asociaron la alimentación con prohibición y anulación de algunos alimentos por completo son aquellos que mantienen el riesgo de sufrir más complicaciones.

Diabetes Mellitus: perspectiva actual.

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula la glucosa en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del glucosa en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente sistema nervioso y circulatorio. (OMS, 2016)

En 2014, el 8,5% de los adultos (18 años o mayores) tenía diabetes tipo 1 y tipo 2. En 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes y los niveles altos de glucemia fueron la causa de otros 2,2 millones de muertes.

En la actualidad existen 3 tipos de Diabetes Mellitus oficialmente reconocidas:

- Diabetes Tipo 1 (insulino-dependientes)
- Diabetes Mellitus Tipo 2 (no insulino-dependiente)
- Diabetes Mellitus Gestacional

Diabetes de tipo 1.

La diabetes de tipo 1 (también llamada insulino-dependiente, juvenil o de inicio en la infancia) se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de

esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1 y no se puede prevenir o revertir con el conocimiento actual.

Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita. (OMS, 2016)

Diabetes de tipo 2.

La diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo, a la inactividad física y principalmente al tipo de dieta.

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.

Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños. (OMS, 2016)

Diabetes gestacional.

La diabetes gestacional se caracteriza por hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto. Además, tanto ellas como sus hijos corren mayor riesgo de padecer diabetes de tipo 2 en el futuro.

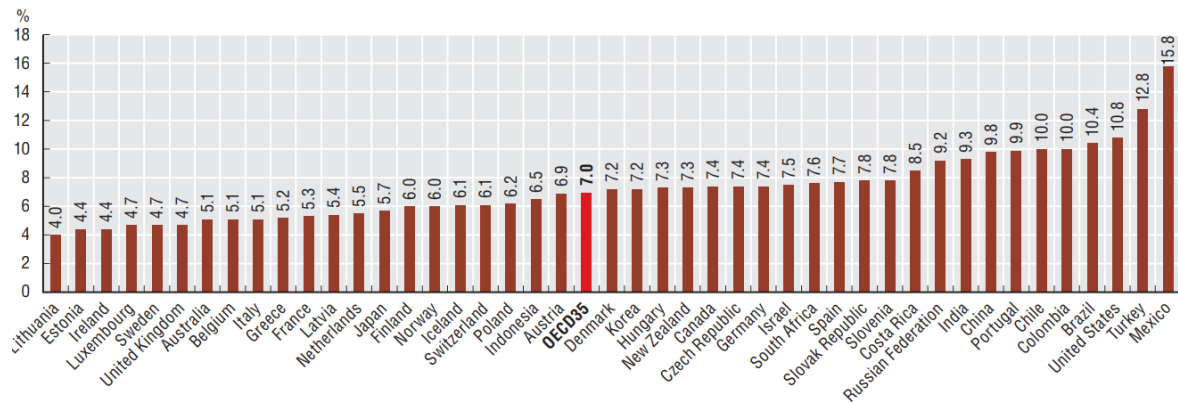
Suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas. (OMS, 2016)

Estadísticas globales y nacionales respecto a DM

La Diabetes Mellitus [DM] es una enfermedad crónica degenerativa caracterizada por el incremento permanente de la glucosa en el organismo a causa de la insuficiencia productiva del páncreas o por la utilización ineficaz de la insulina por el organismo (OMS, 2018) y se relaciona con factores de riesgo modificables como la obesidad o el sobrepeso, la inactividad física, y las dietas con alto contenido calórico de bajo valor nutricional (OPS-OMS, 2018).

La DM representa la 4ª enfermedad no transmisible (ENT) en el mundo, que genera la mayor cantidad de muertes anuales, seguida de enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias (OMS, 2018). Los cuatro grupos representan el 80% de las muertes prematuras, afectando desproporcionadamente a países de ingresos medios y bajos, registrándose el 75% de las muertes por dichas enfermedades.

Imagen 1. Gráfica de prevalencia de Diabetes en el mundo.



Fuente: OECD (2017), "Diabetes prevalence", in Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, Recuperado de http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-15-en.

En la imagen 1, se devela la prevalencia de DM por países, acto que revela el impacto de la DM en relación la población total de cada país, situando a México en el primer lugar con un porcentaje de 15.8% de la población total, correspondiente a los datos de la OECD en 2015 y reportados en 2017 (OECD, 2017). En México, durante el 2014, el 8,5% de los adultos (18 años o mayores) tenía diabetes tipo 1 y tipo 2. En 2012 se reporta el fallecimiento de 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes y los niveles altos de glucemia fueron la causa de otros 2,2 millones de muertes, asociados a una patología de fondo la cual es prevenible, y para el año 2016 se estimó en 1,6 millones de personas muertas, solamente en zona centro y metropolitana (ENSANUT MC, 2016).

La DM es una enfermedad declarada como epidemia nacional en México (Guazo, 2016), contando con diversidad de políticas, normas, programas, guías de práctica clínica y apoyos, que, año con año, los índices de prevalencia van en contra de los esperado de acuerdo a los resultados generados por estrategias y objetivos planteados en los objetivos a nivel macro, meso y micro (ENSANUT MC, 2016), es decir que, la incidencia, prevalencia y morbimortalidad se encuentran en constante incremento.

Tal incremento se ve definido principalmente por determinantes sociales que condicional la forma de vivir y morir de la población con DM (Casas, 2017). Siendo que la mayor parte de

la población se encuentra afiliada a una institución de salud para su atención, tales instituciones se ven limitadas en cuestión de praxis debido a sus políticas impuestas en el equipo en salud (ENSANUT MC, 2016; INEGI, 2017). Es así, que, se analizan de manera sistemática las políticas desarrolladas en materia de atención integral en la DM, que generan una determinación sobre la línea de atención y se relacionan de manera estratificada para el cumplimiento de las metas globales, haciendo hincapié en la base de todo tratamiento de la enfermedad: La dieta.

De acuerdo a la OMS (2018), se menciona que: *“El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT”*. Por lo tanto las ENT son prevenibles desde el punto de vista de los estilos de vida saludables.

Proceso fisiopatológico.

Definición/concepto.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica degenerativa, que comprende un grupo de trastornos metabólicos que comparte el fenotipo de la hiperglucemia.

Existen diversos tipos de Diabetes Mellitus, y todos dependen de los factores por los cuales se generan, tales como factores ambientales, genéticos y estilos, así como hábitos, de vida. Dependiendo de la causa, los factores que contribuyen a la hiperglucemia pueden ser descenso de la secreción de insulina, decremento del consumo de glucosa o aumento de la producción de ésta.

El trastorno de la regulación metabólica provoca alteraciones fisiopatológicas secundarias a nivel orgánico.

Clasificación.

La Diabetes Mellitus se clasifica de acuerdo al proceso patógeno que culmina en hiperglucemia. De esta forma se tienen los siguientes tipos:

- DM tipo 1: DM tipo 1A y DM tipo 1B
- DM tipo 2
- Diabetes Gravídica: DM Gestacional
- Otros tipos de DM (genéticos): DM MODY (herencia autosómica dominante, mutación de receptores, enfermedad exocrina pancreática, etc)

Etiología.

En el siguiente cuadro se detalla la clasificación etiológica de la DM:

CUADRO 323-1. Clasificación etiológica de la diabetes mellitus	
I.	Diabetes de tipo 1 (destrucción de las células beta, que habitualmente provoca déficit absoluto de insulina)
A.	Imunitaria
B.	Idiopática
II.	Diabetes de tipo 2 (varía entre resistencia a la insulina predominante con déficit relativo de insulina y defecto secretor de insulina predominante con resistencia a la insulina)
III.	Otros tipos específicos de diabetes
A.	Defectos genéticos de la función de las células beta caracterizados por mutaciones en:
1.	Factor de transcripción nuclear del hepatocito (HNF) 4 α (MODY 1)
2.	Glucocinasa (MODY 2)
3.	HNF-1 α (MODY 3)
4.	Factor promotor de insulina (IPF) 1 (MODY 4)
5.	HNF-1 β (MODY 5)
6.	NeuroD1 (MODY6)
7.	DNA mitocondrial
8.	Conversión de proinsulina o insulina
B.	Defectos genéticos en la acción de la insulina
1.	Resistencia a la insulina de tipo A
2.	Leprecaunismo
3.	Síndrome de Rabson-Mendenhall
4.	Síndromes de lipodistrofia
C.	Enfermedades del páncreas exocrino: pancreatitis, pancreatectomía, neoplasia, fibrosis quística, hemocromatosis, pancreatopatía fibrocalculosa
D.	Endocrinopatías: acromegalia, síndrome de Cushing, glucagonoma, feocromocitoma, hipertiroidismo, somatostatina, aldosteronoma
E.	Inducida por fármacos o agentes químicos: Vacor, pentamidina, ácido nicotínico, glucocorticoides, hormona tiroidea, diazóxido, agonistas adrenérgicos beta, tiazidas, fenitoína, interferón alfa, inhibidores de proteasa, clozapina, antiadrenérgicos beta
F.	Infecciones: rubeola congénita, citomegalovirus, virus coxsackie
G.	Formas infrecuentes de diabetes inmunitaria: síndrome del "hombre rígido", anticuerpos contra el receptor de insulina
H.	Otros síndromes genéticos que a veces se asocian a diabetes: síndrome de Down, síndrome de Klinefelter, síndrome de Turner, síndrome de Wolfram, ataxia de Friedreich, corea de Huntington, síndrome de Laurence-Moon-Biedl, distrofia miotónica, porfiria, síndrome de Prader-Willi
IV.	Diabetes gravídica (GDM)

Abreviatura: MODY, diabetes de tipo adulto de comienzo en la juventud.

Fuente: Adaptado de la American Diabetes Association, 2004.

Fuente: Powers, A.C. (2006). Diabetes mellitus. En Harrison, T.R. et al. (McGraw Hill). Harrison Principios de Medicina Interna (2367-2397). México: McGraw Hill. 16ª Edición.

La etiología, comprende todos los factores por los que se desarrolla y padece una enfermedad, en este caso la Diabetes Mellitus que con sus múltiples factores puede corresponder a hábitos alimentarios, estilos de vida, genética, etc., y que es muy importante mencionar en el diagnóstico, puesto que de la etiología corresponde el 80% del tipo de tratamiento a adoptar y un mejor abordaje para la obtención de resultados a favor de la salud.

En el cuadro anterior se puede observar que existe diversidad de factores por los cuales se puede desarrollar y padecer Diabetes Mellitus, de la misma manera, pueden ser comorbilidades y/o afecciones secundarias a la enfermedad. La forma de diagnosticar etiológicamente dependerá completamente de la experiencia sobre la indagación en la historia clínica para poder determinar su causa.

Factores.

Autoinmunitarios.

Las células de los islotes pancreáticos son infiltradas por linfocitos. Después de la destrucción de las células beta, el proceso inflamatorio remite, los islotes quedan atróficos y desaparecen los inmunomarcadores, lo que se conoce como insulinitis.

Tal proceso conlleva anomalías del sistema inmunitario, que son:

1. Anticuerpos contra células de los islotes
2. Linfocitos activados en los islotes, los ganglios linfáticos peripancreáticos y la circulación generalizada
3. Linfocitos T que proliferan cuando son estimulados con proteínas de los islotes
4. Liberación de citosinas en el seno de la insulinitis.

Este proceso puede verse afectado, también, por el efecto tóxico del factor de necrosis tumoral alfa y la interleucina 1, que son citosinas.

Entre las moléculas del islote pancreático que constituyen objetivos del proceso autoinmunitario se cuentan insulina, descarboxilasa de ácido glutámico, la enzima biosintética del neurotransmisor del ácido aminobutírico gamma y la flogrina. Con la excepción de la insulina, ninguno de los autoantígenos es específico de las células beta, lo que suscita la interrogante de cómo son destruidas estas de manera selectiva.

Inmunomarcadores.

Los anticuerpos contra las células de los islotes son una combinación de varios anticuerpos diferentes dirigidos contra moléculas del islote como GAD, insulina, IA-2/ICA-512 (genético) y un gangliósido del islote, y sirven como marcador del proceso autoinmunitario de la diabetes de tipo A1.

La determinación de los ICA puede ser útil para clasificar el tipo de Diabetes como A1 y para identificar individuos no diabéticos con riesgo de padecerla.

Factores ambientales.

Se ha señalado que numerosos sucesos ambientales desencadenan el proceso autoinmunitario en sujetos genéticamente vulnerables; sin embargo, no se ha relacionado de manera concluyente ninguno de ellos con la diabetes. Ha resultado difícil de identificar un desencadenante ambiental porque el suceso puede preceder en varios años al desarrollo de la diabetes, como se muestra en la siguiente gráfica:

Entre los desencadenantes ambientales hipotéticos se cuentan virus, exposición precoz a proteínas de la leche de vaca y nitrosureas. Algunos otros factores ambientales que determinan la aparición y estado evolutivo de la diabetes se explican a continuación.

Hábitos alimentarios.

Los hábitos alimentarios constituyen uno de los más importantes factores en la aparición y desarrollo de la enfermedad. Se establece, que, los hábitos alimentarios son los que involucran la repetición de prácticas diarias enfocadas hacia las acciones alimentarias, que pueden ser, por mencionar algunas, los horarios de alimentación, los tipos de alimentos elegidos para consumo, el tipo de preparación del alimento, el tipo de dieta, y dentro de estos mismos hábitos, el alcoholismo.

Los ayunos muy prolongados, regularmente, provocan picos hipoglucémicos en el sistema, creando un estado de cetoacidosis, con lo que el sistema gastrointestinal, a través del nervio vago, envía señales interpretativas de hambre, con lo que el individuo reconoce el estímulo para comer. Si no se lleva a cabo la alimentación, los ácidos gástricos y las secreciones pancreáticas comienzan a ser inútiles y se realiza un proceso de estimulación vagal, la cual, a nivel duodenal, el páncreas es estimulado por los mismos ácidos gástricos y deterioran el conducto pancreático y creando un estado de calcificación en el páncreas. De esta forma el proceso autoinmunitario es activado.

Es así que los ayunos prolongado incrementan el riesgo de incrementar la posibilidad de aparición de la Diabetes mellitus.

En el caso de los tipos de alimentos, el páncreas puede verse cargado con trabajo excesivo en cuanto a secreción hormonal, insulina, a causa del consumo excesivo de carbohidratos simples, como lo son sacarosa (azúcar común), fructosa, etc., debido al constante trabajo y exigencia de secreción excesiva pancreático hormonal, el deterioro y periodo de vida reduce, creando alteraciones en el tejido y la producción pancreática.

El tipo de dieta es muy importante, ya que de allí se desprenden tanto beneficios como alteraciones, dependiendo la estructura del régimen alimenticio. Generalmente las dietas basadas en único o alto consumo de carbohidratos y lípidos saturados son las que generan problemas a nivel orgánico y posteriormente sistémico, en este caso permite la evolución de la diabetes mellitus, ya que las alteraciones se hacen exponenciales y las afecciones primarias son directamente encontradas en los componentes celulares externos como los receptores de insulina, GLUT 3, GLUT 4, etc.

El alcoholismo, crea daños directamente al organismo principalmente páncreas e hígado, impulsando la resistencia a la insulina y la producción inmadura de tal hormona. Es así que, tal hábito no es recomendado, puesto que los daños son más altos en probabilidad que los beneficios en su consumo.

Estilos de vida.

La actividad física, es un factor que coadyuva en los tratamientos, mantenimiento y control de la diabetes mellitus, ya que evita excesos en consumo calórico y permite mantener en buen estado la mayor parte de los componentes del organismo.

Está demostrado en diversos estudios, que la actividad física contribuye en gran manera a reducir el estado patológico de la diabetes mellitus, con beneficios muy contrastantes a una vida sedentaria como lo son el control del peso, disminución de obesidad y sobrepeso, disminuyen síntomas clásicos de la enfermedad, aumenta la calidad y esperanza de vida, aumenta la vitalidad, el estado anímico incrementa, etc.

Algunos tipos de actividad física que destacan de intensidad leve con beneficios en la salud del paciente con diabetes mellitus tipo 2 son: caminata de 30 minutos, baile, paseos largos. Para intensidad moderada son: trotar, aerobics de bajo impacto, deportes de pelota, ciclismo. Para intensidad alta se consideran: Alterofilia, correr, natación, deportes de contacto, fitness en modalidad de alto impacto, *High Intensity Interval Training* o HIIT, por sus siglas en inglés.

De la misma manera, la vida sedentaria permite el paso a desarrollar de poco a más rápido alguna patología puesto que no se está dando mantenimiento al organismo. Es así que, con la no utilización del cuerpo/organismo, los miembros van deteriorándose y se atrofian, dando paso a las complicaciones.

Estados patológicos.

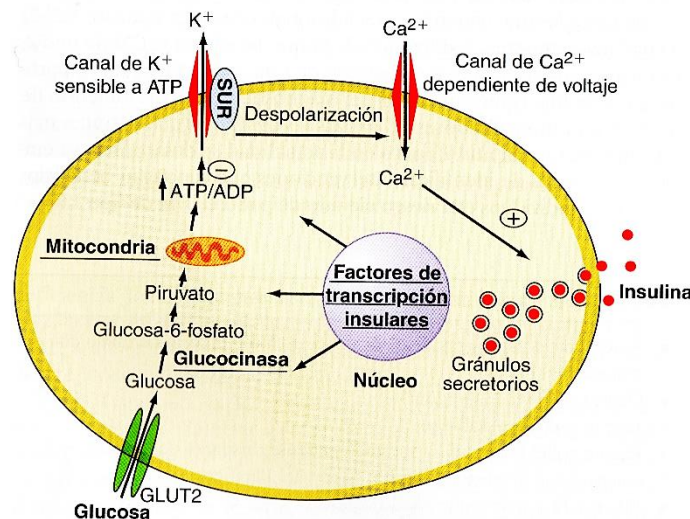
El hígado graso, pancreatitis, cirrosis, por mencionar algunos, son patologías que generan diabetes mellitus debido al incremento o reducción calórica y necesidades nutricionales diversas que necesitan en tratamiento nutricional.

La afección en algún órgano vital, conlleva una complicación que siempre termina en alguna enfermedad crónica degenerativa. De esta manera al impedir o bloquear, en cierto porcentaje, la actividad que realizaba cierto órgano, las condiciones ambientales del organismo se ven alteradas y se crean intercomunicaciones orgánicas para compensar cierta falta o nulidad, con lo que el organismo es vulnerable a cualquier patología correspondiente a la falla orgánica o sistémica.

Fisiopatología.

La diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza por tres alteraciones fisiopatológicas: trastorno de la secreción de insulina, resistencia periférica a ésta y producción hepática excesiva de glucosa.

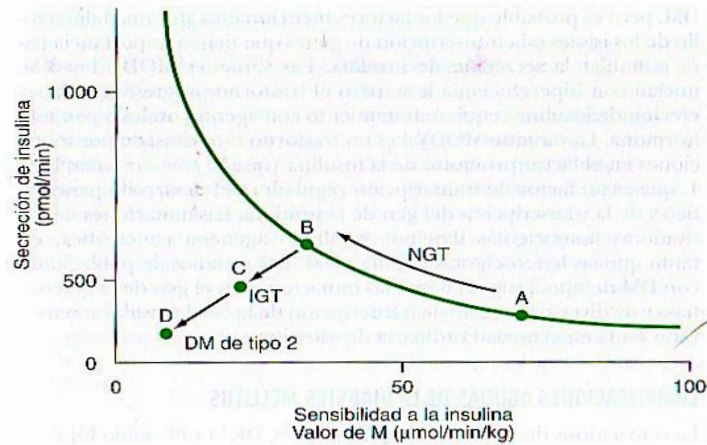
La obesidad, en especial la visceral o central, es muy frecuente en este tipo de diabetes. La resistencia a la insulina que acompaña a la obesidad aumenta la resistencia a la insulina determinada genéticamente de la Diabetes mellitus tipo 2.



Fuente: Powers, A.C. (2006). *Diabetes mellitus*. En Harrison, T.R. et al. (McGraw Hill). *Harrison Principios de Medicina Interna* (2367-2397). México: McGraw Hill. 16ª Edición.

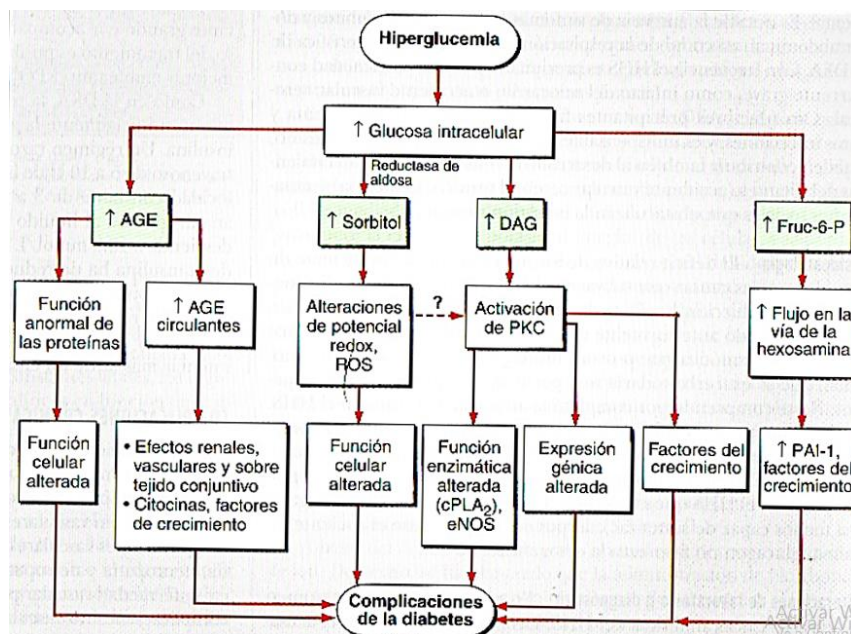
Los adipocitos secretan cierto número de productos biológicos (leptina, factor de necrosis tumoral alfa, ácidos grasos libres, resistina y adiponectina) que modulan la secreción de insulina, la acción de la insulina y el peso corporal, y pueden contribuir a la resistencia de la insulina.

En las fases tempranas del trastorno, la tolerancia a la glucosa permanece normal, a pesar de la resistencia a la insulina, porque las células beta pancreáticas compensan aumentando la producción de insulina.



Fuente: Powers, A.C. (2006). *Diabetes mellitus*. En Harrison, T.R. et al. (McGraw Hill). *Harrison Principios de Medicina Interna* (2367-2397). México: McGraw Hill. 16ª Edición.

A medida que avanzan la resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia compensadora, los islotes pancreáticos se tornan incapaces de mantener el estado de hiperinsulinismo. Se desarrolla entonces IGT (trastorno de la tolerancia a la glucosa), caracterizado por grandes elevaciones de la glucemia postprandial. Cuando declina todavía más la secreción de insulina y aumenta la producción hepática de glucosa, aparece la diabetes manifiesta con hiperglucemia en ayuno.



Fuente: Powers, A.C. (2006). *Diabetes mellitus*. En Harrison, T.R. et al. (McGraw Hill). *Harrison Principios de Medicina Interna* (2367-2397). México: McGraw Hill. 16ª Edición.

Finalmente, ocurre el fallo de las células beta. A menudo están elevados los marcadores de la inflamación como IL-6 (interleucina 6) y proteína C reactiva en la diabetes tipo 2.

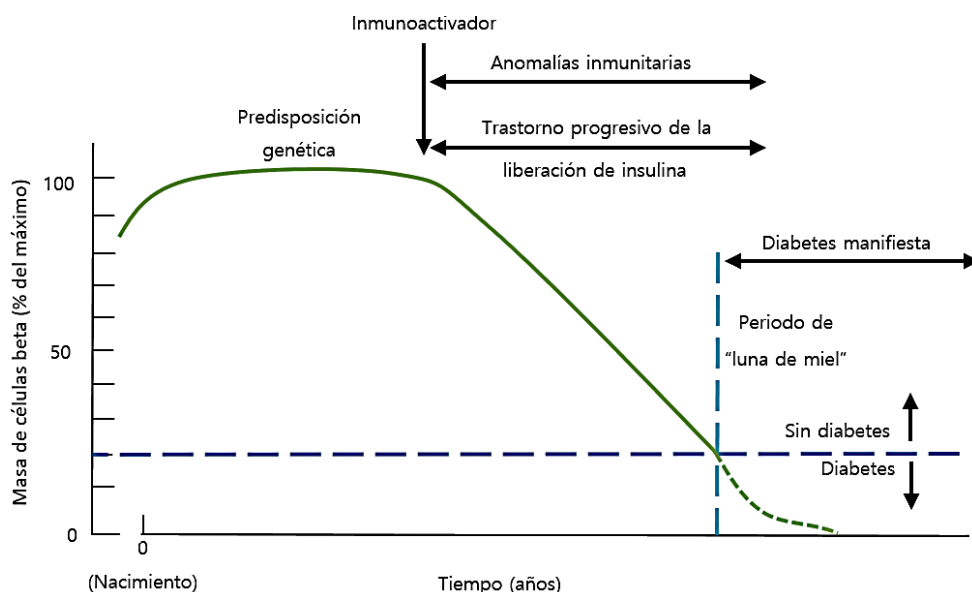
Complicaciones.

Las complicaciones de la diabetes mellitus son:

- Cetoacidosis diabética
- Estado hiperosmolar hiperglucémico
- Microvasculares
- Macrovasculares
- Otras alteraciones

En la cetoacidosis diabética, dos signos clásicos son: respiración de Kussmaul y aliento afrutado. También, comprende náuseas, vómito, dolor abdominal, glucosuria, deficiencia de volumen y taquicardia, hipotensión, vasodilatación periférica, letargo, depresión del sistema nervioso central, hipoxia y, en caso de no ser tratada a tiempo, coma.

El estado hiperosmolar hiperglucémico se caracteriza por larga duración, de semanas, con poliuria, pérdida de peso y decremento de la ingestión oral que culminan en confusión mental, letargo y coma. Las manifestaciones clínicas exploratorias son deshidratación profunda, hipotensión, taquicardia, trastorno del estado mental. No se encuentran síntomas ni signos de cetoacidosis diabética.

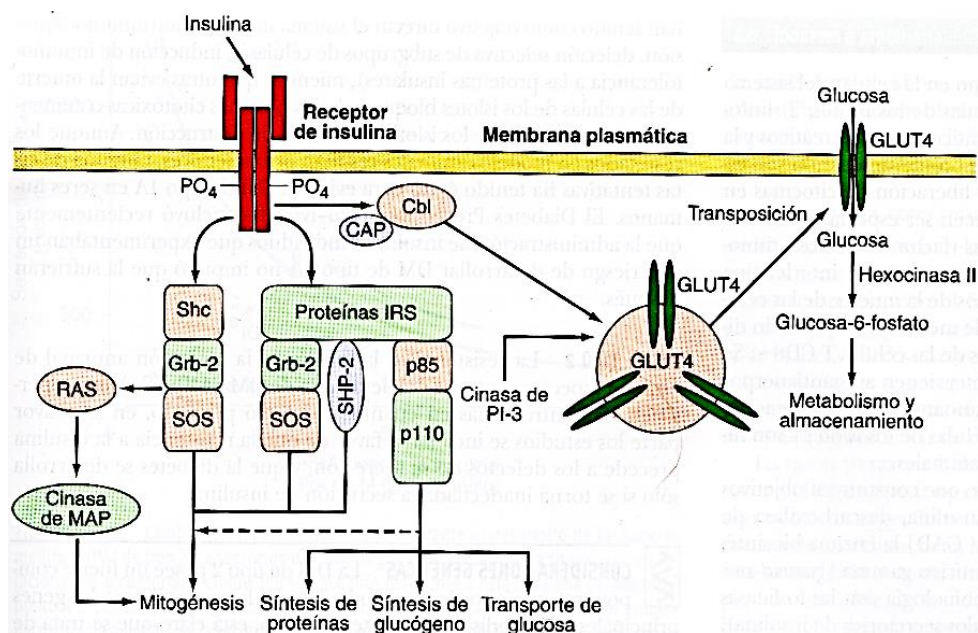


Fuente: Powers, A.C. (2006). *Diabetes mellitus*. En Harrison, T.R. et al. (McGraw Hill). *Harrison Principios de Medicina Interna* (2367-2397). México: McGraw Hill. 16ª Edición.

Las complicaciones microvasculares, son alteraciones que involucran las enfermedades oculares como retinopatía (no proliferativa y proliferativa) y edema de la mácula; también neuropatías como sensitivas y motoras, y vegetativas, y por ultimo las nefropatías.

Las complicaciones macrovasculares involucran la arteriopatía coronaria, enfermedad vascular periférica y enfermedad vascular cerebral.

En cuanto a otros tipos de complicaciones se encuentran las alteraciones del tubo digestivo (gastroparesia y diarrea), genitourinarias (uropatías y disfunción sexual), dermatológicas, infecciosas, cataratas y glaucoma.



Fuente: Powers, A.C. (2006). Diabetes mellitus. En Harrison, T.R. et al. (McGraw Hill). Harrison Principios de Medicina Interna (2367-2397). México: McGraw Hill. 16ª Edición.

Dieta en Diabetes Mellitus.

El tratamiento dietético para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 está dirigido, principalmente, a 1) establecer una ingesta nutricional adecuada para lograr o mantener un peso adecuado, 2) Prevenir hiper e hipoglucemias y, 3) Reducir el riesgo de complicaciones. (Socarrás, 2002).

Lo anterior, se logra a través del gasto energético basal y gasto energético diario basado en las características del paciente tanto físicas como de hábitos, con la propuesta de distribución porcentual energética que se compone de la siguiente manera:

- Carbohidratos 55-60%
- Proteínas 15-20%
- Lípidos 20-30%

TABLA. Cálculo de los requerimientos energéticos

Edades (años)	TMB	Actividad física	Gasto energético en 24 h (kcal/d)
Hombres			
18-30	15,3 (P) + 679	sedentaria	TMB x 1,30
30-60	11,6 (P) + 879	ligera	TMB x 1,55
> 60	13,5 (P) + 487	moderada	TMB x 1,78
		intensa	TMB x 2,10
Mujeres			
18-30	14,7 (P) + 496	sedentaria	TMB x 1,30
30-60	8,7 (P) + 829	ligera	TMB x 1,56
> 60	10,5 (P) + 596	moderada	TMB x 1,64
		intensa	TMB x 1,62

Fuente: Socarrás, M.M.S. et al. (2002). Diabetes mellitus: tratamiento dietético. Revista cubana de investigación biomédica. 21(2): 102-108. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol21_2_02/ibi072002.pdf

De los cuales, en cuestión de carbohidratos, pueden subdividirse en complejos que se encuentran en un rango de distribución de 40-60% y, los carbohidratos simples que, preferiblemente, se encuentran en un rango de distribución porcentual de 30-40%. De la misma manera deben consumirse alimentos bajos en índice glicémico, ya que esto evitara la creación de picos elevados en la glucosa y contribuye a la estabilidad de glucosa en el plasma que, por ende, también se logra en la célula.

Las proteínas, deben consumirse y preferirse en cocción por asado, al vapor, a la plancha, y evitar los fritos. De esta forma, se debe tener un mayor consumo de carnes blancas que rojas.

Con relación a los lípidos, deben preferirse los insaturados, ya que contribuyen al aumento de HDL plasmático y a mejorar la circulación, sobre todo en extremidades, que es un problema de alto impacto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

El requerimiento hídrico varía en función de las complicaciones y estado del paciente además de la actividad física realizada, de esta forma, se reconoce como método universal el requerimiento calórico como mismo requerimiento para hidratación. Es importante recalcar en el paciente con diabetes que el requerimiento hídrico solo consta de agua simple y purificada, no incluye té, café, agua de sabor, etc.

La importancia del agua es crucial en un paciente con diabetes mellitus, ya que incrementa el nivel de oxígeno y permite retrasar complicaciones en extremidades, sobre todo por complicaciones vasculares.

La variedad de tipos de DM obliga a la misma alimentación y nutrición a crear diversidad de cambios en la estructura dietética del paciente, principalmente y en función de la evolución de la enfermedad, así como la implementación de estilos de vida sanos y activos, y dirigidos objetivamente a la mejoría de la salud del paciente.

La dieta puede variar en su estructura en función a medicamentos, peso, talla, complejión, complicaciones, actividad física, vicios, etc., y es por eso por lo que nunca habrá una dieta igual para diversos pacientes.

En relación a lo anterior, un paciente con diabetes puede estar confundido e incluso sentirse en una situación desesperante que lo obligue a buscar soluciones rápidas y “baratas” en el sentido de no funcionales y que no solucionan el problema, llevando a la creación de mitos y diversidad de ideas que contrastan en la realidad con tipos de frases como “*la diabetes es curable*”, “*debes dejar de comer harinas/carbohidratos*”, “*solo se deben comer verduras*”, etc., que para tal efecto se necesita de la ayuda-asesoría de un profesional en nutrición.

La dieta en un paciente con diabetes varía también por su tipología, en este caso si se tiene un paciente con DM tipo 2, las modificaciones son mínimas en alimentos y con un grado mayor en estilos de vida, la dieta es basada en un régimen normal, o lo que se conoce como dieta normal o dieta isocalórica, pero con una ligera modificación en la calidad.

En pacientes con DM tipo 1, todos los alimentos deben ser adecuados a la cantidad de insulina que se esté administrando y lo más conveniente es que la insulina se ajuste a la dieta y no la dieta a la insulina, por el simple hecho de que se persiguen los objetivos macro y micro nutricionales. EN DM gestacional, la modificación va más enfocada a la regulación de fibra hacia carbohidratos y Na⁺, ya que la intención es prevenir déficits nutricionales, primeramente, la condición diabética permanente y sus comorbilidades.

Tratamiento nutricional

Implicaciones Sociocríticas de la Nutrición: Alimentación vs dieta.

Alimentación.

La alimentación más que un concepto referente al acto de comer, es un proceso complejo que guarda en sí misma la esencia básica y fundamental de la salud, a través de diversos entramados sociales, que corresponden principalmente a la intercomunicación entre diversos factores que influyen de manera directa en la nutrición, es decir, que implica la toma de decisiones desde la necesidad, tanto básica fisiológica como de autorrealización, la complejidad del proceso, la cultura, el poder, las relaciones políticas, el mismo proceso

salud/enfermedad, la tecnología, la percepción; esto define a la alimentación como el conjunto de procesos del cuidado y transformación del alimento desde el nacimiento hasta su presentación en el platillo, intervenidos por múltiples decisiones de diversa índole que contribuirán a la manipulación del alimento, el proceso y el propósito del mismo.

Comer es una necesidad de satisfacción hambre-apetito del ser humano que se encuentra en constante cambio puesto que el nacimiento y aplicación de nuevas tecnologías alimentarias y sus procesos, repercuten en la alimentación misma, y de manera directa e indirecta en los colectivos, estas aplicaciones terminan por afectar directamente la salud, esto a través de la nutrición.

Este constante cambio ha creado detalles erróneos en la concepción entre lo que es alimentación y lo que es dieta, ha creado una barrera en el área de la salud debido a ciertas nociones y alteraciones de estos juicios, por ejemplo la funcionalidad alimentaria y la difusión en nutrición a través de medios informales (gimnasios, recomendaciones boca en boca, etc.), impidiendo la sujeción de tratamientos en pacientes e incorrecta utilización en profesionistas involucrados con la alimentación, dieta y nutrición, por lo que es necesario remontar hacia los antecedentes conceptuales e históricos de esta conformación, para su análisis y debate.

Todos necesitamos alimentarnos, sin importar raza, género, creencias, etc., el organismo del ser vivo es una entidad en constante evolución y utilización de recursos para producción de energía, la cual obtiene de nutrientes proporcionados por alimentos que utilizará posteriormente para el mantenimiento del propio organismo a fin de mantener y preservar el correcto funcionamiento del mismo y, realizar las actividades cotidianas (Bustani, 2016).

La alimentación es el proceso de ingestión de sustancias por parte de los seres vivos, con el fin último de obtener energía para sus actividades necesarias (Casas, 2016). La alimentación es un proceso complejo en donde intervienen distintas fases y entidades. Es así que, la alimentación es un acto voluntario y controlado de selección e ingestión de alimentos con el fin de satisfacer la necesidad de saciedad hambre-apetito, por el cual obtenemos nutrientes y energía, y que involucra un conjunto de procesos por los cuales, los alimentos, son considerados en todo un periodo de vida y que varían de acuerdo al tipo de alimento y población, entre los que destacan la siembra, riego y cuidado, cosecha-recolección, almacenamiento, procesamiento-transformación-ensado, transporte, exposición ante

población, selección de alimentos, higienización, preparación-cocción y presentación del platillo, adicionalmente el llevar el alimento a la boca y colocarlo dentro de ella.

De esta forma, la alimentación, al ser un proceso meramente condicionado por la voluntad y capacidad de decisión del sujeto, se convierte en un proceso social, donde, el sujeto selecciona de manera consiente lo que va a comer, pero al mismo tiempo inconsciente puesto que no es el único ente que le da transformación y manipulación al alimento, sino que ha sido expuesto a diversos procesos en donde los determinantes sociales juegan un papel importante, además de atribuir las relaciones de poder y propósito a los procesos sobre los alimentos para ser captados por la mayor parte de la población y cubrir el amplio espectro de las “necesidades poblacionales e individuales”.

Todo este proceso es dinámico y diverso debido a interacciones complejas donde los factores extrínsecos influyentes, los cuales son ingresos, los precios de los alimentos, disponibilidad, asequibilidad, preferencias, tradiciones, creencias, culturas, factores geográficos, socioeconómicos, ambientales y los hábitos de alimentación (OMS, 2015), rigen y reforman todo este proceso de alimentación, recomponiendo al proceso alimenticio, dotándole de una alta complejidad. Así los factores influyentes, determinan también un conjunto de procesos que afectaran la preparación del mismo alimento o alimentos, sus combinaciones, el tiempo dedicado, entre otros a los que llamamos la riqueza culinaria cultural. De esta forma, las diferentes variantes en relación con las decisiones que se toman en torno a cada etapa del proceso, que es la manipulación de las características organolépticas del alimento, determinaran el proceso y afectaran de manera directa tanto en la calidad del alimento como en la decisión-elección por el alimento y preparación final del platillo o producto, por lo que, a consecuencia, disminuye el valor de riqueza nutricional y desvalora la riqueza culinaria, culminando en una afección directa sobre el estado de salud nutricional.

Este proceso dinámico de alimentación, al querer incidir con un impacto mucho más grande sobre la población, toma parte de la tecnología y el conocimiento científico para el desarrollo de nuevos productos alimentarios tratando de retener las cualidades organolépticas de los alimentos, creando químicamente, *pseudo-alimentos* que no son propiamente transformación de “alimentos naturales”, sino la unión de diversidad de materiales transformados en textura, saborizante artificial, olor y color, similares a alguna característica sensorial de un “alimento natural” y sobre todo potenciando las mismas características con el fin de hacerlas atractivas para el consumidor. De esta manera surgen los alimentos industrializados, los cuales,

transforman las decisiones de la sociedad en cuanto a alimentación, puesto que se incide y extrapolan como una ayuda, en disminución de tiempo de preparación e, incluso, en no llevar a cabo todo el proceso culinario, sino reducirlo al máximo para tener listo el platillo, de forma instantánea.

En este sentido, se crea una re-evolución socio-alimentaria, un cambio de hábitos, de pensamientos, de prácticas, de decisiones en torno a la alimentación (implícitamente los procesos); la misma revolución alimentaria con las aplicaciones tecnológicas y constantes cambios, sumado a los distintos estilos y hábitos de vida, contribuyen como facilitadores en la alimentación, *una alimentación vacía que llena y no nutre*, y como resultado, la alimentación se convierte en un proceso complejo y estrictamente desarrollado ya no con el fin de brindar nutrientes en equilibrio (llámese macronutrientes y micronutrientes), sino que al mismo tiempo que el proceso alimentario se va transformando, las intenciones en materia política se ven envueltas en un entramado de decisiones no por calidad sino por cantidad, en donde los actores son el ofertante, como el único capaz de permitir y filtrar estas decisiones arcanas, y el demandante, como aceptador ingenuo e ignorante de este proceso complejo.

Es entonces donde se llega al punto de la alimentación que, como consumidores, no se toma en cuenta el tipo de alimento sino simplemente el acto de llevar cualquier objeto comestible hacia el interior de la boca para ser deglutido y satisfacer deseo y/o necesidad. De allí, que nace el término *alimentación saludable* y donde interviene la *ciencia nutricional*, dando pautas para la determinación en cada uno de los procesos que involucra la alimentación a fin de preservar la salud principalmente por promoción y prevención, sobre la cantidad de energía y nutrientes (macros y micros) que el individuo necesita diariamente con el fin de mantener la salud (FAO) y, sobre todo, en un proceso de re-educación alimentaria, para facilitar y promover las acciones que debe involucrar tan magno proceso.

Acorde a la alimentación saludable, se toman en cuenta todos los consejos, recomendaciones e indicaciones que un profesional en alimentación dicte con base a las características generales del estilo de vida social. Es importante recalcar que la alimentación no es lo que se come sino **lo que se elige comer y cómo se come**. Pero aun recalcando este “preludio”, es necesario saber y tener claridad en el asunto del mismo enunciado: ¿Quién decide lo que comemos? ¿Realmente nosotros elegimos lo que queremos comer? ¿Sabemos cómo comer?

Cuanto más, el colectivo acepta absolutamente la producción y suministro con el simple hecho de adquirir un producto que carece de nutrientes necesarios para su propio organismo, pero excesivamente potencializado en calorías vacías; no solamente hablando de la muy común “comida chatarra” o “comida rápida” sino en un sinnúmero de productos “comunes o caseros” que cada familia tiene en su hogar y no puede faltar.

Esto debido principalmente a que la mayor parte del alimento está fuertemente producida en grandes cantidades de grasas saturadas y carbohidratos, es un alimento rico en azúcares refinados y también en bebidas gaseosas, sólidos y líquidos compiten paralelamente para encontrar la mejor forma de saturación energética y alteración organoléptica (Cárcamo et al, 2006).

Es así, que, los alimentos procesados industrialmente, no se limitan a enlatados, liofilizados, adicionados, etc., sino que se encuentran de manera “natural” en gran cantidad dentro de mercados tanto locales como plazas comerciales, exponiéndose como alimentos naturales, orgánicos, hidropónicos, etc., como frutas y verduras, mariscos, carnes, pastas, entre otros, que sin portar una etiqueta nutrimental (acto políticamente intencionado al interés privado), se entiende que no conlleva transformaciones y/o manipulaciones, siendo que, en la realidad, son de los productos que más obtenemos sustancias químicas ajenas al alimento, puesto que ya se han utilizado en los fertilizantes, abonos, alteraciones transgénicas, adiciones de hormonas, etc., y que el colectivo desconoce por tales carencias de información, en el caso de productos industrializados. No está por demás mencionar a los alimentos cosechados en hidroponías o que comúnmente se conocen como alimentos orgánicos, puesto que tales alimentos carecen ahora de nutrientes, ya que la tierra en donde se cultivan, y que ahora no la tienen, aporta todos los nutrientes para hacer de un alimento, natural, siempre y cuando no se manipule de ninguna manera (química, genética, etc.) al alimento.

En México, el proceso de alimentación se ha convertido en un bien mercantil, se ha transformado su verdadero origen transgrediendo a la salud, salud nutricional, primeramente, al cambiar el objetivo de saciar una necesidad fisiológica (de sentido biológico) por saciar una necesidad de autorrealización (de sentido psico-social). Puesto que brinda un estatus social mejor visto y adaptado a las representaciones sociales de la alimentación (Aranda, 2014).

La condición de los alimentos ha sido dotada de misticismo y poder, así es que a simple vista son increíbles, contrastantes, coloridos, y esto es uno de los principales “ganchos” para que la gente piense más en lo dotado de hermosura y poder, que en lo nutritivo. Si el alimento es grande, bonito, barato y de inclusión social, entonces es bueno, a tal juicio solamente me resta decir una frase conocida en la muy famosa película “The Matrix” (1999): *¡La ignorancia es dicha!*, en el sentido estricto de que, aunque se sabe que no es real, los medios que la hacen ver de tal manera es algo que le da a la mente seguridad sin preguntarse absolutamente nada ni siquiera permitirse preguntárselo.

Es así, que, las decisiones sobre lo que comemos ya están tomadas desde mucho antes de que nosotros pensáramos en adquirir algún alimento; las grandes empresas alimentarias han creado un sistema para reproducir en forma masiva alimentos carentes nutricionalmente y que en su mayoría están conformados de carbohidratos, hablando de cualquier alimento en general, ya sean alimentos sólidos o líquidos, simplemente al observar su textura, color y sabor, no concuerdan con un alimento “real”, cuanto más al revisar el etiquetado nutrimental, y que poca cultura hay en relación, se percibe notoriamente el exceso energético en un alimento tan pequeño.

Lo anterior, ha cambiado la mirada de la sociedad con una repercusión negativa en la salud colectiva, al adquirir alimentos que nutren, son naturales, apoyan al productor local, complementan platillos saludables, por los alimentos que ahora satisfacen, llenan rápido, tienen alto *ranking*, son baratos, se ven bonitos y, son extranjeros.

Según Erika Quevedo (2017), quien es la presidenta de la organización Movisa, refiere en una entrevista sobre el etiquetado nutrimental a través del periódico “El economista”, realizando un estudio por encuestas, de lo cual se obtienen resultados en proporciones poco menores de la mitad de la población, como lo es, que, cuatro de cada diez personas conocen el etiquetado, pero solamente dos la utilizan.

Es así que, aunque la población conozca que el etiquetado nutrimental existe, no sabe para qué sirve, lo que trae como consecuencia una desvalorización de la relación alimentación salud, y que, como consecuencia sobre la salud, los índices de enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles (Diabetes, Hipertensión, etc.), TCA’s, enfermedades virales, infecciosas, cardiovasculares, cerebrovasculares, etc., vayan en aumento por la poca

educación que existe en materia de lectura del etiquetado nutrimental, siendo este, uno de tantos factores en los que no se tiene información colectiva ni en educación poblacional.

Aludiendo a lo que se ha venido tratando en relación con las tecnologías alimentarias y al proceso de la alimentación, se están marcando características y clasificaciones de percepción sensorial a tal grado de no poder reconocer los sabores naturales que cada alimento posee, sino que se nos condiciona teóricamente a que tal percepción del sabor es propia de cierto alimento, aunque no parezca ni en lo más mínimo.

Estas “falsas” percepciones sensoriales, están llevando a que la sociedad opte por sabores falsos y a que marquen tendencias en alimentos (hablando de oferta y demanda), a lo que las empresas incurren en sobreproducción de tal alimento que ha tenido más demanda, lo que nos deja sin menos opciones naturales para disfrutar de un sabor “real”.

Es así, como, en cada generación hay patrones muy marcados de preferencias en sabores y características organolépticas, ya no digamos naturales, sino características organolépticas propias del alimento, y que, al tratar de inferir en las decisiones de selección de alimentos, siempre habrá preferencias hacia lo industrializado por la potencialización del sabor y color, que artificialmente son sobreexplotados.

Según Parnet et al. (2016), Estos comportamientos alimentarios están basado en la premisa “de tal palo tal astilla”, aunque no es una regla, la adquisición de estos hábitos alimentarios es fuertemente influenciado por la cultura, las emociones, las necesidades nutricionales, la motivación y el contexto social, tales ya son preconcebidos precozmente antes de nacer (durante el desarrollo fetal) y se incrementa al tener la capacidad de elección.

Labie y Ferré (2007), dicen lo siguiente:

“Envejecer con buena salud es una de las obsesiones de esta sociedad confrontada en particular hacia los excesos alimentarios desembocando en la obesidad y en sus complicaciones...”

Parece ser que la premisa anterior es una realidad ya no solo en personas adultas, incluso en población escolar se puede creer que la preocupación existe en el sentido de que se sabe que enfermaran por una alimentación incorrecta pero, que, a causa de la belleza sugestiva que se les presenta a través de los medios de comunicación en publicidad alimentaria, el

comportamiento alimentario los hace tener inclinaciones hacia la despreocupación y desinterés de la salud, y al consumismo preconcebido como una forma de satisfacción emocional más que biológica.

En este sentido se puede inferir que existen diversos canales que conforman la alimentación de los cuales se construyen entidades que modifican de una forma u otra el valor de los alimentos, tanto el valor entendido desde lo económico y el poder adquisitivo, como el valor entendido desde la perspectiva en calidad nutricional.

De aquí que nace el principal factor en la modificación de la alimentación, teniendo como base en la actualidad, alimentos bajos en costo y altos en calorías, y que desde la perspectiva del poder adquisitivo, las familias modifican su alimentación en torno al poder adquisitivo, ya que es más barato y “llena más” una sopa instantánea que realizar todo un proceso de arte culinario en el que se ocupa tanto dinero, tiempo, esfuerzo, gas y/o electricidad, como también el propio alimento que se va a ingerir.

En este contexto, la alimentación va tomando cursos muy marcados hacia “la obesidad alimentaria”, que como su nombre lo dice, hay exceso de materia/masa en alimentos pero que son tan carentes nutricionalmente que la población opta por adquirirlos a causa del bajo ingreso monetario justificando con la frase más común, “peor es nada”.

Este curso también ha orillado a la población a crear modificaciones en sus percepciones de alimentación sana y el estado de salud. Los mismos productos industrializados se han encargado de realizar exhaustivamente cambios en la percepción del sabor y alteraciones en las papilas gustativas que han generado inclinaciones hacia una “alimentación vacía”, y con esto ha acarreado por años distintas patologías y desviaciones, así como diversificación de las mismas a causa de la malnutrición.

En México se vive una crisis alimentaria incierta, dada que la seguridad alimentaria no asegura la calidad nutricional ni del alimento y, mucho menos, la salud y el abasto-disponibilidad de alimentos en la población. Como se explica en su concepción, es que, se aseguran el alimento, pero no buena salud, calidad de vida, y mucho menos compromiso nutricional hacia la población, sin mencionar ni tomar en cuenta las políticas alimentarias en supuesta aplicación y supervisión.

Dieta: Sincretismos en torno a dieta.

La dieta es un régimen alimenticio que se lleva diariamente, que puede o no cumplir con las leyes de la alimentación sana al mismo tiempo que puede estar o no adecuado al individuo, y que simplemente involucra la transcripción de los alimentos que se consumen en un lapso de 24hrs, detallando la cantidad en gramos y/o porciones, los horarios de alimentación, la combinación y preparación de dichos alimentos. El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), define dieta como el conjunto de alimentos aislados y platillos que una persona consume al día. En donde hace referencia a que la mayor parte de la gente confunde el concepto con un régimen o plan de alimentación restrictivo, cuando en realidad es lo que el individuo come diariamente, sea el alimento que sea, las veces que haya de comer, etc.

El conjunto de estos alimentos puede o no llevar a cabo las leyes de la alimentación, las cuales son:

- a) Cantidad: se refiere a que los nutrientes contenidos en los alimentos deben estar en cantidades calóricas mínimas requeridas para satisfacer las exigencias energéticas del organismo.
- b) Calidad: comprende que los alimentos deben contener los nutrimentos necesarios, es decir, que se incluyan los tres grupos de alimentos: frutas y verduras, cereales, leguminosas y alimentos de origen natural. A esta ley se le relaciona con la carencia, pero también con el exceso de algún nutrimento, que conllevan a la aparición de enfermedades.
- c) Armonía: señala que los nutrimentos contenidos en los alimentos (carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales) deben guardar una relación de proporción tal que respeten el aporte que le corresponde a cada uno en 24 horas.
- d) Adecuación: muestra que los nutrimentos ingeridos deben ser de acuerdo con la edad, actividad física y estado fisiológico del cada individuo (salud o enfermedad).
- e) Inocuidad (o pureza): explica que los alimentos deben estar libres de gérmenes y sustancias tóxicas.

De este modo, comprendemos a la ***dieta como todo alimento que el individuo consume en un lapso de 24 horas para satisfacer su necesidad fisiológica o de autorrealización, sea adecuado o no, sea sano o no para su consumo y organismo.***

La concepción de una *dieta saludable*, se remonta a la cultura grecolatina, en donde se consideraba una *alimentación saludable* y *dieta saludable* a los alimentos que no requerían ningún tipo de cocción, y que, sin aditivos o mezclas podían consumirse sin mayor problema, a ese tipo de alimentos se les consideraban “puros”, que no solamente se consideraba para el mantenimiento de la salud mediante este tipo de dieta que se basaba en el aceite de olivo y la miel, sino también para mejorar como individuo para llegar a convertirse en un ser óptimo en lo moral, y a esto le llamaban pureza alimentaria a través de una *dieta saludable* (Lejavitzer, 2016).

Esta breve consideración epistolar, muestra como la relación entre lo espiritual y lo físico-biológico conlleva una relación a través del cuidado de la dieta combinado con el ejercicio, pero poniendo especial atención en la dieta, ya que la principal preocupación eran los alimentos al natural, no solo para tener salud biológica sino para ser mejor persona.

Posiblemente esa relación, aun prospere en esta época, puesto que hay estudios que revelan ocultamente esta relación. Al descubrir que la alimentación a base de una dieta saludable natural disminuye el estrés que hoy en día es la cima de las enfermedades y que afecta emocionalmente las relaciones sociales, y al mismo tiempo mantienen un equilibrio homeostático brindando salud óptima siendo al mismo tiempo mejor persona moral, puesto que la terapéutica obtenida a través de la dieta sana, contribuye a la disminución de estrés y sus efectos sobre la salud, evitando así, las enfermedades psicosomáticas, que generalmente son creadas por estrés y ansiedad, viéndose reflejadas como malestares, dolencias y patologías, y reduciendo la posibilidad del equilibrio biológico, psicológico y social con afecciones de reacción en cadena sin discriminar el estado de cada esfera que compone al individuo para mantenerse en completo bienestar y salud..

La dieta, por su gran umbral dentro de la salud y la enfermedad, ha tenido una evolución constante e impactante en el último siglo, derivado de múltiples estudios y procesos en donde el acto de “comer” se relaciona directamente en el mejoramiento, empeoramiento y/o mantenimiento de la salud del individuo y, consecuentemente, en el colectivo. De esta manera, la información acerca de la palabra dieta, ha realizado conexiones específicas dentro del colectivo en donde se han creado redes de información. Tales redes de información social respecto a la dieta se han convertido en una fuente considerable de determinación de prácticas en salud. Con información a medias y mal-información, las ideas y percepciones de la dieta, se convertían en prácticas funcionales como alternativa curativa ineficaz de la enfermedad y

el logro de objetivos frustrados en la salud del individuo, por tal motivo, se consideró la clasificación de información respecto a la dieta según sus fuentes y promotores.

Dentro de la siguiente tabla, se muestra la clasificación formal de los tipos de dieta, en donde se encuentran divididas en dos grandes grupos: Dietas formales y dietas informales.

Cuadro comparativo de Dietas

Dietas Formales	
Tipos	Características
Dieta equilibrada	Este tipo de régimen, es un plan de alimentación que está diseñado por un profesional de la alimentación y nutrición, y que contiene las siguientes características: ajuste calórico, cálculo de macro y micronutrientes, desglose de alimentos para alcanzar objetivo, distribución del plan con alimentos sustituibles, preparación y combinación de alimentos, Jerarquización de alimentos y bebidas por porciones y gramos, además del ajuste en presupuesto y alimentación de temporada. Este tipo de dieta es también como terapéutica, ya que conlleva el diagnóstico y vigilancia del paciente para poder contribuir a alcanzar el objetivo final y puede tener distintas categorías dependiendo del diagnóstico, signos y síntomas. Entre los más comunes se encuentran: Iso-hipo-hiper macro y micronutrientales, DASH, Restrictivas, astringentes, colecistoquinéticas, de tolerancia, etc.
Dieta no equilibrada	Son planes de alimentación que no requieren y no son creados por un especialista en alimentación ni nutrición, sino que son propuestas y promocionadas por “amateurs” de la alimentación y que generalmente son las dietas milagrosas o de moda. No tienen un propósito, puesto que nunca se llega al objetivo realmente. Estos planes de alimentación crean, a la larga, un daño colateral a la salud. Entre estos tipos de dieta se encuentran déficits en macros o micronutrientes que son: carbohidratos, proteínas, lípidos, vitaminas y minerales.
Dieta cetogénica	Las dietas milagro que prometen bajar el peso en masa grasa y que realmente son muy perjudiciales a la salud, en este rubro se encuentran las dietas hipo hidrocbonadas e hiperprotéicas hipo lipídicas, y que, de la misma forma que las anteriores son carentes en macronutrientes pero aún más en micronutrientes, creando problemas en la salud rápidamente como accidentes cerebrovasculares, al miocardio, enfermedades renales y hepáticas, anemias y diabetes.
	Esta última tiene una característica peculiar, y son muy recurrentes en pacientes con TCA's (trastornos de la conducta alimentaria). Se caracterizan por el consumo

Dieta disociada	de un solo tipo de alimento durante un periodo extenso en días, con la creencia de que el peso disminuirá en gran cantidad para el número de días que se lleve a cabo. En realidad, este tipo de dietas solo orillan a tener deshidratación y es por eso que si bajan de peso, pero no correctamente, lo que puede ocasionar problemas en la salud como infecciones en vías urinarias, problemas renales y hepáticos, pancreatitis y hasta diabetes, además de déficits notables en signos por avitaminosis o hipovitaminosis. Entre algunos otros tipos de Dietas, se infiere más en relación a los tipos de dietas reflejados en cuestionarios dietéticos como lo es una herramienta que en nutrición es conocida como historia clínica dietética. Ésta, a su vez, puede arrojar detalles de cambios en el régimen alimenticio del individuo, que indica que se pueden estar realizando diversos tipos de dietas en un tiempo corto.
Dietas Informales	
Tipo de dieta	Características
Dieta preferida	Es la alimentación que se inclina por el gusto y preferencia por ciertos alimentos o platillos, que puede ser una alimentación vegetariana, o basada en comida rápida, comida chatarra o comida casera, etc.
Dieta habitual	Es lo que generalmente se consume en un día común y los horarios utilizados para realizar las comidas durante el día.
Dieta de temporada	Generalmente es cuando se opta por una alimentación basada en alimentos que son de temporada y que son más baratos y más fáciles de obtener puesto que hay mayor oferta en ese tipo de alimentos.
Dieta normal	Es el tipo de alimentación que conlleva un propósito y que se ve reflejado en la salud nutricional del individuo

Fuente: propia.

Sin importar cuantos tipos de dietas existan, el fin o propósito fundamental es poder crear un estilo de vida en donde la salud sea una prioridad que esta puesta antes que el deseo por llenar un día con alimentos que no cumplen una función de cuidado a la salud en el organismo. Generalmente, el colectivo ha creado un entramado de concepciones erróneas de lo que es dieta, como la más común es “ya no poder comer lo que me gusta”, “Restricción total de alimentos sabrosos”, “Ya no podré asistir a fiestas”. Una dieta significa, para el colectivo, depresión y prohibición (Casas, 2016).

La dieta ha nacido con el propósito de contribuir a la promoción, prevención, tratamiento y recuperación de enfermedades relacionadas con la alimentación, las cuales cubren poco más del 50% de las enfermedades actuales. En este sentido, el tipo de dieta que requerirá cada individuo será diferente, incluso sobre un paciente sano, jamás se podrá tener el mismo tipo de dieta adecuada por un profesional de la alimentación y nutrición, ya que diferirá entre estados anatomofisiológicos como en objetivos deseados.

Además de contribuir a la prevención, como ciencia de la salud y práctica biomédica, es lo más importante, también se ha insertado para la contribuir a la mejoría de objetivos específicos, como la agilización de la mente, el incremento de masa muscular en deportes que lo requieran, en el desarrollo correcto fetal, el crecimiento del organismo de un escolar, en el desempeño en cualquier área del individuo, en la recuperación de fracturas, quemaduras, trasplantes, disminución en fallecimientos en estadías hospitalarias, y aún más impactante en la relación genética de predisposición a enfermedades generacionales que pueden prevenirse, solo con la dieta correcta.

A pesar de querer incidir en una dieta balanceada, sana, limpia, etc., quien marca la tendencia de una dieta sana, en un 10% se encuentra la selección y gusto del individuo, pero aun así quién decide que ese alimento sea sano y completo nutricionalmente, se encuentra la industria alimentaria con 90%. ¿Realmente se está consumiendo una dieta rica en nutrientes y con alimentos 100% “puros”? ¿Es, acaso, una ensalada variada, parte de una dieta saludable? Gran parte de las respuestas a estas interrogantes las tiene un profesional en nutrición y alimentación, ya que se capacita en relación con la selección, preparación y terapéutica a través de la alimentación, con el fin de preservar y mejorar la salud.

Dieta como constructo social

Si bien es cierto que la dieta ha tenido un impacto social, político y económico positivo muy alto sobre la salud, dentro de la promoción, prevención, tratamiento y monitoreo en el proceso salud/enfermedad/atención, también ha tenido un impacto negativo en el colectivo, desde el mismo proceso, comprendiendo que, el colectivo carece de información respecto a la salud nutricional y, que, por tal motivo, se generan ideas y prácticas erróneas alrededor de la dieta.

La dieta ha sido parte fundamental de la vida del ser humano, puesto que alrededor de ella también se desarrolla e involucra la cultura, las ideologías, las tradiciones, costumbres, dogmas, relaciones sociales, política, economía, salud, hábitos y estilos de vida, demografía, ambiente, educación, sexualidad, género, entre otras. Siendo una parte fundamental de la vida, psicológicamente, ha tenido una inclinación muy marcada por la satisfacción de los placeres, los cuales han condicionado a la transformación constante de la concepción de la dieta. Tales transformaciones están delimitadas y, a su vez, determinadas por el ambiente y contexto de social.

Siendo, la dieta, un objeto socialmente aceptado como un medio para lograr objetivos y no como un bien para utilizarlo sobre el bienestar, se opta por el consumo de “prestigio” y no de alimento. De esta forma, lo que antes se consideraba como, la dieta, un acto de consumir alimentos (alimentos, platillos, etc.) en convivencia social de manera saludable y como parte de la tradición mexicana, se ha inclinado más por el acto del “pasa-tiempo”, entendido estrictamente al acto de consumir un alimento mientras *pasa el tiempo* y se pueda continuar con la siguiente actividad, así como, un pretexto y no una finalidad, un motivo y no un objetivo.

Estas prácticas están condicionadas imperantemente por la economía, siendo uno de los determinantes más sobresalientes en la construcción social de la dieta. El papel de la economía se erige en el concepto de la autorrealización, de la meta. En este caso la dieta toma un constructo de medio para lograr un objetivo que no implica directamente la salud sino, más bien, es aplicado a la alimentación funcional, condicionando el motivo de la dieta y traspasando su práctica promotora y preventiva a lo que se conoce como “un medio para un fin”, es decir que no se hace consiente el objetivo de una dieta, sino que se le atribuye el significado del alimento que sirve para algo.

Es así, que, la dieta determinada por la economía en la sociedad es un motivo de estatus social, al adquirir un alimento que no cubre saciedad en cuestión fisiológica (biológica) pero cubre satisfacción en relación con la posición en la que el individuo se siente y cree tomar en relación con su adquisición, por motivo de pertenencia al grupo de clase social o estatus social.

Por otro lado, la economía determina, socialmente, la ideología colectiva de la salud, entendiéndola como aquellos individuos que pueden adquirir alimentos más caros y perceptiblemente naturales y vistosos son, entonces, más saludables, contrariamente a aquellos que no pueden adquirirlos y optan por versiones cercanas o alimentos que dentro de su estatus socioeconómico lo determine superior, es así que, la dieta se ha construido socialmente como un lujo, puesto que los alimentos naturales son más caros y un conjunto de ellos, como un platillo, es una forma de comer que no está al alcance de cualquier nivel socioeconómico.

La educación también tiene un impacto muy alto alrededor de la dieta, debido a la difusión de información a medias y la poca difusión de información respecto a promoción y prevención en nutrición. La educación, entendida como la poca o nula información que se difunde socialmente respecto a la nutrición, en cuestión de la dieta, sus alcances y límites.

Dentro de la educación, la dieta se ha conceptualizado como un castigo, puesto que se difunde discursivamente como “lo que no me gusta” “lo que debo comer” “me va a quitar todo”, condicionando un reforzamiento negativo y se crean conductas aversivas hacia la dieta y la práctica biomédica hegemónica nutricional.

De esta manera, la dieta, se ha construido socialmente como un término que limita, presiona, estresa, prohíbe, anula, quita, no negocia y que impide la propia satisfacción biopsicosocial.

Debate entre alimentación y dieta.

Dados los conceptos fundamentales de dieta y alimentación, y teniendo en cuenta, cognoscitivamente, las características que conforman a cada una, es necesario realizar la diferenciación en combinación de ambos términos.

La alimentación, nos proporciona todos los medios para poder adquirir la energía y nutrientes necesarios para el mantenimiento del organismo, pero que dependerá amplia y directamente en las decisiones que se tomen en relación con la selección y preparación de los alimentos,

los cuales son los medios que se proporcionan, y que impactarán de gran manera en el proceso salud/enfermedad nutricional del individuo a través del orden y apego de la dieta como régimen alimenticio.

Es decir, la dieta se compone de alimentos que son proporcionados por distintos canales y procesos, en donde, la calidad diferirá en torno a la combinación de los alimentos, preparación y tiempos de comida.

Es importante distinguir que alimentación no significa comer, así como dieta tampoco significa no comer, más bien, los términos son complementarios, ya que el primero se refiere a todos los medios por los que pasa un alimento y por los cuales se adquieren y, el segundo, se refiere al cuándo, dónde y cómo se comen los alimentos adquiridos.

De esta manera, la dieta puede estar conformada completamente por alimentos naturales, por alimentos industrializados o la combinación de ambos. Las repercusiones, nutricionalmente hablando, de una u otra elección se denotarán, en tiempo extensivo de consumo, a través de la evaluación nutricional y que, comúnmente, hace acto de presencia a través de la enfermedad.

La calidad de la dieta jamás dependerá del porcentaje de aporte monetario total que se dedique a la alimentación, pero si dependerá de la decisión de elección de alimentos para lo que se destine el aporte monetario. Es decir, que si el aporte monetario se destina en gran parte hacia alimentos industrializados, el aporte nutricional de la dieta tendrá como consecuencia alguna alteración en la salud, promoviendo la enfermedad, en cambio, si el aporte monetario dedicado a la alimentación se basa en las características, mayoritariamente, sobre alimentos naturales, la dieta contribuirá a la prevención y correcto mantenimiento del organismo, promoviendo la salud, siempre y cuando se cumplan las leyes de la alimentación y las características de una dieta sana.

Por otra parte, se encuentran los hábitos y estilos de vida, en donde la posición económica y temporal, pocas veces permite llevar a cabo tales conceptos para aplicarlos a una alimentación sana. En la sociedad moderna, mujeres y hombres realizan diversas actividades, como el trabajo, actividades del hogar, desplazamientos largos para trabajar, salarios muy bajos y tiempos reducidos para comer, y no están sujetos a roles genéricos, en gran parte, como se vivía hace algunas décadas atrás.

Estas actividades crean una inversión en tiempo tan alta, que ha sido una de las razones por las que los alimentos industrializados se prefieren más, y con ellas, el incremento en tasas de enfermedades.

La alimentación no está siendo tomada en cuenta para abordar una dieta completamente sana e, incluso, ni para abordarla como tal, porque al trabajar, ¿qué es más rápido y barato? ¿Una comida corrida que es un poco más completa, un sándwich y un jugo que llena más y aparentemente sano o, una ensalada que no llena y es un poco insípida?

También se encuentra la otra cara, en donde, se vive y trabaja del campo, donde la alimentación es más sana, pero por falta de recursos no puede estar completa, como monetario, variedad de alimentos, conocimiento de una alimentación sana, lo que crea una dieta insuficiente, a pesar de que se cuenta con el tiempo.

Existen diversidad de ejemplos, no solo en adultos, sino que los hay en todas las edades, etapas, culturas, roles, etc., pero lo importante es comprender la diferencia en esta relación entre alimentación y dieta, cómo se afectan, en qué punto se deslindan, dónde termina una y comienza la otra.

Primeramente, los términos se diferencian en función del nivel teórico, como lo es que la alimentación brinda los medios a los individuos, mientras que la dieta los acepta, combina y distribuye al organismo, la segunda se determina acorde al nivel de funcionalidad práctica, es decir, que los procesos de la alimentación se llevan a cabo desde un desarrollo social para un fin social y, la dieta es un proceso individual con un fin individual y, como tercera, se determina en relación del nivel de propósito, la alimentación es de distribución y la dieta es de consumo, los cuales, son los elementos que inciden para conformar los procesos

Finalmente, la dieta y la alimentación se deben entender como dos procesos sinérgicos de complementación con el fin de aportar alimentos para cubrir la necesidad fisiológica y de autorrealización, que es comer.

Sin embargo, haciendo la diferencia en que la dieta es un proceso meramente individual para satisfacer la necesidad hambre-apetito propia y específica del individuo por medio del alimento (sólido y líquido) en un periodo de 24 hrs, que refleja los hábitos y preferencias alimentarias acordes a su estrato socioeconómico.

Mientras que la alimentación es un proceso completamente sociopolítico regido por la economía, que brinda la posibilidad de adquisición en diversidad, con el fin de distribuir, vender y facilitar los alimentos y su preparación.

Mientras que la alimentación conlleva una serie de procesos para la presentación de alimentos, este mismo proceso está ligado íntimamente a los intereses políticos y del sector privado, lo que produce que los alimentos no estén totalmente a disposición ni asequibilidad, puesto que no es posible adquirir los alimentos que estén sobre-excedidos en costo, que principalmente, es causa de la atemporalidad de los alimentos, es decir, que no son alimentos de temporada, aquellos que generalmente se encuentran en altos precios. De esta forma la industria aprovecha la exclusividad del alimento para obtener mayores ganancias mientras que el colectivo se encuentra buscando opciones que puedan sustituir su dieta a través de la sustitución de alimentos que estén acordes a sus posibilidades económicas.

Si bien la dieta mexicana se conformó por muchos años tomando como base el maíz junto con carnes, legumbres, oleaginosas y leguminosas, la actividad física en combinación con la alimentación natural era la base de la salud y promovían un estado óptimo de salud y cuidado autónomo, sin embargo, la modernidad junto con el neoliberalismo ha promovido el exceso de carbohidratos en el 95% de los alimentos que consumimos diariamente, dotados de grandes cantidades de sodio en diversas presentaciones, lo cual condiciona a una conducta alimentaria de desinterés puesto que todo está hecho básicamente de lo mismo, hidratos de carbono, grasas saturadas y sodio. Este tipo de alimentos condicionan a la dieta, lo que trae como consecuencia una repercusión negativa en la salud, además de agregar el tiempo de preparación de la dieta y la búsqueda de los alimentos que son necesarios para poder llevar de manera íntegra el plan de alimentación, el colectivo prefiere optar por algo ya preparado y que no le quite tanto tiempo, puesto que los horarios de trabajo son excesivos y los tiempos de comida dentro del campo laboral son excesivamente reducidos, aunado esto, a los pocos y casi nulos lugares para encontrar alimentos o platillos que están preparados de manera natural y/o en equilibrio para tratar de adecuar los alimentos que se venden en locales, puestos, etc., al plan de alimentación que se debería llevar para cuidar de la salud.

Dentro de lo que la política establece, la prioridad en todo momento es la salud de la población, las cargas de horarios laborales y de transporte, transporte insuficiente, horarios de comida, ambiente donde se come, tipos de alimentos permitidos en lugares laborales, se es fácil notar que no están acordes a la realidad del colectivo, puesto que si la prioridad es la

salud de la población se tendría como mínimo una logística precisa para que el colectivo tuviera sus horarios de comida y lugares establecidos dentro del trabajo de manera correcta para cubrir con las necesidades y requerimientos de salud nutricional, sin presiones y tratando de cubrir la mayor parte de gustos y mediando entre preferencias de comida y salud.

La dieta dentro de la alimentación está condicionada por todos los procesos que influyen de manera directa e indirecta, externos e internos, y estos, a su vez, condicionado por los intereses privados que parecieran estar en contraposición de la política pública en salud pero creada por los mismos.

De esta forma, cómo se podría considerar el apego a la dieta si desde un principio no se considera el cuidado (como mínimo) de la salud, mucho menos se podría contribuir en la salud nutricional, sumando la basta población que trabaja en horarios muy excedidos, pero con remuneraciones miserables con las que no solo adquiere alimento, cubre los servicios que utiliza (luz, agua, transporte, alimentos, gas, etc.) y no solo ese individuo, sino su familia.

Panorama Nacional (México).

A nivel nacional, se han realizado estudios con relación a las representaciones sociales de la alimentación en pacientes con diabetes mellitus, además de variantes en apoyo familiar, alimentación y dieta.

En relación con el Plan nacional de desarrollo 2013-2018, las políticas que abarcan a la diabetes mellitus son 4 apartados en donde se incluyen las formas de promoción, prevención y tratamiento, de los cuales solamente 2 líneas de acción competen al área de alimentación y nutrición, y que, para méritos de la prevención, no son relevantes para el combate contra la diabetes mellitus. Las líneas de acción están fundamentadas en que por medio de la promoción a través de los medios de comunicación masivos se lograra la prevención de manera efectiva.

En cuanto a los programas implementados y regulados por la secretaria de salud junto con los institutos que están bajo dicha secretaría, se contemplan como más importantes e impactantes en el tratamiento, el MIDE instaurado en el ISSSTE y el Chécate Mídete Muévete por el IMSS. Tales programas de apoyo y tratamiento al Paciente con diabetes, genera resultados de tipo cuantitativo que no se ve reflejado en las encuestas de salud, tales como ENSANUT, sino que genera tensiones en el rubro de las políticas tanto alimentarias como de nutrición, salud social, prevención y tratamiento de la diabetes mellitus.

Férnandes Vazquez, A. et al. (2012), en el artículo “Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, en donde recalca que la educación participativa crea una conexión entre la teoría y la practica en torno a la diabetes y su implemento propio en individuos que fueron parte del estudio experimental, además de llevar un correcto control gracias a la modificación de hábitos y conocimiento de su enfermedad.

Jímenez-Corona A. et al (2013), enfoca el análisis de las políticas relacionadas con la encuesta de nutrición en donde la encuesta ENSANUT tiene retos mayores cada año con respecto a la diabetes mellitus, que, en cada resultado, se venía observando el gran incremento en el desarrollo de la enfermedad, aunque el análisis solamente resalte, cuantitativamente, la magnitud del problema.

Gil-Velázquez, L.E. et al. (2013), realiza un análisis de la praxis multidisciplinaria en torno al tratamiento y diagnóstico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en cuestión farmacológica y nutricional, en donde se proponen algoritmos y diagramas de atención precisando cada paso de la atención respecto a la evolución, signos y síntomas.

Hernández-Ávila, M. et al. (2013), hace una revisión documental en donde dilucida la gravedad de la epidemia de diabetes, así como el hecho de que se trata de una enfermedad prevenible, llama a fortalecer las estrategias para hacerle frente. El impacto que tiene sobre la calidad de vida de las personas que la padecen la convierte en un área prioritaria para el sector salud.

En el estudio “Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados”, Molina Iriarte, A. et al. (2013), se reconoce el diagnóstico de una enfermedad crónica como la diabetes ocasiona un choque emocional para el paciente, pues no está preparado para convivir con las limitaciones provocadas por tal cronicidad. En este sentido, es necesario comprender que los aspectos psicológicos pueden interferir en la motivación y en la incorporación de cambios en los hábitos de vida. Es de esta forma que el análisis realizado enfoca hacia la comprensión de los factores asociados a un mejor autocuidado de la enfermedad.

Gonzalez Valdes, G.J. et al. (2016), la seguridad alimentaria y la diabetes mellitus tipo 2 en México, es un tema muy debatible, puesto que involucra diversos factores que afectan y empeoran el desarrollo de la enfermedad y que involucra una sujeción inconsciente que se ve reflejada en las decisiones que se toman en torno a la alimentación y emergen en la dieta.

Vázquez Hernández, M.G. y Guardado R.M., (2016), realizan un estudio muy interesante titulado “evaluación de conocimientos sobre la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con diferentes alteraciones de la glucosa atendidos en el laboratorio de investigación en metabolismo del campus león”, en el cual dicen que el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en los 244 pacientes del estudio en el laboratorio de investigación en metabolismo es relativamente bajo, por lo que se necesitan implementar nuevas estrategias para que la población obtenga más información acerca del tema y concientizar más la población para implementar estrategias de detección y prevención.

Estadísticas nacionales

ENSANUT 2012.

Según la ENSANUT 2012, la prevalencia nacional en Diabetes Mellitus fue en una estimación total de 9.2%, que, comparada en porcentajes de las 2 encuestas anteriores, tuvieron incrementos significativos de 1.6% de 2000-2006, 1.3% de 2006-2012 y, 2.0% de 2000-2012.

Del porcentaje de prevalencia nacional, se encuentran distribuidas porcentualmente por estados de la siguiente manera:

- Entre 10.2 y 12.3%: Durango, Tamaulipas, Nuevo León, Veracruz, Estado de México y Ciudad de México.
- Entre 9.3 y 10.1%: Baja California, Coahuila, Zacatecas, San Luis Potosí, Colima y Tabasco.
- Entre 8.2 y 9.2%: Baja California Sur, Sinaloa, Hidalgo, Puebla, Morelos, Campeche y Yucatán.
- Entre 7.7 y 8.1%: Sonora, Nayarit, Jalisco, Guanajuato, Tlaxcala y Guerrero.
- Entre 5.6 y 7.6%: Chihuahua, Aguascalientes, Querétaro, Michoacán, Oaxaca, Chiapas y Quintana Roo.

Mostrando un punto máximo de prevalencia en adultos mayores a 50 años, con 24% en 60 años para Hombres y 28% en 70 años para Mujeres.

ENSANUT MC 2016

De acuerdo con la ENSANUT de Medio Camino (2016), se reporta que la población se encuentra con afiliación a los servicios médicos distribuidos de la siguiente forma: 43.5% al Seguro Popular, 32.9% al IMSS, 13.4% sin afiliación, 6.7% al ISSSTE, 1.2% a otra institución, 0.7% al ISSSTE Estatal, 0.6% al sector privado, 0.4% a Sedena/Semar, 0.3% Pemex y 0.3% No asegurado. En cuanto a otros determinantes de la salud se menciona la situación laboral, reportando el 45.9% referido como “tener trabajo”,

La prevalencia de Diabetes Mellitus en cuanto a diagnóstico tuvo una estimación de 9.4% distribuyéndose en 10.3% y 8.4%, mujeres y hombres respectivamente, refiriendo haber sido diagnosticados por un médico, encontrando un ligero incremento respecto a ENSANUT 2006 y 2012 de 7.2 a 9.2% respectivamente, y encontrándose en población entre las edades de 60 y 79 años. Así mismo se reportan datos de prevalencia por región, predominando en 10.2%

para la región sur, seguida de la región Centro con 9.8%, Región Norte con 8.7% y colocando a la Ciudad de México y Estado de México en el 8.3%. (ENSANUT MC, 2016)

Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según el análisis de la OMS en México del año 2016, en cuanto a mortalidad, el número de muertes por diabetes mellitus en edad de 30-69 años es de 23 100 y 22 000, para hombres y mujeres respectivamente, y en edad de 70 años o más, es de 17 600 y 24 300 para hombres y mujeres respectivamente.

En números de muertes atribuibles a la hiperglucemia en edad de 30-69 años es de 28 100 y 25 400, para hombres y mujeres respectivamente, y en edad de 70 años o más, es de 24 400 y 32 800 para hombres y mujeres respectivamente.

Acorde a la mortalidad proporcional, por el porcentaje del total de muertes en todas las edades, de menor a mayor, se encuentran:

- 6% en enfermedades respiratorias crónicas
- 11% en afecciones transmisibles, maternas, perinatales y carencias nutricionales
- 12% en traumatismos
- 12% en canceres
- 14% en diabetes
- 21% en otras ECNT
- 24% en enfermedades cardiovasculares

Las tendencias, en la diabetes, estandarizadas por edades indican una ligera variación en comparación Hombres- Mujeres de 1%, haciendo el recuento del incremento de 1980 con 6% a 2014 con 12% en mujeres, y de 1980 con 6% a 2014 con 11% en hombres.

La prevalencia de la diabetes y de los factores de riesgo conexos se simplifica en la siguiente tabla 1, proporcionada por la OMS.

Prevalencia de la diabetes y de los factores de riesgo conexos			
	hombres	mujeres	total
Diabetes	9.7%	11.0%	10.4%
Sobrepeso	61.6%	65.0%	63.4%
Obesidad	22.1%	32.7%	27.6%
Inactividad física	18.9%	31.2%	25.4%

Fuente: OMS- Perfiles de los países para la diabetes. http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex_es.pdf?ua=1

Tabla 1: Se observa que el rango de mayor afección en todos los rubros de la población se encuentra en mujeres, y menor en el caso de los hombres.

En materia política, la respuesta nacional comprende directrices y vigilancia para la lucha contra la diabetes, por lo que, la diversidad de propuestas comprendidas en existencia son: a) políticas, estrategias y plan de acción contra la diabetes, b) políticas, estrategias y plan de acción para reducir el sobrepeso y la obesidad, c) políticas, estrategias y plan de acción para reducir la inactividad física, d) Directrices, protocolos y normas nacionales basados en datos probatorios contra la diabetes, que se manejan como existentes y que se aplican plenamente, e) Criterios normalizados para la derivación de pacientes desde la atención primaria a un nivel superior, que se manejan como existentes y que se aplican plenamente, f) Registro de casos de diabetes, y g) No cuenta con una última encuesta nacional sobre los factores de riesgo en la que se midió la glucemia. (OMS, 2016)

Siendo, las anteriores, un plan de diversas estrategias para el combate contra la diabetes es necesario mencionar que la mayoría de estas políticas, estrategias y criterios “estandarizados”, no muestran el impacto clínico ni social que se propone alcanzar en la población y está quedando como un simple documento para cumplir con requisitos meramente administrativos. Tomando en cuenta las estadísticas de INEGI, ENSANUT y, cumplimiento de objetivos y alcance a la población con programas de instituciones públicas de salud (DiabetIMSS, Chécate-Mídete-Muévete, etc.), las acciones para el cumplimiento de objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y Plan Sectorial en Salud no son las suficientes ni adecuadas a la sociedad mexicana, por lo que no se logran tales objetivos, aun siendo estos, objetivos en una escala global.

Y, por último, el análisis de la OMS, califica la disponibilidad de medicamentos, técnicas básicas y procedimientos en el sector de salud pública en 3 rubros.

- 1) Medicamentos disponibles en los establecimientos de atención primaria
 - a) Insulina: la cual califica como “en general disponible”
 - b) Metformina: la cual califica como “en general disponible”
 - c) Sulfonilurea: la cual califica como “en general disponible”
- 2) Procedimientos
 - a) Fotocoagulación retiniana: la cual califica como “en general no disponible”
 - b) Diálisis: la cual califica como “en general no disponible”
 - c) Trasplante renal: la cual califica como “en general no disponible”
- 3) Técnicas básicas disponibles en los establecimientos de atención primaria
 - a) Medición de glucemia: “en general no disponible”

- b) Prueba oral de tolerancia a la glucosa: “en general no disponible”
- c) Prueba de la HbA1c: “en general no disponible”
- d) Oftalmoscopia con dilatación: “en general no disponible”
- e) Percepción de la vibración del pie con diapasón: “en general no disponible”
- f) Prueba Doppler: “en general no disponible”
- g) Tiras para medir glucosa y cetonas en la orina: “en general no disponible”

Dado lo anterior, se permite observar y conocer que todos los procedimientos y medicamentos, “en general”, están disponibles, siendo un completo error ya que no en todas las clínicas e incluso hospitales, no se cuenta con los suficientes medicamentos ni la variedad de ellos en caso de requerirse algún tipo de tratamiento combinado.

No teniendo los suficientes recursos en los servicios de salud, es una de las causas que también afecta a la enfermedad, y genera alza en estadísticas, así como en la demanda de servicios de salud y la misma incidencia en la enfermedad.

Se nota también que las estrategias y políticas adoptadas y mencionadas por la OMS, no incluyen el factor más importante y relevante de la enfermedad: la prevención. Siendo este el factor más importante, sobre todo en Diabetes Mellitus tipo 2, no se hace mención de estrategias para la prevención ni el cómo, dónde, cuándo, ni por quién.

Con lo anterior podemos afirmar que la diabetes mellitus es una pandemia nacional por el número de pacientes que va en incremento y, que, a pesar de las múltiples y variadas formas de abordaje en tratamientos, aun no se ha logrado erradicar, controlar ni mucho menos hacer conscientes, a las personas que la padecen, de la gravedad del problema y de los múltiples problemas que esto acarrea como complicaciones de la misma enfermedad.

La realidad que reflejan las encuestas aplicadas en años anteriores es, sin duda, un problema concreto al que no se está abordando desde una perspectiva de la realidad social, sino simplemente basados en estadísticas cuantitativas y que en realidad no se está enfocando en otra perspectiva, que pudiese ser parte del problema, debido a comparaciones con la misma estadística. Se observan cifras a detalle, lo que nos hace conscientes de la gravedad del problema, pero no se muestran las razones o factores que están causando el incremento del problema.

Las acciones tomadas por el equipo en salud están dejando un hueco en la población que no se está cubriendo, a pesar de tener tratamiento farmacológico, nutricional, psicológico, programas de apoyo tanto alimentario como económico y de activación física.

Ni aun tomando las políticas y programas creadas e implementadas por el gobierno se ha logrado cortar de tajo la enfermedad o como mínimo detener el incremento del constante crecimiento e índices de morbimortalidad.

Federación internacional de diabetes (IDF).

Acorde a los datos de la IDF (por sus siglas en inglés) más de 387 millones de personas tienen diabetes de los cuales el 3% no tienen diagnóstico y se estima que para el año 2035 esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 592 millones.

México ocupa el 6to. lugar mundial en número de personas con diabetes y se estima que la mitad de las muertes atribuibles a la diabetes ocurre en personas menores de 60 años. (IDF, 2013). La mayoría de personas con diabetes tienen entre 40 y 59 años, las cuales, no son conscientes de su condición.

La diabetes ha originado al menos 548 millones de dólares de gasto sanitario en 2012; el 11% de los gastos totales en sanidad en adultos (20-79 años), y causó 4.9 millones de muertes en 2014. Más de 79,000 niños desarrollan diabetes tipo 1 en el 2013 y más de 21 millones de nacidos vivos fueron afectados durante el embarazo en el 2013.

Preceptos políticos-normativos referentes a la praxis en nutrición y alimentación

Plan Nacional de Desarrollo.

“El Plan Nacional de Desarrollo es el resultado de un amplio ejercicio democrático que permitirá orientar las políticas y programas del Gobierno de la República durante los próximos años... El Plan proyecta, en síntesis, hacer de México una sociedad de derechos, en donde todos tengan acceso efectivo a los derechos que otorga la Constitución” (PND, 2013).

En la sección VI.2 se expone la categoría de “Un México Incluyente”, en donde se plantea la garantía de los derechos sociales que todo individuo debe tener, y que respecto al tema de nutrición es importante, puesto que se incluye la alimentación dentro de las líneas de acción como se muestra a continuación.

Objetivo: Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población.

- Estrategia 2.1.1. Asegurar una alimentación y nutrición adecuada de los mexicanos, en particular para aquellos en extrema pobreza o con carencia alimentaria severa.

Líneas de acción

- Combatir la carencia alimentaria de la población a través de políticas públicas coordinadas y concurrentes, priorizando la atención de las familias en extrema pobreza.
- Propiciar un ingreso mínimo necesario para que las familias tengan acceso a suficientes alimentos inocuos y nutritivos.
- Facilitar el acceso a productos alimenticios básicos y complementarios a un precio adecuado.
- Incorporar componentes de carácter productivo a las acciones y programas sociales, con objeto de mejorar los ingresos de los mexicanos, proveerles empleo y garantizar el acceso a los alimentos indispensables para el ejercicio de sus derechos.
- Adecuar el marco jurídico para fortalecer la seguridad alimentaria y el derecho a la alimentación.

Las estrategias implementadas hasta 2017, han permitido el desplazamiento en dirección contraria de los resultados que estos lineamientos/metras proponen, así como su impacto social, puesto que la carencia de recursos económicos y la poca disponibilidad de alimentos en todas las poblaciones, ha conllevado a la sociedad a optar por alimentos pobres nutricionalmente y con precios elevados, no adecuados.

Dentro de la estrategia 2.1.2, se habla acerca del fomento a la productividad para mejoramiento de la calidad de vida, en donde se menciona la seguridad alimentaria como derecho social y, se incide sobre la capacitación en educación alimentaria nutricional y prevención de enfermedades, además de contribuir al mejoramiento del desempeño escolar a través de la nutrición como parte del estado de salud.

Por último, es necesario mencionar que por parte de las mismas estrategias se recalca la incidencia sobre la Diabetes mellitus como principal problema de salud en México.

Estrategia 2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.

Líneas de acción

- Garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud.
- Reducir la carga de morbilidad y mortalidad de enfermedades crónicas no transmisibles, Principalmente diabetes e hipertensión.

- Instrumentar acciones para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes.
- Reducir la prevalencia en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.
- Privilegiar acciones de regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios, así como acciones que fortalezcan el Sistema Federal Sanitario en general.
- Coordinar actividades con los sectores productivos para el desarrollo de políticas de detección, prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral.

Plan Sectorial de Salud.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece como eje prioritario para el mejoramiento de la salud la promoción, la prevención de las enfermedades y la protección de la salud, siempre con perspectiva de género, apegado a criterios éticos y respondiendo al mosaico multicultural que caracteriza al país.

Las estrategias y líneas de acción que se plantean reconocen que hay avances significativos en algunos temas y que sólo se requieren estrategias para consolidar los logros hasta ahora obtenidos. También incluyen estrategias para hacer más eficaz la acción gubernamental en aspectos cuyos resultados de años pasados no han sido los esperados o el contexto obliga su adaptación.

Precisamente, una de las acciones que se relatan en el PSS como parte de la estrategia 1.1 Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario, en el apartado 1.1.4, se menciona el impulso de la actividad física y la alimentación correcta en diferentes ámbitos, en particular en escuelas y sitios de trabajo.

En el caso de la Diabetes, sobrepeso y obesidad se propone lo siguiente:

- ESTRATEGIA 1.2. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes

Líneas de acción:

- 1.2.1. Desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles con cobertura nacional, estatal y local.
- 1.2.2. Fomentar la alimentación correcta a nivel individual, familiar, escolar y comunitario a través de estrategias innovadoras de mercadotecnia social.
- 1.2.3. Promover la actividad física a nivel individual, familiar, escolar y comunitario.
- 1.2.4. Promover la creación de espacios para la realización de actividad física.

- 1.2.5. Adecuar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.
- 1.2.6. Establecer mecanismos de difusión oportuna de la información epidemiológica sobre obesidad y diabetes.
- 1.2.7. Impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios.

Lo anterior, conlleva una connotación actual en la que los resultados no han sido visibles hasta la fecha y que en su aplicación se ha visto un interés pobre y resultados contrarios a los que se esperaba, realizando comparaciones con la encuesta nacional de nutrición 2000-2006-2012-2016 (ENSANUT), cuyos datos revelan que en el año 2000 el porcentaje de población con Diabetes Mellitus era de 5.7%, 2016 la población con Diabetes mellitus se encontraba en el 7.0% de población, para 2012 se incrementa a 9.2% lo cual es un aumento considerable y, llegando al 2016 con cifras mucho más altas del 9.4%; esto nos deja en claro que los objetivos de tales estrategias plasmadas en el plan sectorial de salud respecto a Diabetes mellitus, no se han logrado, sino que reflejan lo contrario, es allí en donde podría pensarse que las estrategias en dicha materia no han tenido la relevancia ni interés por supervisión de programas, correcta implementación, poca o nula promoción, olvido de realidad científica, etc., y que por ende, no logran incidir de manera tajante.

Otro aspecto importante son las líneas de acción de la estrategia 2.7:

- ESTRATEGIA 2.7. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes Líneas de acción:

Las líneas de acción:

- 2.7.1. Fortalecer la detección temprana y el control de pacientes con ECNT.
- 2.7.2. Fomentar la detección oportuna en poblaciones de riesgo.
- 2.7.3. Instrumentar el Modelo Clínico Preventivo Integral.
- 2.7.4. Capacitar continuamente a los profesionales de la salud de primer contacto.
- 2.7.5. Asegurar el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos.

Si los estudios en relación a Diabetes, en materia de promoción, como bien se menciona en el PSS, es desarrollado a través de la comunicación social en mercadotecnia, no es posible tener un alcance de tales objetivos, puesto que la mayor parte de la población con Diabetes carece de elementos que le permitan llegar al conocimiento por medio de medios masivos de

comunicación en general, y al querer incidir, a través de la estrategia 2.7, el fortalecimiento y el fomento de la detección oportuna, son el primer pilar que se ha derrumbado en esta estrategia.

Haciendo referencia un poco hacia la alimentación, los objetivos planteados con las líneas de acción en torno a prácticas de alimentación y estilos de vida saludables son ineficientes, puesto que el salario mínimo mantiene a la población obrera en un estado constante de trabajo para poder obtener el alimento, saludable o no, pero que dentro del margen tampoco se daría el tiempo para ver por su salud en un nivel preventivo.

De esta manera, los objetivos para el combate contra la Diabetes mellitus, quedan completamente fuera del contexto del país, por lo que los resultados son desfavorables en atención y combate a tal enfermedad, dejando aun mayor vulnerabilidad cada año con una considerable y creciente incidencia.

Otra de las estrategias implementadas para la misma causa es la estrategia 3.7, la cual, trata de regular todo el aspecto alimentario industrial de una manera conjunta con organizaciones nacionales en salud para tener mejor calidad en el proceso alimentario, el cual no se ha visto implementado en ningún nivel ni población.

- ESTRATEGIA 3.7. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes Líneas de acción:

Líneas de acción:

- 3.7.1. Actualizar la regulación en materia de alimentos y bebidas industrializados a las mejores prácticas internacionales.
- 3.7.2. Proveer información transparente del contenido calórico en el etiquetado frontal de todos los alimentos y bebidas industrializados.
- 3.7.3. Prohibir la publicidad dirigida a público infantil de alimentos y bebidas que no cumplan con criterios científicos de nutrición.
- 3.7.4. Fomentar la reformulación de productos para hacerlos nutricionalmente más balanceados.
- 3.7.5. Vincular acciones con la Secretaría de Educación Pública para la regulación de las cooperativas escolares.
- 3.7.6. Fomentar la vinculación con la Comisión Nacional del Agua para el abasto de agua potable en escuelas.

- 3.7.7. Fortalecer la red de municipios para la salud para el abasto de agua potable en escuelas y comunidades.

A través de esta estrategia, se pretende incidir de manera directa sobre la calidad de alimentación sobre la población, situación que ha generado controversia en los debates y discusiones en la comunidad científica de nutrición con relación a alimentación, puesto que la relación que las estrategias que se han implementado no han recaído sobre los problemas reales de la manera más adecuada, siendo este un sesgo directo en la aplicación.

Las estrategias utilizadas para los alimentos industrializados no tienen relación con los objetivos o líneas de acción que se mencionan, sino que se han agregado impuestos a los alimentos para que simplemente el precio sea la incidencia en la población para poder ser más difícil en adquisición, por lo que aún no se ha cumplido ningún objetivo en su totalidad.

También se encuentra la vinculación con la SEP, en donde absolutamente ninguna escuela realiza tal práctica de regulación de cooperativas, ya que no existe un control como tal ni una supervisión. Lo más cercano a un tipo de regulación son los comedores del DIF, que con el personal a cargo de la preparación de alimentos, no tiene una minuta de platillos adecuados, sino que se realizan al día con platillos comunes de cada región.

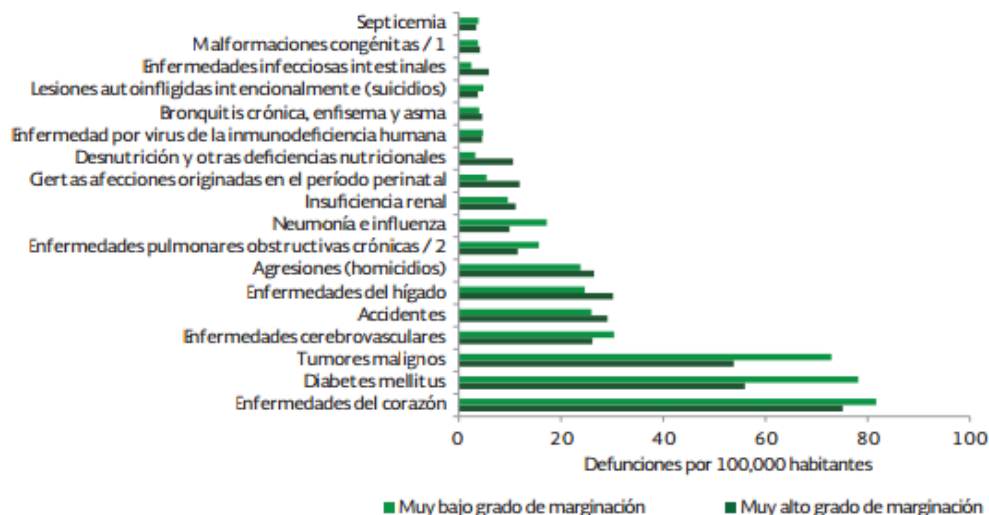
De la misma manera se realiza un cuadro de objetivo para la medición de cumplimiento de metas para la diabetes respecto a la hospitalización.

FICHA DE INDICADOR Elemento Características Indicador Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo (Indicador definido por la OCDE)

- Objetivo sectorial Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
- Descripción general El indicador capta la demanda de atención médica hospitalaria de pacientes con diabetes que desarrollan complicaciones de corto plazo. El resultado es una aproximación al nivel de control que tienen los pacientes de su enfermedad a través de la atención médica primaria.
- Observaciones Se construye dividiendo el número de egresos hospitalarios con diagnóstico principal de diabetes con complicaciones de corto plazo en población de 15 años y más entre el total de población de 15 años y más que utiliza servicios públicos de salud por 100,000.
- Periodicidad Anual.

Según el reporte sustentado por INEGI, el índice de incidencia, prevalencia y morbimortalidad en Diabetes ha ido en incremento en relación de 1980-2011, la cual es de 21.9 a 69.9% respectivamente. Lo anterior, indica un problema en la aplicación en programas para la lucha contra la diabetes y en educación para la salud del paciente con diabetes. Este problema es categorizado como la primera causa de defunción en México en la población mayor a 66 años, representando el 15.4%, en segundo lugar entre edades de 20 a 65 años, los cuales representan el 14.6% de la población y, en tercer lugar en las edades menores a 2 años, representando 13.7%. De esta manera, se representa la tasa de mortalidad en Diabetes Mellitus en 80 000 defunciones para el año 2011 (Grafica 2).

Grafica 2: Tasa de mortalidad para las principales causas de muerte en entidades federativas con muy alto grado de marginación y muy bajo grado de marginación, México 2011. (defunciones por 100,000 habitantes)



Notas: 1 Incluye deformidades y anomalías cromosómicas; /2 Excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma. Según CONAPO las entidades federativas de muy alta marginación son Oaxaca, Chiapas y Guerrero. Y las entidades de muy baja marginación son el Distrito Federal, Nuevo León, Coahuila y Baja California.

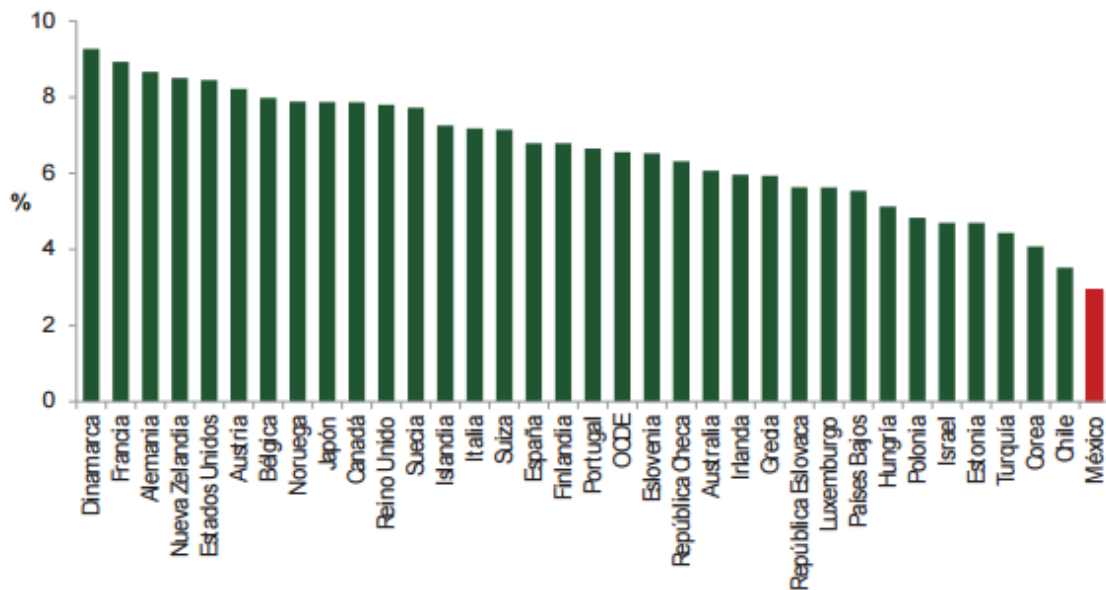
Fuente: INEGI/SS (2012b), principales causas de muerte según Lista Mexicana y CONAPO (2013b)

Claramente, en la gráfica 3, se puede notar que el gasto público en salud directamente relacionado con el producto interno bruto (PIB) es mínimo en México en comparación con otros países que pertenecen a la misma organización OCDE.

Esta situación deja por escrito y a la luz, la develación del tipo de atención que se le da a la salud en México, siendo que, en reportes anteriores, aquí mencionados, se ha hecho el gasto más grande en la historia de México en cuestión de salud.

Grafica 3

Gasto público en salud como porcentaje del PIB para los países de la OCDE, 2011



Nota: Datos de 2011 o del último año disponible.

Fuente: OECD (2013a).

Sistema Nacional de salud.

El sistema nacional de salud cuenta con distintos programas apoyados en diversas instituciones a nivel nacional para poder cubrir y alcanzar todas las metas propuestas para lograr el combate hacia la Diabetes Mellitus. A continuación, se mencionan los más importantes y que han tenido más impacto a nivel nacional.

Seguro popular

El seguro popular es un se encarga de brindar servicios de salud a todas las personas que estén inscritas en el sistema de protección social en salud, y tiene la capacidad de trabajar con distintos proveedores de servicios de salud tanto pública como privada en todos los estados de la República mexicana.

El Seguro Popular a través de su Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), en su número 123 y 84 dispone que el diagnóstico y tratamiento farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2 están cubiertos en su totalidad, por lo que al paciente no le cuesta.

Como medida de prevención y requisito esencial para la afiliación al Seguro Popular desde el 2011 se implementó, el programa Consulta Segura el cual consiste en un tamizaje básico de glucosa y presión, además de medición de cintura, peso y estatura detectando con esto si existe algún riesgo de enfermedades como diabetes, hipertensión, sobrepeso u obesidad.

Para completar el esquema de esta enfermedad, el Seguro Popular también cubre en su totalidad enfermedades causadas por este padecimiento como Enfermedad Periodontal

(CAUSES 138), Eliminación de Focos de Infección y abscesos (CAUSES 141), diagnóstico y tratamiento de Neuropatía Periférica Secundaria a Diabetes (CAUSES 209), manejo hospitalario de úlcera y pie diabético infectado (CAUSES 210) entre otros.

Centros de atención al diabético (ISEM)

Los Centros de Atención al Diabético del Estado de México son unidades médicas especializadas en la detección y tratamiento de pacientes con diabetes tipo 2, hipertensión y síndrome metabólico, además, cuentan con un servicio médico integral; médico especialista, psicólogo, nutriólogo, medicamentos y las siguientes pruebas de laboratorio: determinación de glucosa, examen general de orina, biometría hemática, hemoglobina glucosilada, micro albumina en orina y perfil de lípidos (triglicéridos y colesterol).

Estas pruebas de laboratorio se realizan dentro de los mismos Centros de Atención al Diabético y en 12 minutos los resultados son entregados, de tal forma que el paciente en una misma visita se realiza pruebas de laboratorio, visita a los médicos especializados y recibe su medicamento sin ningún costo.

Ley para la Prevención, Tratamiento y Combate del Sobrepeso, Obesidad y Trastornos Alimentarios del Estado de México y sus Municipios

El consejo estatal, que se compone por el consejo estatal para la prevención, tratamiento y combate al sobrepeso, obesidad y trastornos alimentarios, y quienes asigna por instituciones responsables de tal ejercicio al gobernador del estado, la secretaría, la secretaría de educación, la secretaria de desarrollo social, la secretaria de cultura, comités municipales y al sistema para el desarrollo integral de la familia del Estado de México, tiene por objeto los siguientes:

- Proveer un marco jurídico que permita desarrollar los mecanismos y las herramientas necesarias para prevenir, atender y combatir el sobrepeso, la obesidad y los trastornos alimentarios, así como promover un aumento de la activación física de las personas y la adopción de hábitos alimenticios y nutricionales correctos.
- Definir las bases generales para el diseño, la ejecución y evaluación de las estrategias, programas y políticas públicas a través del desarrollo de acciones coordinadas y de responsabilidad compartida entre las diferentes instituciones y órdenes de gobierno, en los ámbitos educativo, social, económico, político, cultural y de salud que tengan como finalidad prevenir, atender y combatir el

sobrepeso, la obesidad y los trastornos alimentarios, así como fomentar de manera permanente e intensiva la activación física de las personas y la adopción de hábitos alimenticios y nutricionales correctos.

- Prevenir, atender y combatir el sobrepeso, la obesidad y los trastornos alimentarios, así como fomentar de manera permanente e intensiva la activación física de las personas y la adopción de hábitos alimenticios y nutricionales correctos.
- Establecer los mecanismos necesarios de carácter administrativo para prevenir, atender y combatir el sobrepeso, la obesidad y los trastornos alimentarios de conformidad con lo establecido en la presente Ley.
- Crear programas de promoción entre la población que tengan como objetivo la prevención, atención y combate del sobrepeso, la obesidad y los trastornos alimentarios, que incluyan la ingesta de productos que integren una alimentación correcta, equilibrada y la disminución de alimentos excesivos en azúcares, harinas, grasas y sal.
- Distribuir competencias entre las autoridades públicas del Estado de México y sus municipios, respecto de la prevención, tratamiento y combate del sobrepeso, la obesidad y los trastornos alimentarios en toda la población de conformidad con lo establecido en la presente Ley.

Con lo anterior, se pretende luchar contra el sobrepeso, obesidad y trastornos alimentarios y, tiene relevancia sobre la enfermedad de diabetes mellitus, puesto que son las antesalas de tal enfermedad, la cual, si no se lleva un control y/o tratamiento, puede contribuir a la aparición de comorbilidades en tiempos mucho más cortos de lo que normalmente se podrían encontrar, dejando esta enfermedad ante el paso a complicaciones severas que pueden ir desde amputaciones hasta la muerte.

En el capítulo cinco, se encuentra el “Programa Estatal Intersectorial para la Prevención, Tratamiento y Combate al Sobrepeso, Obesidad y Trastornos Alimentarios”, el cual a letra dice:

“Artículo 22. El Programa Estatal será el instrumento principal de acción gubernamental para prevenir, tratar y combatir el sobrepeso, la obesidad y trastornos alimentarios, mediante el desarrollo de acciones coordinadas y de responsabilidad compartida entre las diferentes instituciones y órdenes de gobierno, en los ámbitos educativo, social, económico,

político, cultural y de salud. En el Programa Estatal se establecerán medidas para fomentar la adopción de una correcta alimentación para la población.” (Navas, 2016)

Programa de Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE): ISSSTE

Las características de este programa tienen un modelo de empoderamiento centrado en el paciente y trata de dar un enfoque multidisciplinario en el 1er nivel de atención, con lo que intenta romper el paradigma de la atención especializada con un equipo convencido y que reconoce al paciente, para que, a través de la medicina basada en evidencias, consiga un modelo sistematizado por medio de guías clínicas y resultados medibles y objetivos a través de la hemoglobina glucosilada.

Las estrategias consideradas en este programa son:

- Innovar y mejorar la atención primaria: incrementando el tiempo de consulta a 30 minutos, promover la insulinización desde primer nivel de atención, HbA1c como método de diagnóstico y registro sistematizado de información.
- Promover el empoderamiento y el autocuidado: por medio del trabajo grupal y dinámicas que constan desde mini series en video hasta mapas de conversación.
- Capacitación del equipo multidisciplinario y el paciente: Formando educadores en diabetes, médicos diabetólogos y pacientes asesores en diabetes.

De esta manera se pretende crear un médico y un paciente conscientes de la enfermedad y se evita la mala información que se genera por redes sociales comunicativas y que traen como consecuencia las prácticas incorrectas en torno a los tratamientos y cuidados tanto farmacológicos como nutricionales.

Chécate, Mídete y Muévete: IMSS

"Chécate, mídete y muévete" es una campaña que promueve un estilo de vida saludable y sus beneficios individuales, familiares y sociales, a través del fomento y la promoción de la activación física y una alimentación saludable.

- **CHÉCATE:** Se trata de checar el peso por la mañana con una báscula para llevar un control y, posteriormente, darle seguimiento.
- **MÍDETE:** Hace referencia a que el cuerpo necesita consumir grasas, azúcares y sales, pero con medida. El exceso puede contribuir a una mayor disposición hacia la enfermedad.
- **MUÉVETE:** Indica la promoción y motivación hacia la actividad física y el ejercicio. La activación física brinda múltiples beneficios: disminución del estrés, prevención de

enfermedades, control del peso corporal, mejora la autoestima y mantiene normales la presión arterial, los niveles de azúcar y grasa de la sangre, además de fortalecer el sistema respiratorio y muscular.

Como se menciona anteriormente, es un programa que consta de las tres vertientes para la prevención de enfermedades y la obtención de estilos y hábitos de vida saludables, los cuales generan un mayor grado de salud y bienestar.

DiabetIMSS

Es un programa que deriva del Instituto Mexicano del Seguro Social, por el cual se otorga atención al paciente con Diabetes mellitus a través del equipo multidisciplinario en salud, dando énfasis al proceso educativo para lograr un cambio en hábitos y estilos de vida saludables, especialmente en alimentarios y en actividad física.

Sus principales objetivos son:

- Alcanzar metas de control metabólico
- Identificar o retrasar complicaciones
- Mayor sobrevida
- Mejor nivel de salud
- Mayor satisfacción de los pacientes
- Uso más eficiente de los recursos

Lo anterior, tomando como base las siguientes metas:

Metas de control en la DM tipo 2	
Parámetro	Meta control
HbA1c (%)	<7
Glucemia basal y preprandial (*)	70-130
Glucemia Postprandial (*)	<140
Colesterol total (mg/dl)	<200
LDL (mg/dl)	<100 ⁽¹⁾
HDL (mg/dl)	>40 [♂]
	>50 [*]
Triglicéridos (mg/dl)	<150
Presión arterial (mmHg)	<130/80 ⁽²⁾
Peso (IMC=kg/m ²)	IMC <25
Cintura (cm)	<90 [♂]
	<80 [♀]
Consumo de tabaco	No
(*) Glucemia capilar. La postprandial se determina a las 2	
⁽¹⁾ Pacientes con riesgo cardiovascular <70mg/dl	
⁽²⁾ Paciente con micro albuminuria 120/75	

Fuente: GPC Diagnóstico y Tratamiento de la DM tipo 2, 2012.

Recuperado de <https://es.slideshare.net/sindromemetabolico/programa-de-atencion-al-paciente-diabetico>

El programa cuenta con 3 modalidades de atención, las cuales son: a) DiabetIMSS módulos, b) DiabetIMSS consulta de medicina familiar y c) DiabetIMSS segundo nivel, los cuales son atendidos por un equipo multidisciplinario especializado en la enfermedad que está constituido por médico familiar, enfermera general, con apoyo de nutricionistas, estomatólogos, psicólogos y trabajadores sociales, además de trabajar con grupos de 20 pacientes por sesión (consulta).

El mismo, cuenta con equipamiento para lograr la prevención, diagnóstico y seguimiento de la evolución de la enfermedad y sus complicaciones, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Para retinopatía diabética:
 - Terapia laser oportuna
 - Identificación de otras patologías oculares
- Para Enfermedad renal crónica (ERC):
 - Mico albuminuria
 - Estimado de filtrado glomerular a partir de creatinina sérica
 - Nefro-protección oportuna (Metas de control metabólico e Inicio de inhibidores ECA)
- Referencia-contrarreferencia ERC (dependiendo el estadio):
 - Medico familiar
 - Nefrólogo
 - Médico internista
- Pie diabético
 - Oropedia – Rehabilitación
 - Neuropatía
 - Enfermedad arterial periférica

Normas Oficiales Mexicanas

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

Esta Norma define los procedimientos y acciones para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de la diabetes, tendientes a disminuir la incidencia de esta enfermedad, y para establecer programas de atención médica idóneos a fin de lograr un control efectivo del padecimiento y reducir sus complicaciones y su mortalidad.

Se consideran como síntomas clásicos de la diabetes, a la poliuria, la polidipsia, la polifagia y la pérdida de peso.

Se hace hincapié, en los estilos de vida saludables y en hábitos saludables, además de mencionar como apoyo para la educación en salud a la NOM-174-SSA1-1998 para el tratamiento del sobrepeso y obesidad, así como a la NOM-043-SSA2-2005 para la promoción y educación alimentaria, ya que son los pilares de la salud y que tienen directamente relación con la propia enfermedad.

Se hace la distinción entre tipos de diabetes, mencionando a la diabetes mellitus tipo 2 como prevenible y/o en su defecto retardable para evitar su pronta aparición y evolución. De la misma manera se resaltan los tipos de tratamientos y sistematización de los mismos, contemplando farmacológico y nutricional.

Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos y medidas necesarias para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias, a fin de proteger a la población de este importante factor de riesgo de enfermedad cardio y/o cerebrovascular, además de brindar a los pacientes una adecuada atención médica.

Además, es de observancia obligatoria en el territorio nacional para el personal de salud que brinde atención médica a personas con dislipidemias o en riesgo de padecerlas, en las instituciones públicas, sociales y privadas del Sistema Nacional de Salud.

Para la correcta aplicación de esta Norma es conveniente consultar los siguientes documentos:

- NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes.
- NOM-030-SSA2-1999, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial.
- NOM-174-SSA1-1998, para el Manejo Integral de la Obesidad.

Las dislipidemias deberán prevenirse mediante la recomendación de una alimentación idónea y actividad física adecuada. A excepción de las de origen genético o primarias.

El control de las dislipidemias permitirá a su vez el control de la aterosclerosis, lo cual sumado al control de otros factores de riesgo, como la hipertensión arterial, la diabetes, el

tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo, complementará las acciones de prevención de las enfermedades cerebro y cardiovasculares.

La estrategia de prevención tendrá dos objetivos, uno es la población en general y otro son los individuos con riesgo de desarrollar dislipidemias, las acciones sobre uno y otro, no son mutuamente excluyentes, sino que se complementan en su propósito final, que es el de lograr ejercer un control en la población entera.

Las acciones de prevención, en la población general, deben tener un enfoque primordialmente sanitarista, tal como la promoción de estilos de vida saludables, lo cual disminuye el riesgo absoluto.

Las acciones que se realicen sobre individuos con alto riesgo de desarrollar dislipidemias, deben tener un enfoque predominantemente clínico, aunque con poco impacto poblacional, para proporcionar un gran beneficio individual, que disminuya el riesgo relativo.

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

El propósito fundamental de esta Norma es establecer los criterios generales que unifiquen y den congruencia a la Orientación Alimentaria dirigida a brindar a la población, opciones prácticas con respaldo científico, para la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades. Así como elementos para brindar información homogénea y consistente, para coadyuvar a promover el mejoramiento del estado de nutrición de la población y a prevenir problemas de salud relacionados con la alimentación.

La orientación alimentaria es prioritaria y debe proporcionarse a toda la población, es conveniente que atienda a los intereses del público en general, de los grupos vulnerables en especial y que tome en cuenta a la industria y a otros grupos interesados. Los contenidos de orientación alimentaria se deben basar en la identificación de grupos de riesgo, desde el punto de vista nutricional, la evaluación del estado de nutrición, la prevalencia y magnitud de las enfermedades relacionadas con la nutrición de la población y por último la evaluación de la disponibilidad y capacidad de compra de alimentos, por parte de los diferentes sectores de la población.

Se identifica a los niños desde su gestación hasta la pubertad, las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, los adultos mayores y las personas con actividad física intensa como grupos que requieren mayor atención por el riesgo de presentar alteraciones en su estado de nutrición.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999 y la Encuesta Nacional de Salud del 2000 en la población mexicana aún prevalecen las enfermedades relacionadas con las carencias nutricias (sobre todo en la población infantil, ya que entre los menores de 5 años el 18% presenta baja estatura y el 27% tiene anemia) y por otra parte el sobrepeso, la obesidad, la hipertensión arterial, la aterosclerosis, la diabetes mellitus, el cáncer y la osteoporosis han mostrado un notable incremento en los últimos años. La pobreza, agravada por la pérdida del poder adquisitivo de la población y el encarecimiento de los alimentos, en muchas ocasiones restringe el acceso a una dieta correcta.

En este mismo contexto es importante mencionar que los programas de orientación alimentaria generarán una demanda de alimentos que debe sustentarse en la producción y el abasto oportuno de los productos, así como en la factibilidad del acceso a ellos, protegiendo la soberanía alimentaria de la nación. Esto exige conocimiento y aprecio a los alimentos locales y regionales por parte del personal encargado de estas tareas.

Con base en lo anterior, la presente Norma incluye contenidos relacionados con la nutrición y la alimentación a lo largo de la vida, con especial énfasis en los grupos riesgo, así como información sobre la prevención de las enfermedades relacionadas con la alimentación a través de la dieta y la actividad física.

Norma Oficial Mexicana NOM-169-SSA1-1998, para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.

Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios de operación de los programas de asistencia social alimentaria dirigidos a grupos de riesgo y a grupos vulnerables.

La aplicación es obligatoria en el territorio nacional para las localidades e instalaciones de los sectores público, social y privado que brinden atención alimentaria a grupos en riesgo y grupos vulnerables, fundamentalmente niños, adultos, ancianos y familias cuya vulnerabilidad aumente por condiciones socioeconómicas adversas, fenómenos de la naturaleza, situaciones extraordinarias e incapacidad.

Las acciones y los programas para contribuir a la alimentación de los grupos en riesgo deben darse en una estrecha coordinación entre las entidades federativas, en el marco de la concertación interinstitucional e intersectorial, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y organismos internacionales, con el fin de distribuir el universo sujeto de atención según las atribuciones de cada dependencia gubernamental y no gubernamental.

Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad.

La presente Norma Oficial Mexicana establece los lineamientos sanitarios para regular el manejo integral de la obesidad.

Esta norma es de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos y sus disposiciones son obligatorias para los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, así como en los establecimientos de los sectores público, social y privado, que se ostenten y ofrezcan servicios para la atención de la obesidad, el control y reducción de peso, en los términos previstos en la misma.

La obesidad, incluyendo al sobrepeso como un estado premórbido, es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

Su etiología es multifactorial y su tratamiento debe ser apoyado en un grupo multidisciplinario.

Es necesario señalar que para la correcta interpretación de dicha Norma Oficial Mexicana de conformidad con la aplicación de la legislación sanitaria, se debe tomar en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico a través de la cual, los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten éstos.

Guías de práctica clínica.

Guía de práctica clínica en Prediabetes y Diabetes mellitus tipo 2.

Las guías de práctica clínica, son un recurso agotado en información que comprende un compendio de la información actualizada en relación al tema tratado que en este caso es la diabetes mellitus tipo 2, en donde se menciona todo el procedimiento a seguir de forma muy general en cuanto a diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la prediabetes y la diabetes mellitus tipo 2, tomando en cuenta el tratamiento farmacológico, tratamiento nutricional, estilos de vida y prevención.

Los procedimientos que comprende dicha guía, es un manual de atención al paciente con diabetes que todo el personal en salud debe conocer para su correcto manejo.

Esta guía pone al personal de primer nivel de atención las recomendaciones basadas en evidencias disponibles con la intención de estandarizar los procedimientos. Entre sus objetivos, destacan:

- Identificar los factores de riesgo para padecer prediabetes y diabetes mellitus tipo 2
- Diagnosticar a pacientes con prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 e iniciar tratamiento oportuno
- Establecer los lineamientos generales de manejo ambulatorio de los pacientes con prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención
- Referir tempranamente, cuando este indicado a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, al segundo o tercer nivel de atención.

Dentro de los criterios utilizados para la elaboración de esta guía se encuentran los criterios de la American Diabetes Association (ADA), los cuales se utilizan para la identificación y diagnóstico de la enfermedad. Así, teniendo los distintos apartados, la guía de práctica clínica en diabetes mellitus se convierte en un manual institucional por el cual se debe abordar al paciente en casi todo su contexto, teniendo en cuenta los parámetros clínicos, bioquímicos, dietéticos, pero dejando fuera el contexto antropométrico, así como los determinantes sociales.

Tabla comparativa de preceptos políticos en salud

Sistema nacional de salud					
Seguro popular	A través de su Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)	2002	Otorgar atención en materia de salud a la población carente de Seguridad Social	Mantener la cobertura ofertada a los afiliados y ampliarla de acuerdo a las posibilidades financieras, considerando las necesidades de salud del país, mediante atenciones enfocadas a: la prevención de enfermedades, atención de los padecimientos, rehabilitación de secuelas y cuidados paliativos.	Se ha incrementado, hasta la fecha, el número de medicamentos disponibles para los usuarios en el servicio de salud de 78 intervenciones contenidas en el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) a las 287 intervenciones del CAUSES actual.
Centro de Atención al Diabético	Ley para la Prevención, Tratamiento y Combate del Sobrepeso, Obesidad y Trastornos Alimentarios del Estado de México y sus Municipios	2013	Proporcionar atención médica integral especializada e interdisciplinaria, dirigida al control metabólico del paciente con Diabetes Tipo 2 y sus comorbilidades, en el ámbito del primer nivel de atención, mediante el establecimiento de las políticas generales que delimiten las actividades y funciones en la otorgación del servicio.	Coadyuvar a limitar el impacto a mediano y largo plazo de la Diabetes Tipo 2 y sus comorbilidades, así como contribuir al control de las enfermedades crónicas no transmisibles.	
Programa de Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE)	Programa Implementado por ISSSTE	2011	Promover las conductas del autocuidado en los pacientes de los Módulos MIDE, para lograr el óptimo control metabólico, evitando así el desarrollo de complicaciones	Control en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en 60% de la población que acude al ISSSTE	
Normas Oficiales Mexicanas					
Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes	Norma base	1994	Asegurar una atención adecuada y de calidad a los enfermos y proteger al público de los riesgos derivados de las malas conductas en la prevención y control de este padecimiento.	Reducción de la mortalidad y de las complicaciones que este padecimiento genera, pero, sobre todo, elevar la calidad de vida de los enfermos.	
Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias	Norma apoyo	2002	Establecer los procedimientos y medidas necesarias para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias, a fin de proteger a la población de este importante factor de riesgo de enfermedad cardio y/o cerebrovascular, además de brindar a los pacientes una adecuada atención médica	Reducir la incidencia de las dislipidemias entre la población en general, y lograr la adecuada prevención, detección y control de quienes sufren estas alteraciones o de quienes presenten el riesgo de desarrollarlas	

NOM-030-SSA2-1999, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial	Norma apoyo	1999	Establecer los procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial	Contribuirá a reducir la elevada incidencia de la enfermedad, a evitar o retrasar sus complicaciones, así como disminuir la mortalidad asociada a esta causa.
NOM-174-SSA1-1998, para el Manejo Integral de la Obesidad	Norma apoyo	1998	Establece los lineamientos sanitarios para regular el manejo integral de la obesidad.	Procura la protección del usuario de acuerdo con las circunstancias en que cada caso se presente.
Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación	Norma base	2005	Establece los criterios que deberán seguirse para orientar a la población en materia de alimentación.	Observancia obligatoria para las personas físicas o morales que ejercen actividades en materia de orientación alimentaria, de los sectores público, social y privado.
Norma Oficial Mexicana NOM-169-SSA1-1998, para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo	Norma apoyo	1998	Establece los criterios de operación de los programas de asistencia social alimentaria dirigidos a grupos de riesgo y a grupos vulnerables.	Optimizar los recursos disponibles, al mismo tiempo que fomenten la participación comunitaria, tendiente a mejorar las condiciones de bienestar y desarrollo social.
Guías de práctica clínica				
Guía de práctica clínica en Prediabetes y Diabetes mellitus tipo 2	Guía de procedimientos estandarizados para primer nivel de atención	2012	Establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia posible	Mejorar en la efectividad, seguridad y calidad de atención médica, contribuyendo al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.
Programas estratégicos				
DiabetIMSS	Programa de Atención al Paciente Diabético	2008	Mejorar las acciones de prevención y atención integral de la diabetes en el IMSS	

Fuente: propia.

Panorama Estatal

A nivel estatal se encuentran diversos estudios que proporcionan información valiosa que recolecta datos acerca de las representaciones sociales tanto en enfermedades crónicas no transmisibles como directamente en diabetes mellitus tipo 2, los cuales tienen una aproximación al estudio a realizar.

Casas (2016), en su estudio de representaciones sociales de dieta en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, la palabra dieta se explora dentro del sentido común que se elabora en el contexto del colectivo a través de la ideología tan bien aceptada por la sociedad y es analizada con la teoría de las representaciones sociales. A través de entrevistas semiestructuradas, se obtiene que, los discursos del colectivo se asociaron en un rango muy alto hacia la prohibición, de manera expresiva se referían como “lo que uno no puede comer” y/o “uno come lo que no está permitido”. Claramente los reflejos de la interiorización en cada uno de estos discursos albergan un problema que va más allá de lo que se conoce como práctica biomédica hegemónica, en donde se denota que el problema no está siendo del todo dicha práctica, como prestadores del servicio.

En un estudio realizado por Casas (2017), muestra que la dieta es parte del entramado de la cosmovisión del colectivo en donde analiza el significado de la ideología en la cultura en torno a la dieta. Para esto, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 100 pacientes del IMSS para conocer la construcción de la “dieta” y se interpretó a través de la teoría de las representaciones sociales. Los resultados arrojados confirmaron que la dieta recae en un constructo de pobreza, desigualdad y control biomédico, de tal manera que se refuerza la realidad social. Para motivos de la diabetes mellitus, recae en la fuerza de repercusión de desapego a la realidad debido a que la dieta se encuentra descontextualizada y se carece de información al ser solamente un acto hegemónico biomédico.

El fin de la recolección de estas investigaciones, en primer lugar, es el de mostrar los huecos simbólicos que se tienen en torno a la diabetes y la implementación de las ciencias sociales, en este caso la sociología de la salud, observando que aún no existe ningún estudio de representaciones sociales de la diabetes mellitus tipo 2 en torno a la dieta y, en segundo término, se deja a la luz las discrepancias, incoherencias y desapego de la realidad, a las políticas implementadas en el plan de desarrollo nacional, el plan sectorial en salud, las políticas y programas en salud que, junto con la secretaria de salud y el secretario de salud,

están completamente alejados del problema y sus soluciones, cuando en realidad el problema no es meramente biológico sino un entramado de factores de determinación social, que en estos casos se encuentran económicos, sociales, culturales, ideológicos, desigualdad, discriminación, marginación, ignominia, desinterés social, desinformación, acciones sin rumbo, etc., siendo estos los más importantes y que impactan de manera directa en el incremento de la problemática de la diabetes mellitus tipo 2 en México y, aun con más impacto, el olvido de la dieta como principal herramienta de combate en las enfermedades crónicas no transmisibles dentro del Estado de México.

Metodología

Diseño del estudio.

Estudio fenomenológico transversal analítico interpretativo

Operacionalización de variables.

Variable Independiente: Diabetes Mellitus tipo 2 (en control y sin control)

Variable dependiente: Dieta y Representaciones Sociales.

Operacionalización descriptiva:

Variable	Definición	Unidad de medida	Tipo de variable	Nivel de medición
Diabetes Mellitus tipo 2	Enfermedad crónica degenerativa caracterizada por el permanente estado de hiperglucemia a causa de resistencia a la insulina, trastornos de secreción de ésta y aumento de la producción de glucosa.	En control Sin control	Cuantitativa	> 70 mg/dl y < 130mg/dl En control > o = 131 mg/dl Sin control

Edad	Tiempo de vida transcurrido en años a partir del nacimiento del individuo hasta el momento actual.	Años	Cuantitativa	18-59 años Adulto >60 años Adulto mayor
Genero	Conjunto de características físicas anatómicas de los seres vivos que les hace diferenciar entre masculinos y femeninos.	Hombre Mujer	Cuantitativa	Hombre Mujer
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de practica de rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.	Si No	Cualitativo	Catolicismo Evangelismo Protestante Testigo de Jehová Judío Otros
Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento,	Soltero Casado	Cualitativo	Soltero Casado

	nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.			
Nivel Educativo	Etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cuál al finalizar, se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión.	Bajo Intermedio Alto	Cualitativa	Primaria Secundaria Preparatoria/ Técnico Educación superior
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.	Estudiante Empleado	Cualitativa	Estudiante Empleado
Representaciones sociales	Conjunto de ideas fundamentales que caracteriza el pensamiento de una persona, colectividad o época, de un	Categorías Semánticas	Cualitativa	Asociación de discursos

	<p>movimiento cultural, religioso o político, etcétera, a lo que comúnmente llamamos sociedad, y dirigida principalmente a la exploración descriptiva, organización-clasificación, interpretación y representación (personificación) del objeto de estudio basado en signos y significados.</p>			
--	---	--	--	--

Universo de trabajo y muestra.

5 Clínicas de primer nivel de atención del IMSS del Estado de México Oriente (UMF).

La muestra fue obtenida por conveniencia del estudio y del investigador, por medio de la saturación de discursos.

Unidades de estudio y observación.

Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de unidades clínicas de primer nivel de atención del IMSS del Estado de México Oriente.

Instrumento de investigación. (Anexo 1)

Se realizó un Instrumento del tipo entrevista semiestructurada con categorías de análisis, las etapas en las cuales se construyó este instrumento son las siguientes:

- 1.-Trabajo de campo en el cual se obtuvieron palabras clave en referencia a Dieta en un grupo de 10 pacientes diabéticos,

2.-Posteriormente se englobaron palabras clave en torno a Dieta, de ahí se generaron categorías analíticas, con lo cual se conformó la validez de constructo en el instrumento,

3.-Se realizó un banco de preguntas, tomando como eje de estas las categorías analíticas de identidad, actividad, propósito, normas y valores y, posición y relación, estas preguntas fueron valoradas y evaluadas en pertinencia, por tres expertos en el área de la investigación cualitativa que en ronda de tres revisiones se obtuvo un instrumento final, con lo cual se tiene validez interna,

4.-Se aplicó a una muestra de 3 pacientes diabéticos, y se adecuó el instrumento, en sintaxis.

5.-Es así, que se obtuvo el instrumento, el cual se precedió a su aplicación en la muestra.

VII IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio se realizó conforme a las normas éticas propuestas en el reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud Título primero y haciendo referencia en su artículo 3º apartado II que hace referencia al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; Así como en su artículo 10, para Coordinar y Promover el Desarrollo Científico y Tecnológico.

En su título segundo que habla de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, en su artículo 13, en el cual que como conforme el respeto a la dignidad de todo ser humano y protección de sus derechos y bienestar. Con respecto en el artículo 17 esta investigación queda incluida como investigación con riesgo mínimo ya que se basa en la aplicación de exámenes físicos, e incluirá la aplicación de un consentimiento informado, tal y como se explica en su artículo 20, 21 y 22 y al realizarse en menores de edad, este se entregará a quien ejerza patria potestad tal y como se refiere en su artículo 36.

Todo sustentado con la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

Por lo cual se realiza y dispone de un consentimiento informado (Anexo 2) para la protección de datos e información del estudio al participante (paciente con Diabetes mellitus tipo 2).

Criterios de inclusión.

- Individuos con diagnóstico y seguimiento de Diabetes Mellitus tipo 2, controlados y sin control de acuerdo con cifras de glucosa sanguínea, de acuerdo con NOM-015-SSA2-2010 y Guías de práctica clínica en diabetes mellitus (> o = 131mg/dl Sin control; > 70 mg/dl y < 130mg/dl en control)

- En control Pacientes que pertenecen a unidades clínicas de primer nivel de atención participantes.
- Pacientes que aceptaron y firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que radican en el Estado de México Oriente.
- Pacientes mayores de 18 años
- Padecer Diabetes mellitus tipo 2 en un periodo menor a 5 años sin complicaciones
- Que tengan o no tratamiento médico farmacológico y nutricional

Criterios de exclusión.

- Individuos sin diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Pacientes que no pertenezcan a unidades clínicas de primer nivel de atención participantes.
- Pacientes que no aceptaron y firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que no radiquen en el Estado de México Oriente.
- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes que presentaron alguna complicación directa de la Diabetes Mellitus tipo 2

Desarrollo de proyecto.

5 Clínicas de primer nivel de atención del IMSS del Estado de México oriente.

- Clínica 74 UMF San Rafael
- Clínica 73 UMF Amecameca
- Clínica 86 UMF Ixtapaluca
- Clínica 70 UMF Ayotla
- Clínica 78 UMF Nezahualcóyotl

Métodos, procedimientos, técnicas e instrumentos.

- Se ubicaron las unidades clínicas de primer nivel de atención comprendidas en el Estado de México Oriente.
- Se acudió a cada una de éstas para solicitar la autorización de la realización de la investigación, presentando una copia del protocolo de investigación y un documento de solicitud emitido por el departamento de posgrado del CU UAEM Amecameca.
- Una vez autorizado, con el tiempo respectivo, se procedió a fijar los días, metas y organización en conjunto con el personal de las unidades clínicas para obtener a los individuos a estudiar.

- Una vez obtenidos los individuos, se les hizo llegar personalmente un consentimiento informado con las especificaciones detalladas de dicha investigación.
- Una vez obtenida la población que cumplió con los requisitos de inclusión, se aplicó una entrevista semiestructurada individual a cada paciente, la cual fue grabada en tipo record de audio con el fin de presentar material fiel y fidedigno. Dicho instrumento se creó de la siguiente manera:

Para el núcleo de las representaciones sociales se utilizó el modelo de Abric, realizado de la siguiente forma:

- a) La primera fase consistió en un acercamiento micro-etnográfico al espacio de tiempo muerto en las clínicas (salas de espera), con el fin de conocer y contextualizar los espacios y discursos en 3 momentos.
- b) La segunda fase consistió en la construcción del instrumento de investigación tipo entrevista semiestructurada con categorías de análisis, para las cuales se obtuvieron palabras claves en campo con un grupo de 10 pacientes con DM, después se englobaron las palabras clave en torno a dieta, generando las categorías de análisis.
- c) Se realizó entrevista semiestructurada con categorías previamente obtenidas, las etapas en las cuales se construyó este instrumento son las siguientes:
 1. Trabajo de campo en el cual se obtuvieron palabras clave en referencia a Dieta en un grupo de 10 pacientes diabéticos,
 2. Posteriormente, se englobaron palabras clave en torno a Dieta, de ahí se generaron categorías analíticas, con lo cual se conformó la validez de constructo en el instrumento,
 3. Se realizó un banco de preguntas, tomando como eje de estas las categorías analíticas de identidad, actividad, propósito, normas y valores y, posición y relación, estas preguntas fueron valoradas y evaluadas en pertinencia, por tres expertos en el área de la investigación cualitativa, que en ronda de tres revisiones se obtuvo un instrumento final, con lo cual se tiene validez interna,
 4. Se aplicó a una muestra de 3 pacientes diabéticos, y se adecuó el instrumento, en sintaxis.
 5. Es así, que se obtuvo un instrumento de ítems, el cual se precedió a su aplicación en la muestra. Previo consentimiento informado.
- d) Posteriormente, se procedió a la aplicación de la entrevista semiestructurada de acuerdo a la dieta en 51 pacientes con DMT2.

- e) Una vez obtenidos los discursos, se procedió al análisis de los datos por categoría, del núcleo y periferia de las representaciones sociales con respecto a la dieta, a través del software Iramuteq.
- f) Finalmente, la entrevista semiestructurada fue examinada por asociación de categorías con los discursos a través del software Iramuteq. El cual se aplicó al universo de estudio (N51) con el objetivo de comprender y comparar el significado de los actores, desde el control y descontrol de la enfermedad, en la interacción simbólica acorde a la construcción de la dieta desde el sujeto mismo.
- Lo anterior fue aplicado a cada una de las unidades clínicas participantes de primer nivel de atención en el Estado de México Oriente.
- Una vez obtenida la información necesaria, se procedió a la operacionalización de la información proporcionada.

Resultados

Resultados no publicados

Análisis de resultados.

La identidad de la dieta en pacientes con DMT2 con control esta reconfigurada en 3 momentos; primeramente culturales, en el entendido de las tradiciones gastronómicas que han prevalecido durante siglos en cuanto a diversidad de preparación y presentación de características organolépticas de alimentos y platillos, seguidas de educacionales, que, son influenciadas por el conocimiento generado y obtenido a través de los hábitos de alimentación saludables por consultas y pláticas en nutrición y, finalmente, sociales, reflejando un control sobre la enfermedad en el colectivo en relación a la dieta como conciencia colectiva de tratamiento y cuidado, práctica microsocial (familiar) y no solamente sobre sacrificios alimentarios sino económicos. Lo anterior resultando en el conocimiento de que una dieta es una práctica social de gusto por la diversidad alimentaria dentro de un consumo controlado en cantidad.

En relación a la dieta en pacientes con DMT2 sin control esta reconfigurada en 4 momentos, como primer momento está la educación (mal/des-información), por el desinterés por parte del colectivo de conocer a profundidad lo que es una dieta, por los medios de (des)información en nutrición (medios masivos de comunicación, negocios de “nutrición”, etc.) y, por otra parte, el poco tiempo y desinterés en la práctica nutriológica, como segundo momento, culturales, debido a la conceptualización de una prohibición total de gustos por la comida mexicana (tradicional) que han sido parte del consumo de las raíces nacionales, por tercer momento son sociales debido a que la dieta esta reconfigurada como un control del profesional en salud sobre el paciente con DMT2, al mismo tiempo que la dieta cumple una función de descontextualización (regional y alimentaria) por las políticas neoliberalistas y la era hipermodernista y, por último, un momento económico, encontrando un significado de la dieta como algo imposible de adquirir, respecto al ingreso per cápita total y los horarios tanto de trabajo como de transportación y, que resulta, en la desintegración de la dieta por descontextualización alimentaria, develando pobreza y miseria en el consumo diario, es decir, condicionando un constante juego entre tiempo vs dinero vs hábitos.

Es así, que, la dieta en la DMT2 con control se construye como prácticas de alimentación sana, la cual hace referencia a los tipos de cocción, con una mayor importancia en los tiempos

prandiales más que en las cantidades o tipos de alimentos, por lo que se consideran, prácticamente, las acciones que generan estilos de vida saludables, como son, actividad física regular, ejercicio, consumo de agua simple durante todo el día, higienización alimentaria y realizar cada tiempo de comida sin estrés a causa del tiempo o lugar, de la misma forma los tipos de alimentos en la preparación y consumo suelen ser más apegados a una dieta correcta debido a la dedicación en tiempo y forma. Tales prácticas involucran los aspectos económicos, respecto a la selección de alimentos que pueden ser de temporada involucrados a los educativos debido al conocimiento de la variedad en la alimentación que puede realizarse de forma económica con alimentos de temporada.

En relación a la dieta en la DMT2 sin control difiere en cuanto lo anterior dado que la dinámica de actividad está apegada al rechazo, reestructurándose como una imposibilidad debido a su complejidad y dificultad para encontrar los alimentos baratos y, que, por cuestiones de horarios, el tiempo impide llevarla como un régimen con las características adecuadas en preparación y tiempo de dedicación para el consumo. Los factores ambientales, contemplan en esta categoría, un punto desafiante en cuestión de los horarios de trabajo, los horarios para consumo alimentario, los lugares de alimentación, los pocos o nulos intereses por la educación física en espacios laborales con el fin de reducir el estrés, los tipos de alimentos preferidos y condicionados por los horarios laborales y de transportación, lo que en pocas palabras se conocen como ambientes obesogénicos. Por último, y que representa un reto para el área de la salud, en este caso salud nutricional, la inculcación de hábitos dieto-alimentarios, en donde, no solamente se trata con hábitos que para el paciente representa un cambio de actitud y aptitud ante una enfermedad, sino una forma de difícil adaptación a hábitos que se han llevado durante toda una vida, con su respectiva carga sociocultural.

Respecto al propósito, la dieta en la DMT2 con control se reconstruye en un significado educativo, social y fisiológico. Primeramente educativo, por cuestiones de concientización de la salud nutricional, en cuanto a usos y prácticas de la dieta como medio preventivo en los estilos de vida que generan un estado glucémico adecuado para el mantenimiento de la salud, seguido de un momento social y, en este caso, aún con mayor importancia, un entorno micro social, en donde la dieta toma un significado de **construcción y prolongación de vida**, acorde a un **sentido de pertenencia** en donde el colectivo puede desarrollarse plenamente sobre una vida normal sin privaciones y, como tercer momento, el aspecto fisiológico, que, acorde al tipo de dieta adoptada, los niveles hormonales, entre ellos incluida la insulina, generan un estado de bienestar en el paciente con DMT2 encontrándose en control glucémico

y a gusto consigo mismo. Por otro lado, la dieta en la DMT2 sin control se compone de los momentos ideológico, fisiológico, educación y cultural. De esta forma la autorealización es el factor predominante en la ideología del colectivo con DMT2 sin control, puesto que, más que cubrir una necesidad fisiológica, se inclina hacia el consumo indiscriminado por la satisfacción del gusto, de esta manera entra en juego con la educación, derivando creencias de inutilidad de la dieta, respecto al desconocimiento del tratamiento nutricional. Como siguiente momento, se encuentra la cultura, de la cual, hablando de identidad nacional (mexicana), la gastronomía tradicional se compone principalmente y en su mayoría, precisamente, de los alimentos que el colectivo no “puede” comer y que es visto como alimentos prohibidos o negativos para su consumo en la DMT2, tales son el pan, las grasas y los dulces. Sin embargo, a pesar de ser alimentos culturalmente arraigados en los hábitos del colectivo, y que pueden ser comestibles, es prescindible el control de los mismos por voluntad y no por imposición.

Conclusiones generales

A manera de conclusión, podemos describir que la dieta, en pacientes con DM 2 en control y sin control se configura a través de los diversos determinantes sociales los cuales han construido un dinamismo y transición alrededor de las conductas alimentarias y dietéticas, que finalmente, repercuten directamente sobre la salud del colectivo, condicionando estados perpetuos de ignominia y olvido.

De esta forma, encontramos que en la DMT2 con control, la **educación** es el elemento que nos muestra que a mayor conocimiento de la enfermedad, mejor manejo del tratamiento y procuración personal (contextualización y regionalización de la dieta). En ese sentido, el paciente es quien conoce su enfermedad y es el que determina su estilo de vida en relación al manejo de su enfermedad en todos los aspectos posibles, en este caso, la dieta como un elemento indispensable para el control y seguimiento de hábitos saludables dietéticos y, el farmacológico como una parte esencial, considerada en este colectivo como de menor impacto a causa de los posibles daños por el consumo a largo plazo. En este sentido, se hace referencia, en la DMT2 controlada hacia un **consumo dietético consiente**, en donde el paciente sabe lo que debe comer, puede comer, cómo comerlo y las actividades acompañadas en la dieta per se, y que por los cuales, el mismo paciente sabe cómo controlarse.

De esta manera la dieta en la DMT2 con control se construye a través de entramado de significaciones en torno a **educación, social y cultural**, que respecto a **educación**, es imprescindible mencionar que no solamente es la educación en el paciente con DMT2 sino a

todo el entorno nuclear que le rodea, es decir, la familia, en cuestiones de la enfermedad y sus tratamientos, además de la adaptabilidad de estilos de vida saludables para la generación de una vida sana para que dicho entorno social sea un apoyo más que una limitante de control y subyugación. Respecto al momento *cultural*, se encuentra la internalización de un elemento indispensable en la salud nutricional, la dieta, el cual se considera el eje de vida, por el que el entorno *social* que rodea al colectivo lo genera como una práctica en donde la gastronomía mexicana no es una limitante respecto a su uso.

Por otro lado, la construcción de la dieta en la DMT2 sin control se define por *la educación, la economía, la sociedad, la política y lo psicológico*. En primer lugar, la *educación* tiene un papel importante en el control metabólico del paciente con DMT2, no solamente alimentaria sino la educación en diabetes, con el fin de crear un panorama completo de concientización y correcto manejo (y automanejo) de la enfermedad, con el fin de proporcionar las herramientas y diversidad de opciones en cuanto a tratamientos, sin embargo, el colectivo no parece estar interesado, al igual que las instituciones de salud, al menos no por la prevención, la cual es un elemento indispensable para el combate contra la diabetes.

En segundo lugar, la *economía*, el poder adquisitivo en México es muy bajo y los precios de los alimentos son cada vez más altos, de esta forma se limita al consumo y ya no se habla de accesibilidad alimentaria, de la misma forma se condiciona a la elección de soluciones rápidas en el consumo, no solamente hablando en cuestiones de comidas rápidas, sino también en cuestiones del tratamiento como son los productos milagro a pesar de tener aun costos demasiado elevados pero con gran aceptación por el colectivo, lo cual recae en el punto social, en cuanto a convivencias dentro de los tiempos de comida, el colectivo, encuentra como problema el seguimiento de la dieta cuando se encuentra más gente, y finalizando en el abandono de la dieta, por lo que crea un factor de estrés psicológico en cuanto a frustración y depresión, lo que origina una mala alimentación también en cuestiones hormonales.

Acorde al momento *social*, la dieta toma un sentido de prohibición y restricción por parte de la familia y el equipo de salud, que si bien no le brindan opciones, si están dispuestos a decir lo que “no se puede hacer”, y con esto, el colectivo crea un sentido de rechazo tanto a la información en salud como al mismo tratamiento, desvalorando la importancia esencial de la enfermedad, por el sentido de control que ejercen los actores del entorno sobre él.

Políticamente, las normas de acuerdo a los abordajes en tratamientos de la DMT2 sin control toma un rumbo de control al justificar que es el único medio de tratamiento por parte del equipo de salud, es también, la generación conflictiva en un modelo micro social respecto a la dieta y alimentación respecto al entorno familiar y, por último, *psicológicamente*, es la generación de actitudes negativas por medio de refuerzos negativos por aversiones en cuestiones de la dieta, puesto que no se generan por ningún medio, los apoyos necesarios para el sentido de pertenencia sobre el colectivo y, que, por causa de limitantes en el entorno (llámese entorno en salud, familiar, urbano, etc.), el colectivo, se siente incomprendido, controlado, sin sentido humano, centrándose en sí mismos como un “algo” y no “alguien”.

De acuerdo a las representaciones sociales expresadas en torno a la dieta, se categorizan en un entramado determinado por la relación íntima entre objeto-sujeto-tiempo que, más que ser tendiente a lo jerárquico, tiende a ser pluridireccional, multicausal y multifactorial. De esta forma, las representaciones sociales de la dieta contemplan las siguientes expresiones para ser categorizadas:

- La construcción que define la relación desde el colectivo en relación al otro o algo, exclusivamente por sus características vividas (atribuidas por la interacción cultural) como el género, raza, religión, etc., en este caso el paciente con *DMT2* respecto a su relación con la dieta, a lo que es llamado Identidad.
- La descripción de la actividad ideológica como una actividad común en los grupos que se definen por lo que hacen respecto de algo, es decir los significados de las acciones. En este caso de los pacientes con *DMT2* respecto a las acciones empleadas en conjunto con la dieta, nombrado como Actividad.
- El significado que el colectivo añade respecto a algo de manera “positiva o negativa”. De esta manera el paciente con *DMT2* atribuye a la dieta tal significado, a lo que se le llama Propósito.
- El significado de las acciones del colectivo respecto a lo que se quiere lograr o alcanzar. Así el paciente con *DMT2* añade un significado propio a las acciones tomadas referentes a la dieta, lo cual es categorizado como Normas y valores.
- Las relaciones de poder influyentes en el colectivo, los cuales, crean algún tipo de conflicto en el mismo. Es decir, quien toma las decisiones por sobre el paciente con *DMT2* respecto a la dieta, llamado Posición y relación.

De esta forma, las representaciones sociales se categorizan en Identidad, Actividad, Propósito, Normas y valores y, Posición y relación. Es así que, los discursos pueden incluirse en tal categorización, ya que los discursos giran en torno a tales referencias de significación.

Las representaciones sociales de la **dieta** en la **DMT2** con control se asocia de *manera general a alimentarse, no comer en exceso, satisfacer una necesidad, económico, dieta sana, limpia, sin sal y asociándolo al ejercicio, 5 tiempos, núcleo de convivencia, estar balanceado, mantenerme, controlar, sentirme bien, sano, alegre, no subir de peso, para vivir más tiempo en familia, sano y alegre, enfermedad, vivir y compartir en un entorno familiar, no subir de peso, el licuado de nopal, menos daño que el medicamento, natural, sentirse mejor y estar mejor, mi esposa, hijas/os, familia me apoyan y cuidan, y los doctores aconsejan lo que debo de hacer, he aprendido a jugar con los alimentos*, respecto a la asociación de núcleo a periferia, estos juegan un dinamismo en torno a *la educación, el conocimiento de las prácticas de una dieta saludable y concientización en la enfermedad*; representado en comer verdura, fruta, preparación, es buena, se practica en casa, es vida, se lleva, se gusta, es diversa en alimentos, se consume agua, es rica, representa un estado, se practica en compañía, y es caracterizada por el cuidado, no excederse, es respetar, se practica en grupo, repercute económicamente, es una necesidad, debe ser constante, etc., por lo tanto *la dieta se reconfigura en una práctica meramente social con repercusión fisiológica e influenciada en gran manera por la educación y la economía* (como ingreso per cápita y accesibilidad alimentaria).

Las representaciones sociales de la **dieta** en la **DMT2** sin control se asocian a *no comer/evitar, difícil, complicada, imposible y morirse/quedarse con hambre, algo que te van a obligar a hacer, comer cosas demasiado caras, no nos alcanza, salario insuficiente, sentirme satisfecha, comer lo que se tenga, no hay horas para comer, sola(o), rápido, los horarios son fijos y es difícil, yo no llevo dieta, compro en la calle un Herbalife, no se puede combatir con los hábitos, tendría mejor calidad de vida, saludable, si no me muero de la enfermedad me muero de hambre o de la insatisfacción, no contribuye mucho, pero sí de manera negativa el pan, grasas o dulces, tendría mejor calidad de vida y saludable, elemento relevante, primero me muero de hambre, estado saludable, no soy creyente de lo naturista, el Herbalife, no puedo llevar la dieta, mi marido, esposa, hijas/os, familia me quitan lo que me gusta, no me dejan comer, y los doctores me quieren dar el mismo medicamento*, de acuerdo a la asociación de núcleo a periferia, el dinamismo está centrado en la economía, la des-información, la ideología, las prácticas inmediatas y las relaciones de

poder (familia-sujeto-médico); representando el significado directo en *comer* asociado dinámicamente a café, azúcar, pan, mal, menos, torta o tortillas, morir de hambre, se practica solo, influye el doctor, la familia, es evitar, es difícil, es cara, morir, mandar, trabajo, porciones, dejar, etc., por lo tanto la dieta se reconfigura en una práctica meramente económica de dificultad e imposibilidad, además esta limitante, con repercusión social y fisiológica e influenciada en gran manera por la educación, la sociedad, ideología, cultura, propósitos y relaciones de poder.

Con lo anterior, se puede afirmar que la dieta en la DMT2 con control esta construida sobre los pilares de un equilibrio tanto nutricional como social que, junto con los factores influyentes como economicos y educacionales, existiran variantes mínimas de las prácticas en torno a la dieta que tienen impacto sobre el control de la enfermedad. Por otra parte la dieta en la DMT2 sin control, gira en torno a la imposibilidad económica en primer lugar, con una carga ideologica de dificultad, poco o nulo apoyo familiar, subyugación por parte del equipo en salud, limitación alimentaria y prácticas sociales carentes (convivencia, ejercicio, trabajo, etc.).

Es así, que, las representaciones sociales de la dieta en los pacientes con DMT2 con y sin control se esclarecen en un estado de contraposición, donde, la construcción difiere de las practicas en torno a la dieta como actividad primordial en la enfermedad, un sentido de identidad alimentaria superpuesto en relación a la cultura por contextualización dietética y las relaciones de poder en cuanto a perspectivas del colectivo con control al colectivo sin control, sin embargo, las características en donde se encuentran ligeras similitudes son las representaciones sociales relacionadas al propósito de acuerdo al sentido común que el colectivo construye alrededor de la dieta con un significado positivo y/o negativo y, en menor grado, los valores en relación a la funcionalidad dieto-alimentaria; finalmente, en ambos casos, el peso recae en la economía como base fundamental de la práctica dietética y, por otro lado, relacionada al acceso de la diversidad alimentaria.

Es así, que, esta investigación devela las representaciones sociales de la dieta en la DMT2 de forma comparativa entre controlada y sin control, la dieta, en la DMT2, se reconstruye sobre la cultura y sociedad, puesto que de ellas emana el sentido común y contextualización de la alimentación pero donde se halla el reflejo de determinantes sociales que afectarán de manera positiva o negativa la identidad de la dieta, su actividad, su propósito, las normas y valores, la posición y relación, rodeadas en un entramado sociopolítico y económico, que transforma la concepción de la dieta y recae en la alza de la enfermedad, es así, que, las representaciones se

contraponen en discursos que difieren discursivamente en las prácticas que se retoman hacia la dieta con una carga económica, principalmente, lo cual dilucida el estrato social, razón por la que se denota un estado de pobreza y supervivencia pese al desinterés que las políticas muestran en cuanto a seguridad alimentaria y también en cuanto a educación se refiere, revelando los propósitos que la dieta tiene sobre el colectivo, reconstruyendo una dieta completamente descontextualizada y desregionalizada, donde no se consideran hábitos ni estilos de vida de la población, lo que recae en las relaciones de poder, que por un lado, se encuentra el biopoder contrario a Foucault, de manera positiva, donde se ayuda, se apoya, se dirige, se guía, contrastando con el colectivo con DMT2 sin control por: me mandan, me imponen, me obligan, me dan, es decir que la dieta se reconfigura en la carencia económica, la desigualdad y pobreza y, por último, la falta de educación.

Las similitudes entre las representaciones sociales de la dieta entre ambos grupos reside principalmente en que ambos consideran a la dieta como una acción meramente fisiológica, llevando al colectivo a conocer el objetivo de una dieta en distintos aspectos (control de peso, control metabólico, control de síntomas, etc.), sin embargo, las diferencias es cómo del núcleo central de las RS de la dieta interactúa con la periferia, generando un dinamismo entre a) tipos de alimentos, distinguiéndose el consumo de los alimentos naturales de los industrializados, así como, de los alimentos con tipos de cocciones que conservan de mejor manera las propiedades organolépticas y administrando la mayor parte de nutrientes (al vapor, asado, hervido, etc.) contrario a los discursos en DMT2 descontrolados como las prácticas capeados, fritos, al carbón, entre otros, b) tipos de prácticas junto con la dieta, es decir, la práctica de ejercicio y paseos recreativos, distinto a las prácticas en DMT2 sin control como la vida sedentaria, sin prácticas de ejercicio o actividad física, c) relaciones de poder, que bien pueden diferenciarse por las relaciones positivas que comprenden apoyos, información, concientización, cuidado y armonía familiar, contrariamente a la DMT2 sin control en relaciones nocivas que comprenden las limitantes en relación al tratamiento (la dieta incluida) en no haber apoyo familiar, existe desinformación y mal información, desinterés por la propia salud y los tratamientos, representa dificultad, imposibilidad y adquieren conductas de estilos de vida no saludables, d) propósitos, en relación al conocimiento y como les puede ayudar la dieta, es decir, en DMT2 con control el propósito es estar bien, sentirse bien a través de los alimentos saludables y en DMT2 sin control no tiene importancia, no es relevante y no se considera un tratamiento, además de no ser relevante ni tener impacto en la enfermedad, y d) representación se una identidad alimentaria

mexicana, es decir el consumo de cereales regionales, dentro de la región, en DMT2 con control es un consumo moderado e incluso tiene formas de preparación, por el contrario, en DMT2 sin control, la dieta es restrictiva, limitante y por raciones pequeñas.

De esta forma se proponen distintas líneas a investigar, para conseguir una dilucidación más completa del fenómeno dietético del colectivo respecto a la DMT2, considerando al respecto la representación de la dieta acorde al sentido común respecto al colectivo profesional, es decir, los profesionales en nutrición y el equipo en salud y, que al mismo tiempo, sugiere un cuestionamiento a abordar: En la DMT2 ¿De dónde surgen y obtienen los conocimientos y prácticas que les lleva a una praxis en salud a partir de las representaciones sociales de la dieta para un control y descontrol?



Research Article

SOCIOCRITICAL IMPLICATIONS IN NUTRITION: DIET VS FEEDING

Adan Flores Garnica¹, Donovan Casas Patiño^{1,2} and Alejandra Rodríguez Torres^{1,2,3}

¹Universidad Autónoma del Estado de México

²Universidad Intercultural del Estado de México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar 73 Amecameca

ARTICLE INFO

Article History:

Received 11th March, 2018

Received in revised form 6th

April, 2018 Accepted 26th May, 2018

Published online 28th June, 2018

Key words:

Diet, Feeding, Nutrition, Sociology

ABSTRACT

Diet and feeding are two terms used as synonyms in society and in the practice of professionals in feeding, nutrition, dietetics and health, however, by contrasting both concepts in their various dissertations in the most explored fields of science, differences are remarkable to understand that, while diet is a habit determined by economics, politics and law, socially learned towards food consumption for biopsychosocial satisfaction, influenced by culture, education and society, as opposed to feeding that it is a process of care, selection, transformation and distribution of food influenced by neoliberal policies, through socio-political and economic interests, which when entering into debate, not only transgresses more than a process of food transformation, but rather satisfaction of a need or the right to health, where the practice and its concept is reinvented alignment according to the context or regionalization with an impact on health. This is how an interaction is built not only between individual-collective-diet/feeding but also formal and informal elements that influence this process are integrated, marketing, media-social and political interests, the health/disease/care process, as well as the social reality, the scientific reality, the processes and preconceptions, condition a game between norms and purposes, where their implications on health of the individual and the collective are influenced in a negative or positive way in the form to get sick and dying.

Copyright©2018 Adan Flores Garnica et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

INTRODUCTION

The conception of a healthy diet goes back to the Greco-Roman culture, where it was considered a healthy feeding and a healthy diet for food that did not require any type of cooking, and that, without additives or mixtures, could be consumed without major problem, to that type of foods were considered "pure", which was not only considered for the maintenance of health through this type of diet that was based on olive oil and honey, but also to improve as an individual to become an optimal human in the moral, and this was called purity of food through a healthy diet (Lejavitzer, 2016).

In the last years, more of 100 basic products of Mexican food has been substituted by, have been replaced by the large variety of foods brought from abroad many of them processed, dehydrated, canned and frozen, which have been inserted into the preferred diet of the Mexican collective, in this way the dissertations on diet and food, have been far from any socio-critical explanation, this way has been determined in an unidirectional way a thought of limited acceptance around diet and feeding, therefore it is necessary to make a sociocritical approach to these elements that interfere in a specific way on development and dynamics of the collectives, which are

cornered in a sea full of chronic malnutrition justified by a malpractice of diet and feeding of the collectives.

Critical features of the diet

The diet today more than ever, has undergone variations in its interpretation, this is a key element of all collective, since its evolution as an element of social transition, each historical moment has conditioned a change or adaptation in the diet, as well this is a social construct of culture, behavior, emotion, biopower, etc. (Casas, 2017, Murillo-Godinez, 2017), the diet has become in our time an armed arm of power and domination, which being a basic element of support for the common good becomes the fundamental part of the life of being human (Lejavitzer, 2016).

The diet can be seen from a legal approach understood as an international right for questions of equality and generation of social welfare, in addition to promoting adequate nutrition and food security (ONU), but it has not been possible to raise awareness as a fundamental act of health, meeting, the diet, on the rise towards the satisfaction of the individual collectively (OMS, 2015). Therefore, legally, diet, despite being a right recognized worldwide as the right to feeding, it is not recognized as a right to diet. Although, the means are provided for food to be fulfilled as a right, that is, as the unequal distribution chain process due to its unaffordability and

*Corresponding author: Adan Flores Garnica
Universidad Autónoma del Estado de México

inaccessibility, it is not ensured as what diet, by social definition, it involves, as it is a regionalized or contextualized diet and, in effect, it is completely eliminated as a right.

The satisfaction of the collective, in relation to diet, is a factor closely linked to economic interests, which goes beyond the global right to feeding and intervenes, in a strategic marketing way, as an approach to a specific social status. The satisfaction of the senses, especially *the taste*, worked by Bourdieu (2010) where he points out that taste limits our preferences, our attitudes, ideas, actions, etc., because it shapes our own criteria towards things and defines antagonistic relations with culture with respect to cultural capital and the market from which it is obtained, are factors that have conditioned the constant transformation of the conception of the diet, delimited and, in turn, determined by the environment and psychosocial context. Being, the diet, a *social* object accepted as a means to achieve objectives and not as a right to use it on the generation of nutritional health, opts for the consumption of "prestige" and not food-health (healthy eating). In this way, what was previously considered as, the diet, an act of consuming food (foods, dishes, etc.) in social coexistence in a healthy way for moral reasons in the Greco-Roman culture (Lejavitzer, 2016; Ezzahra *et al.*, 2016), part of the Mexican tradition, has been more inclined towards the "pass-time" act, with a deep link in the current socio-historical process that considers the transition and recombination of postmodernism-hypermodernity that is part of a culture of consumption and, strictly understood, the act of consuming a food without physiological purpose and it can continue with the next activity, as well as, a pretext and not a purpose, a reason and not an objective (Parnet *et al.*, 2016).

According to Lejavitzer (2016), this brief epistolary consideration shows how the relationship between the *spiritual* and the *physical-biological* entails a relationship through the care of diet combined with exercise, but with special attention to diet, since the main concern were natural foods, not only to have biological health but moral health.

Possibly that relationship still thrives in this time because it maintains a homeostatic balance providing optimal health, while being a better moral person, since the therapy obtained through a healthy diet, contributes to the reduction of stress and its effects on health, thus avoiding psychosomatic diseases, which are generally created by stress and anxiety (Chandía, 2016), being reflected as discomforts, ailments and pathologies (Sánchez, 2017), and reducing the possibility of biological, psychological and social balance with conditions of chain reaction without discriminating the state of each sphere that composes the individual to remain in complete well-being and health (Márquez, 2016).

Diet is a determined and determinant process of health practices, from a health / disease process approach, it has had a constant and impressive evolution in the last century, derived from multiple studies and processes where the act of "eating" relates directly to the improvement, deterioration and / or maintenance of the individual's health and, consequently, to the collective. In this way, information about the word diet has made specific connections within the collective where information networks have been created. Such social information networks regarding diet have become a considerable source of determination of health practices. With half information and bad information, the ideas and

perceptions of the diet, became functional practices as an ineffective alternative healing of the disease and the achievement of frustrated goals in the health of the individual, for this reason, the classification of information regarding the diet according to its sources and promoters (Lejavitzer, 2016). So diet has practices which are strongly conditioned by the *economy*, being one of the most outstanding determinants in the social construction of the diet. The role of the *economy* is based on the concept of self-realization, of the goal. In this case the diet takes a construct of means to achieve an objective that does not directly imply health but, rather, is applied to functional feeding, conditioning the reason for the diet and transferring its promoter practice and preventive practice to what is known as "a means to an end", that is to say that the objective of a diet is not internalized, but rather the meaning of the food that is used for something is attributed to it (Casas, 2017).

Economically, the diet becomes an increasingly distant object and beyond the collective's possibilities, with salary being the first impediment factor for the implementation and practice of it. The increase of the basic basket and its impact within the laws of the feeding play a crucial role in the maintenance of the nutritional health, having in the first instance the alimentary transition that recombines the patterns of a traditional regionalized diet with the patterns of the industrialization, generating the adoption of unhealthy diet-eating habits, leaning towards hypercaloric foods lacking in nutrients and, consequently, conditioning the way of being born, living, sickening and dying of the collective (FAO, 2018).

Thus, the diet determined by the economy in society is a reason for social status, when acquiring a food that does not cover satiety in physiological (biological) matter but covers satisfaction in relation to the position in which the individual feels and believes to take in relation to their acquisition, for reasons of belonging to the group of social class or social status.

On the other hand, the economy and the ideological apparatuses (educational institutions, religious, international and national organizations, among others) determine, socially, the collective ideology of health, understanding it as those individuals who can acquire more expensive and noticeably natural and colorful foods they are, then, healthier, contrary to those who can not afford them and opt for nearby versions or foods that within their socioeconomic status determine it superior, it is so, the diet has been socially constructed as a luxury, since natural foods they are more expensive and a set of them, like a dish, is a way of eating that is not available to any socioeconomic level (Rodríguez, 2017).

This also has an impact on *education*, where *diet* also has a very high impact, due to the dissemination of information and the limited dissemination of information regarding promotion and prevention in nutrition. Education, understood as the little or no information that is disseminated socially regarding nutrition, in terms of diet, its scope and limits.

Within education of nutrition, for the collective, the diet has been conceptualized as a punishment, since it is disseminated discursively as "what I do not like" "what I should eat" "will take away everything" (Casas, 2017), conditioning a negative reinforcement and creating aversive behaviors towards the diet and biomedical hegemonic nutritional practice, which

according to the structuring models, such practices are determined and conditioned towards treatment and not prevention, instead of educating, informing, guide, expand and raise awareness in the collective on food-nutrition re-education as a means of generating self-care in nutritional health that for several years has been criticized right and left as a practice that imposes and prohibits.

From *policy*, the diet is a priority axis when health is spoken, in organisms of global level it is exposed as "*the feeding: a right and tool to eradicate the hunger*" (FAO) taking into account that the diet and the feeding are concepts very different as they are hunger and nutrition, however, since several decades ago, has been ignored as a combat tool and generation of health in various national and state plans, and even in the implementation of official Mexican standards, being, the diet and food, one of the main rights of every individual for the generation of health, in addition to being focused, in its majority, on treatment and monitoring, rather than on promotion and prevention, determined by business political interests that exceed rights, destroying selflessly with health and placing the individual / collective as an object that generates wealth and not as a human being (PND, 2012-2018). In this way, the diet has been socially constructed as a term that limits, presses, stresses, prohibits, annuls, removes, does not negotiate and prevents one's own biopsychosocial satisfaction, since, as it is linked to cultural practices, the collective manifestation of a dietary practice will always depend on the biopsychosocial environment according to the social determinants (Casas, 2017). At this point, social practices around diet are determined by the habits and lifestyles that each generation inherits as part of the traditions and customs of each society. The gastronomic diversity within the diet will be influenced by the geographical area, the socioeconomic level and the availability of food (natural and industrialized).

Thereby, diet should be understood as the habit and lifestyle generated through culture and / or food education, conditioned and socially learned about all food that the individual consumes in a period of 24 hours to satisfy their biopsychosocial environment, whether it is appropriate or not, whether it is healthy or not for its consumption and organism.

Feeding: construct of resignifications

Although, the diet is a habit, such act is influenced by external factors, it is in this way as it is considered to the feeding, beginning with the eating, which is a need of satisfaction hunger-appetite of the human being that is in constant change since the birth and application of new food technologies and their processes, affect the food itself, and directly and indirectly in the groups, these applications end up directly affecting health, this through nutrition.

This constant change has created erroneous details in the conception between what is feeding and what is diet, it has created a barrier in the area of health due to certain notions and alterations of these judgments, for example feeding functionality and dissemination in nutrition through informal means (gyms, word of mouth recommendations, internet, etc.), preventing the subjection of treatments in patients and incorrect use in professionals involved with feeding, diet and nutrition, so it is necessary to trace back to the antecedents conceptual and historical aspects of this conformation, for its analysis and debate.

We all need to feed ourselves, regardless of race, gender, beliefs, etc., due to the constant evolution and use of resources for energy production obtained from nutrients provided by food that will be used later for the maintenance of the organism in order to maintain and preserve the correct operation of the same and perform daily activities (Bustani, 2016), *feeding is the process of ingestion of substances by living beings, with the ultimate goal of obtaining energy for their necessary activities* (Casas, 2016).

Feeding is a complex process involving different phases and entities. Thus, the feeding is a voluntary and controlled act of selection and ingestion of food in order to satisfy the need for satiety-hunger-appetite, by which we obtain nutrients and energy, and that involves a set of processes by which, the foods, are considered in a whole period of life and that they vary according to the type of food and population, between which they emphasize the sowing, irrigation and care, harvest-recolección, storage, processing-transformation-packaging, transport, exhibition before population, food selection, sanitation, preparation-cooking and presentation of the dish, in addition to bring the food to the mouth and place it inside it. In this way, feeding, being a process merely conditioned by the will and decision capacity of the subject, becomes a social process, where the subject consciously selects what he will eat, but at the same time unconsciously that is not the only entity that gives transformation and manipulation to food, but has been exposed to various processes in which social determinants play an important role, in addition to attributing power and purpose relationships to food processes to be captured by the majority of the population and cover the broad spectrum of population and individual needs.

This whole process is dynamic and diverse due to complex interactions where influential extrinsic factors, which are incomes, food prices, availability, affordability, preferences, traditions, beliefs, cultures, geographic, socioeconomic, environmental factors and habits. Feeding (OMS, 2015), govern and reform all this feeding process, recomposing the food process, giving it a high complexity. Thus the influential factors also determine a set of processes that affect the preparation of the same food or foods, its combinations, the time dedicated, among others to what we call the cultural culinary richness. In this way, the different variants in relation to the decisions made around each stage of the process, which is the manipulation of the organoleptic characteristics of the food, will determine the process and will directly affect both the quality of the food and the quality of the food. the decision-choice for the food and final preparation of the dish or product, so that, as a result, the value of nutritional wealth decreases and the culinary wealth devalues, culminating in a direct affection on the state of nutritional health.

This dynamic feeding process, wanting to impact with a much greater impact on the population, takes part of the technology and scientific knowledge for the development of new food products trying to retain the organoleptic qualities of the food, creating chemically, pseudo- foods that are not properly transformation of "natural foods", but the union of diversity of materials transformed into texture, artificial flavor, smell and color, similar to some sensory characteristic of a "natural food" and above all enhancing the same characteristics with the In order to make them attractive to the consumer. In this way, industrialized foods arise, which transform the decisions of society regarding feeding, since it is influenced and

extrapolated as an aid, in a reduction of preparation time and, even, in not carrying out the whole process culinary, but reduce it to the maximum to have ready the dish, instantaneously.

In this sense, a socio-alimentary re-evolution is created, a change of habits, thoughts, practices, decisions about food (implicitly the processes); the same food revolution with technological applications and constant changes, added to the different styles and habits of life, contribute as facilitators in food, *an empty food that fills and does not nourish*, and as a result, feeding becomes a complex process and strictly developed no longer in order to provide nutrients in balance (call macronutrients and micronutrients), but at the same time as the food process is transformed, the intentions in politics are wrapped in a framework of decisions not quality but by quantity, where the actors are the bidder, as the only one capable of allowing and filtering these arcane decisions, and the plaintiff, as a naive and ignorant acceptor of this complex process.

Then we reach the point of feeding that, as consumers, the type of food is not taken into account but simply the act of bringing any edible object into the mouth to be swallowed and satisfy desire and / or need. From there, the term *healthy feeding* is born and where *nutritional science* intervenes, giving guidelines for the determination in each of the processes that involves food in order to preserve health mainly by promotion and prevention, on the amount of energy and nutrients (macros and mics) that the individual needs daily in order to maintain health (FAO) and, above all, in a process of food re-education, to facilitate and promote the actions that should involve such a great process.

According to healthy feeding, all the advice, recommendations and indications that a feeding professional points out based on the general characteristics of the social lifestyle are taken into account. It is important to emphasize that feeding is not what you eat but *what you choose to eat and how you eat*. But even emphasizing this "preuncio", it is necessary to know and to have clarity in the matter of the same statement: Who decides what we eat? Do we really choose what we want to eat? Do we know how to feed?

The more, the collective accepts absolutely the production and supply with the simple fact of acquiring a product that lacks the necessary nutrients for its own organism, but excessively potentiated in empty calories; not only talking about the very common "junk food" or "fast food" but in a myriad of "common or home" products that every family has in their home and can not miss.

This is mainly due to the fact that most of the food is strongly produced in large quantities of saturated fats and carbohydrates, it is a food rich in refined sugars and also in soft drinks, solids and liquids compete in parallel to find the best form of energy saturation and alteration organoleptic (Cárcamo *et al*, 2006).

Thus, industrially processed foods are not limited to canned, lyophilized, added, etc., but are found in a "natural" way in large quantities in both local and commercial markets, exposing themselves as natural, organic foods, hydroponics, etc., such as fruits and vegetables, seafood, meat, pasta, among others, that without carrying a nutritional label (politically intentional act to the private interest), it is understood that it

does not involve transformations and / or manipulations, being that, in the reality, are the products that we obtain more chemical substances foreign to the food, since they have already been used in fertilizers, fertilizers, transgenic alterations, additions of hormones, etc., and that the group is unaware of such lack of information, in the case of industrialized products. It is worth mentioning the foods harvested in hydroponics or commonly known as organic foods, since such foods now lack nutrients, since the land where they are grown, and now do not have it, provides all the nutrients for make a food, natural, as long as it is not manipulated in any way (chemical, genetic, etc.) to the food. In Mexico, the feeding process has become a commodity, its true origin has been transformed by transgressing health, nutritional health, firstly, by changing the objective of satisfying a physiological need (of a biological sense) by satisfying a need to self-realization (psycho-social sense). Since it provides a social status better seen and adapted to the social representations of feeding (Aranda, 2014).

The condition of food has been endowed with mysticism and power, mainly because it is believed in the *remedies that cure miraculously* and, on the other hand, *to be healthy* in the sense of socioeconomic status, it is so, at first glance, they are incredible, contrasting, colorful, and this is one of the main "hooks" for people to think more about the beauty and power, than the nutritious.

Thus, decisions about what we eat have already been made long before we thought about acquiring any food; the big food companies have created a system to massively reproduce food that is nutritionally lacking and that are mostly made up of carbohydrates, talking about any food in general, whether it is solid or liquid food, simply by observing its texture, color and taste, do not agree with a "real" food, the more you review the nutrimental labeling, and that there is little culture in relation, you notice the excess energy in such a small food.

The above has changed the view of society with a negative impact on the collective health, by acquiring foods that nourish, are natural, support the local producer, complement healthy dishes, for the foods that now satisfy, fill fast, have high *ranking*, they are cheap, they look pretty and, they are foreigners.

Thus, although the population knows that nutrimental labeling exists, it does not know what it is used for, which results in a devaluation of the health-food relationship, and that, as a consequence of health, the indexes of non-communicable degenerative chronic diseases (Diabetes, Hypertension, etc.), Eating Disorders, viral, infectious, cardiovascular, cerebrovascular diseases, etc., are increasing because of the little education that exists in the reading of nutritional labeling, this being one of many factors in which there is no collective information or population education.

Alluding to what has been discussed in relation to food technologies and the feeding process, characteristics and classifications of sensory perception are being marked to the point of not being able to recognize the natural flavors that each food possesses, but are conditioned theoretically, such perception of taste is typical of a certain food, even if it does not seem at all (Parnet *et al*, 2016).

These "false" sensory perceptions are leading society to opt for false flavors and to mark trends in food (speaking of supply

and demand), to which companies incur overproduction of such food that has had more demand, which leaves us with no less natural options to enjoy a "real" taste.

This is how, in each generation there are very marked patterns of taste preferences and organoleptic characteristics, *let alone* natural, but rather organoleptic characteristics of the food, and that, when trying to infer in the decisions of food selection, there will always be preferences towards the industrialized by the potentialization of flavor and color, which are artificially overexploited.

According to Parnet *et al.* (2016), These eating behaviors are based on the premise of "such a stick", although it is not a rule, the acquisition of these eating habits is strongly influenced by culture, emotions, nutritional needs, motivation and social context, such are preconceived precociously before birth (during fetal development) and increases by having the ability to choose.

Labie and Ferré (2007), say the following:

"Aging in good health is one of the obsessions of this society confronted in particular towards food excesses leading to obesity and its complications ..."

It seems that the previous premise is a reality and not only in adults, even in school population can be believed that the concern exists in the sense that it is known to fall ill due to an incorrect diet but, because of the suggestive beauty that they are presented through the media in food advertising, eating behavior makes them inclined towards carelessness and disinterest in health, and preconceived consumerism as a form of emotional rather than biological satisfaction.

In this sense it can be inferred that there are various channels that make up the feeding from which entities are built that modify the value of food in one way or another, both the value understood from the economic and the purchasing power, as well as the value understood from the perspective on nutritional quality.

Hence, the main factor in the modification of feeding is born, based on today, low cost foods and high in calories, and that from the perspective of purchasing power, families modify their diet around the purchasing power, since it is cheaper and "fills more" an instant soup than to perform a whole process of culinary art in which so much money, time, effort, gas and / or electricity, as well as the food itself, is consumed.

In this context, feeding is taking very marked courses towards "feeding obesity", which as the name says, there is excess of matter / mass in food but are so nutritionally lacking that the population opts to acquire them because of low income monetary justifying with the most common phrase, "worse is nothing".

This course has also led the population to create changes in their perceptions of healthy eating and health status. The same industrialized products have been responsible for making changes in the perception of taste and alterations in the taste buds that have generated inclinations toward an "empty diet", and this has led to different pathologies and deviations for years, as well as diversification of the themselves because of malnutrition.

In Mexico there is an uncertain food crisis, given that food security does not ensure nutritional quality or food, much less the health and supply-availability of food in the population. As

it is explained in its conception, it is that food is guaranteed, but not good health, quality of life, and much less nutritional commitment towards the population, without mentioning or taking into account the food policies in supposed application and supervision (Bustani, 2016).

Feeding more than a concept referring to the act of eating, is a complex process that keeps in itself the basic and fundamental essence of health, through various social networks, which correspond mainly to the intercommunication between various factors that influence in a direct in the nutrition, that is to say, that implies the decision making from ; This defines feeding as the set of processes of the care and transformation of food from birth to its presentation in the dish, intervened by political, economic, social, legal, educational, cultural decisions, as well as the need both basic physiological and of self-realization, the complexity of the process, power, political relations, the same health / disease / care process, technology, the perception of various kinds that will contribute to the manipulation of the food, the process and its purpose.

Debate around Diet versus Feeding

Diet and feeding should be understood as two synergistic processes in order to provide food to cover the physiological need and self-fulfillment, which is to eat.

However, making the difference that the diet is a purely individual process to satisfy the individual's own specific appetite-hunger need through food (solid and liquid) in a 24-hour period, reflecting food habits and preferences according to their socioeconomic status.

While food is a completely socio-political process governed by the economy, which provides the possibility of acquisition in diversity, in order to distribute, sell and facilitate food and its preparation.

First, the terms are differentiated according to the theoretical level, as it is that feeding provides the means to individuals, while the diet accepts, combines and distributes the organism, the second is determined according to the level of practical functionality, is to say, that the processes of the feeding are carried out from a social development for a social purpose and, the diet is an individual process with an individual purpose and, as third, it is determined in relation of the level of purpose, the feeding is of distribution and the diet is of consumption, which are the elements that influence to conform the processes.

In this way, feeding involves a series of processes for the presentation of food, this same process is closely linked to political interests and the private sector, which means that food is not totally available or accessible, since it is not it is possible to acquire food that is over-exceeded in cost, which mainly causes the atemporality of food, that is, it is not seasonal food, which is generally found at high prices. In this way the industry takes advantage of the exclusivity of the food to obtain higher profits while the collective is looking for options for the diet through the substitution of foods that are commensurate with the economic possibilities.

Feeding provides us with all the means to acquire the energy and nutrients necessary for the maintenance of the organism, but it will depend broadly and directly on the decisions that are made in relation to the selection and preparation of food, which are the means that are provided, and that will greatly

impact the health / nutritional disease process of the individual through the order and attachment of the diet as a food habit.

That is, the diet consists of foods that are provided by different channels and processes, where, the quality will differ around the combination of food, preparation and meal times. It is important to distinguish that feeding does not mean eating, as well as diet does not mean not eating, rather, the terms are complementary, since the first refers to all the means by which a food passes and by which they are acquired and, second, it refers to when, where and how the purchased food is eaten.

In this way, the diet can be completely made up of natural foods, industrialized foods or the combination of both. The repercussions, nutritionally speaking, of one or the other choice will be denoted, in an extensive time of consumption, through the nutritional evaluation and that, commonly, makes an appearance of presence through the disease.

In that sense, the quality of the diet will never depend on the percentage of total monetary contribution that is dedicated to feeding, but it will depend on the choice of food for which the monetary contribution is intended. That is, if the monetary contribution goes largely to industrialized foods, the nutritional contribution of the diet will have as a consequence some alteration in health, promoting the disease, instead, if the monetary contribution dedicated to feeding is based on the characteristics, mostly, on natural foods, the diet will contribute to the prevention and proper maintenance of the organism, promoting health, as long as the laws of feeding and the characteristics of a healthy diet are complied with.

On the other hand, there are habits and lifestyles, where the economic and temporal position, rarely allows to carry out such concepts to apply them to a healthy diet. In modern society, women and men perform various activities, such as work, home activities, long commuting, very low wages and reduced time to eat, and they are not subject to generic roles, much as they lived, some decades ago. These activities create an investment in such a high time, which has been one of the reasons why industrialized foods are more preferred, and with them, the increase in disease rates.

Feeding is not being taken into account in public policies, so, the diet is completely unhealthy, even the job performance of any Mexican, in the search for a healthy diet, leads to dietary transitions where the social is crucial, So, what is faster and cheaper to eat? A bowl of beans or instant soup? In the response, the perpetual condition of the social is determined as the assigned determinant of diet and nutrition.

In the Mexican diet, identity was formed for hundreds of years based on corn, which together with meats, legumes, oilseeds and legumes was perpetuated until a few years ago, and with physical activity combined with a natural diet, free of transgenics, was the basis of health and promoted an optimal state of health and autonomous care, however, modernity along with neoliberalism has promoted the excess of carbohydrates in 95% of the food we consume daily, endowed with large amounts of sodium in various presentations, which conditions a food behavior of disinterest since everything is basically made of the same, carbohydrates, saturated fats and sodium. This type of food condition in the diet, a negative impact on health, in addition to adding the time of preparation of the diet and the search for the food that is necessary to be able to carry the diet completely, the group prefers to opt for something already prepared and that does not take so much

time, since the work schedules are excessive and the time of food within the labor field is excessively reduced, coupled with this, to the few and almost null places to find food or dishes that are prepared from natural way and / or in balance to try to adapt the foods that are sold in places, posts, etc., to the food plan that should be taken to take care of health.

Within what the policy establishes, the priority at all times is the health of the population but with the excessive burdens of work and transport schedules, insufficient transportation, reduced meal times, environment where food is eaten, types of food allowed in places labor, it is easy to notice that they are not in line with the reality of the group, since if the priority is the health of the population, there would be at least a precise logistics for the group to have their food schedules and established places within the work of correct way to meet the needs and requirements of nutritional health, without labor pressures and, trying to cover most and mediating between food preferences and health.

The diet within the feeding is conditioned by all the processes that directly and indirectly influence, external and internal, and these, in turn, conditioned by private interests that seem to be in opposition to public health policy but created by the same.

In this way, how the attachment to the diet could be considered if from the beginning one does not consider the care (as a minimum) of the health, much less one could contribute in the nutritional health, adding the vast population that works in times exceeded, but with miserable remunerations with which not only does it acquire food, but it covers the services it uses (electricity, water, transportation, food, gas, etc.) and not only that individual, but his family.

On the other hand, diet is a social construct at the nuclear level, that is, at a family level. The diet not only represents a tool and a habit that will contribute to the improvement of the state of health as far as physiology is concerned, but it goes beyond an individual treatment. Diet, at the nuclear level, has a very high social impact in that it represents not only a time (s) of food but also a purely social coexistence, a social practice with family, friends, couple, etc., which has become a habit and / or a way of life, where meal time is an opportunity to share experiences and make a dietary consumption with the main interest in satisfying the sense of belonging, the emotional affection and the self realization. That is, that diet is also a social lifestyle.

Therefore, diet can be considered as a dynamic tool, which is transformed according to the time, the geographical area, the policies and individual purposes, since, as it could be used for aesthetic purposes or body perception, as well as in the purposes of coexistence, generation and maintenance of health. The development of a diet will also depend on the geographical context in the aspect of urban, peri-urban and rural development and, generally, health problems are developed in urban areas with an inclination toward excesses with high-calorie diets, generating environments of malnutrition (obesogenic environments for example), where the diet is developed in the world of "how fast, fill and be cheap".

The game between urban areas and the diet is at the point of economic, to obtain a low income, combined with work schedules and transportation transfer, since these are the main factors that determine the levels and quality of life,

conditioning the decisions towards the inclination for fast food with excess calories.

On the other hand, rural areas are in the opposite state, with low-calorie diets and nutritional deficits, however the meeting point is still the economic factor, because although in these areas time is not a problem, income monetary is much less and, despite being able to consume the food that is harvested in this type of zone, the diet tends not to comply with the variety to be able to cover the needs 100%.

By way of conclusion, feeding plays an important role in the diet of each individual, since it is conditioned to feeding policies, food innovations and intimately linked to the feeding-exploiting industry, leading to decision-making that does not concern the consumer, along with marketing strategies, making the collective think that only "natural" products of good quality are acquired. Thus, the diet is conditioned to the global practices of neoliberal policies focused on the economy and not on feeding health, introducing to the organism a series of substances that the food does not contain organically, speaking of organoleptic properties, and leaving a the social decision about what you want to eat, taking into account if the area has the capacity of affordability and accessibility to all types of food.

Bibliography

- Aranda, P.S. (2014). Alimentación en México. *Cuicuilco*, 21(61), 373-378. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35135452019>
- Bourdieu, P. (2010). El sentido social del gusto. Elementos para una sociología de la cultura. Siglo XXI editores. Buenos aires. Argentina.
- Bustani, B. O. (2016). Alimentación, todo un tema. En: La crisis alimentaria y la salud en México. (256-277). México, Distrito Federal. (Castellanos editores).
- Cárcamo, V.G.I. Mena, B. Carmen, P. (2006). Alimentación saludable. Horizontes Educativos, (11). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97917575010>
- Casas, D. P., Rodríguez, A. T., Contreras, G. L., Casas, I. P., Maya, M. A. M. (2017). Social Representations of the Diet in Patients with Diabetes Mellitus. Diversity and Equality in Health and Care, 14(2): 46-52.
- Casas, D., Rodríguez, A., Jarillo, E.C. (2016 b). Alimentación y nutrición, tres vertientes para su comprensión. MEDWAVE, 2(16), 1-6.
- Chandía Vásquez, Fernanda Alejandra, Vidal Grandón, Karen Alejandra, & Chiang Vega, María Margarita. (2016). Relación entre estrés laboral y adherencia a la dieta mediterránea (DM) en funcionarios de una institución de educación superior, Chile. *Ciencia & trabajo*, 18(55), 58-67. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492016000100010>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2017). Diagnóstico del avance en monitoreo y evaluación en las entidades federativas, 2017. Recuperado de http://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Diagnostico_2017/Diagnostico_ME_2017.pdf
- Cristóbal, B. (2008). Aproximación a la sociología de la alimentación. Departamento de Sociología II (Estructura social). Distribución y consumo. UNED, 18-27. Recuperado de http://www.magrama.gob.es/ministerio/pags/biblioteca/revistas/pdf_DYC/DYC_2008_97_18_27.pdf
- Czjzek, M. Gaëlle, C. Gurvan, M. (Octubre 2010). Sommes-nous ce que nous mangeons? Le transfert de gènes du milieu marin vers la microflore intestinale chez les Japonais. *Med Sci (Paris)*, 26(10), 811-813. Doi: <http://dx.doi.org/10.1051/medsci/20102610811>
- Ezzahra F. H. (2016). La antropología nutricional y el estudio de la dieta. *Actualización en nutrición*. 17(3); 87-93. Recuperado de http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_17/n_um_3/RSAN_17_3_87.pdf
- ENSANUT MC. (2016). Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de salud. Informe Final de Resultados. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- FAO. Alimentación saludable. Recuperado de <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s02.pdf>
- FAO (2018). Papel de la FAO en la nutrición. Nutrición. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Recuperado de <http://www.fao.org/nutrition/es/>
- Gil, A. Martínez, V.E. Olza, J. (2015). Indicators for evaluation of diet quality. *Nutrición hospitalaria*, 31(3), 128-144. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309238519018>
- Instituto nacional de salud pública. ¿Sabes cómo llevar una buena alimentación? Recuperado de http://bcnslp.edu.mx/antologias-rieb-2012/preescolar-i- semestre/DFySPreesco/Materiales/Unidad%20A%202_DFySPreesco/RecursosExtra/dieta.pdf
- Labie, D. Ferré, P. (2007). À votre santé! *Med Sci (Paris)*, 23(2), 122-122. Doi: <http://dx.doi.org/10.1051/medsci/2007232122>
- Lejavitzer, L.A. (2016). Dieta saludable, alimentos puros y purificación en el mundo grecolatino. *Nova Tellus*, 33(2), 109-121. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59146029007>
- Márquez, M.O. (2016). Depresión y calidad de la dieta: Revisión bibliográfica. *Archivos de Medicina*. Recuperado de <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/depresin-y-calidad-de-la-dieta-revisinbibliografica.pdf>
- Marchal, J. Perret, M. Aujard, F. (2012). La restriction calorique chez les primates. *Med Sci (Paris)*, 28(12), 1081-1086. Doi: <http://dx.doi.org/10.1051/medsci/20122812018>
- Martin-Payo, R. et al. (2016). Adherence to healthy diet and physical activity in clinical patients. *Psicothema*, 28(4), 457-464. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72747804015>
- Morán, F.L.J. et al. (2015). Diet history: Method and applications. *Nutrición hospitalaria*, 31(3), 57-61. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309238519009>
- Murillo-Godínez, G., Pérez-Escamilla L.M. (2017). Los mitos alimentarios y su efecto en la salud humana. *Med Int Méx*. 33(3). 392-402. Recuperado de

- <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v33n3/0186-4866-mim-33-03-00392.pdf>
- Nardin, A. (2015). Regards sur l'alimentation des personnels hospitaliers. *Med Sci (Paris)*, 21(2), 198-202. Doi: <http://dx.doi.org/10.1051/medsci/2005212198>
- NOM-043-SSA2-2005. (2006) NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/043sa205.pdf>
- NOM-169-SSA1-1998. (1999) NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-169-SSA1-1998, PARA LA ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A GRUPOS DE RIESGO. Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/169ssa18.html>
- Nutrición alimentación. Tipos de Dietas [en línea]. Recuperado de <http://nutricion.nichese.com/tiposdedietas.html>
- OMS. 2015. Alimentación sana. Nota descriptiva N°394. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). Objetivo 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible. Objetivos del desarrollo sostenible. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/>
- Parnet, P. *et al.* (2016). L'expérience sensorielle et nutritionnelle des parents et leur état métabolique orientent le comportement alimentaire de leur descendance. *Med Sci (Paris)*, 32(1), 85-92. Doi: <http://dx.doi.org/10.1051/medsci/20163201014>
- Plan de Desarrollo Nacional 2013-2018. Gobierno de la Republica. Recuperado de <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>
- Plan Sectorial en Salud 2013-2018. (2012). Gobierno de la Republica. Recuperado de <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Programa%20Sectorial%20de%20Salud%202013-2018.pdf>
- Prospéro-García, O. *et al.* (2013). Inteligencia para la alimentación, alimentación para la inteligencia. *Salud Mental*, 36(2), 101-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58226224002>
- Rodríguez, A. Camacho, E.J. Escoto, M.C. Contreras, G. Casas, D. (2014 b). Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México. *MEDWAVE*, 14(7), 1-9.
- Rodríguez, M.A. (2017). Orientan sobre nuevo etiquetado. *El economista*. Recuperado de: <http://eleconomista.com.mx/industrias/2017/01/16/orientaran-sobre-nuevo-etiquetado>
- Sánchez, V. *et al.* (2017). Evolución en los conocimientos sobre alimentación: una intervención educativa en estudiantes universitarios. *Rev Chil Nutr.* 44(1): 19-27. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v44n1/art03.pdf>
- Veiga, P. Tap, J. Derrien, M. (Novembre 2016). Microbiote intestinal, la clé pour une meilleur alimentation?. *Med Sci (Paris)*, 32(11), 999-1002. Doi: <http://dx.doi.org/10.1051/medsci/20163211016>

How to cite this article:

Adan Flores Garnica *et al* (2018) 'Sociocritical Implications in Nutrition: Diet Vs Feeding', *International Journal of Current Advanced Research*, 07(6), pp. 13337-13344. DOI: <http://dx.doi.org/10.24327/ijcar.2018.13344.2374>

REALIDAD SOCIAL DE LA DIETA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS (TIPO 2)

L. en N. Adón Flores Garnica*; Dr. En C.S.C. Donovan Casas Patiño*; Dra. En M.C. Alejandra Rodríguez Torres**; Mtra. En N.C. María de los Ángeles Maya Martínez*; Mtra. En S.C y F. Yuridia Sánchez Repizo*

RESUMEN. Introducción: La Diabetes Mellitus [DM] es una enfermedad crónica prevenible nutricionalmente, es así que la dieta constituye el primer contacto en el tratamiento con impacto directo en el control metabólico pero con alto rango de desapego por causa de factores de determinación social, de esta manera se cuestiona ¿Cuál es la representación social de la dieta en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con y sin control? Objetivo: Comparar las representaciones sociales de la dieta en el paciente con DMT2 con y sin control. Método: El presente estudio es de tipo cualitativo;

se creó y aplicó una entrevista semiestructurada a un grupo de sujetos con DMT2 del Estado de México (Oriente), se analizó y comparó con la ayuda del software Iramuteq. Resultados: La dieta en la DMT2 con control está asociada a la generación y adaptabilidad de estilos de vida saludables centrados en la educación, cultura, sociedad y economía, mientras que en la DMT2 sin control, la dieta, gira en torno a discursos de imposibilidad, dificultad y falta de tiempo y dinero, relacionados a factores sociales, ideológicos, económicos y de educación. Conclusión: La dieta, en la DMT2,

se reconstruye sobre la cultura y sociedad, puesto que de ellas emana la ideología y contextualización de la alimentación y prácticas dietéticas pero donde se halla el reflejo de determinantes sociales que afectarán de manera positiva o negativa la identidad de la dieta, su actividad, su propósito, las normas y valores, la posición y relación, rodeadas en un entramado sociopolítico y económico, que transforma la concepción de la dieta y recae en la alza de la enfermedad. Palabras clave: Dieta, Diabetes Mellitus, Representaciones sociales.

*Universidad Autónoma del Estado de México.

**Universidad Autónoma del estado de México/Instituto Mexicano del Seguro Social UMF 73 Amecameca.

I. INTRODUCTION

La DM representa un reto mundial, revelando el alto impacto de la enfermedad en relación a la población total de cada país, encontrando a México en el primer lugar con un porcentaje de 15.8% de la población total, correspondiente a los datos de la OECD (2017), para el año 2016 se estimó 1,6 millones de personas con DMT2 solamente en zona centro y metropolitana (ENS-ANUT MC, 2016), siendo que desde 1985 hasta 2015, han fallecido, un millón setecientos mil habitantes por esta causa directa (Guazo, 2016), haciendo más vulnerables, tanto en esperanza como la calidad de vida,

a quienes la padecen y las generaciones que precederán, puesto que, por una parte, el acceso a una mejor calidad de vida se ve imposibilitada por los recursos disponibles para la sociedad (salario, desempleo, accesibilidad alimentaria, seguridad alimentaria, políticas neoliberalistas, horarios laborales, por mencionar algunos) (Casas, 2017) y, por otra parte, los estudios que se han realizado desde el descubrimiento de la DM hasta la actualidad, no han logrado erradicar el problema sino que solo se ha enfocado en la sintomatología (ADA, 2014), lo cual no crea un abordaje directo a la enfermedad y, por lo tanto, ésta ha ido en constan-

te crecimiento, siendo además, una enfermedad prevenible y controlable con la generación de estilos de vida saludables con especial énfasis en la dieta (OMS, 2016). De esta forma, la dieta debe ser entendida como el hábito y estilo de vida (Aranda, 2014) generado a través de la cultura y/o educación alimentaria (Bustani, 2016), condicionado y aprendido socialmente sobre todo alimento que el individuo consume en un lapso de 24 horas para satisfacer su entorno biopsicosocial, sea adecuado o no, sea sano o no para su consumo y organismo (Medina-Pérez, 2017).

Es así que, la dieta es una herramienta

de prevención, combate y rehabilitación con alto impacto en las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles, siendo el tratamiento de primer contacto para el control de la Diabetes Mellitus y la generación de estilos de vida saludables (Gil, 2015).

La teoría de las representaciones sociales debe entenderse como una teoría hermenéutica fenomenológica de conceptualización discursiva de los significados entre la relación objeto-sujeto-tiempo (Sammur, 2015), influenciada por determinantes sociales intrínsecos y extrínsecos (la cultura, religión, ideología, educación, percepción, sociedad, economía, etc.), extrapolados de manera fáctica al hábito y estilo de vida. (Gutiérrez, S. 2016)

II. METODOLOGÍA

El presente estudio fue realizado en las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), esta institución tiene 75 millones de asegurados siendo la más grande de América Latina (INEGI, 2017). La muestra fue obtenida con un diseño estadístico de forma no probabilística, el universo de estudio fue de 51 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 (Sin complicaciones, controlados y descontrolados). Dentro de los criterios de inclusión se encuentran: pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2, pacientes con y sin control en DMT2 de acuerdo con la NOM-015-SSA2-2010 y Guías de práctica clínica en diabetes mellitus (> 131mg/dl Sin control; > 70 mg/dl y < 130mg/dl en control), con diagnóstico menor a 10 años, sin complicaciones y aquellos que aceptaron y firmaron el consentimiento informado del estudio. Para el núcleo de las representaciones



Figura 1. Asociación referente a Dieta en DMT2 con control.

sociales se utilizó el modelo de la escuela estructural de Abric, realizado de la siguiente forma: la primera fase consistió en un acercamiento micro-etnográfico al espacio de tiempo muerto en las clínicas (salas de espera), con el fin de conocer y contextualizar los espacios y discursos en 3 momentos, la segunda fase consistió en la construcción del instrumento de investigación tipo entrevista semiestructurada con categorías de análisis, para las cuales se obtuvieron palabras claves en campo con un grupo de 10 pacientes con DM, después se englobaron las palabras clave en torno a dieta, generando las categorías de análisis, se creó una entrevista semiestructurada con categorías de análisis, posteriormente, se procedió a la aplicación de la entrevista semiestructurada de acuerdo a la dieta en 51 pacientes con DMT2. La entrevista semiestructurada fue examinada por asociación de categorías con los discursos a través del software Iramuteq.

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para el análisis de los discursos, y encontrar la estructura del núcleo con su periferia de las representaciones sociales en relación a dieta, se utilizó el software Iramuteq. En la figura 1, se representa la relación discursiva respecto a la dieta en la DMT2 con control asociándose de manera general a alimentarse, no comer en exceso, satisfacer una necesidad, económico, dieta sana, limpia, sin sal y asociándolo al ejercicio, núcleo de convivencia, estar balanceado, mantenerme, controlar, sentirme bien, sano, alegre, no subir de peso, para vivir más tiempo en familia, sano y alegre, enfermedad, vivir y compartir en un entorno familiar, no subir de peso, el licuado de nopal, menos daño que el medicamento, natural, sentirse mejor y estar mejor, mi esposa, hijas/os, familia me apoyan y cuidan, y los doctores aconsejan lo que debo de hacer, he aprendido a jugar con los alimentos, respecto a la asociación de núcleo a periferia, estos juegan un dinamismo en torno a la educación, el

dieta tiene sobre el colectivo, reconstituyendo una dieta completamente descontextualizada y desregionalizada, donde no se consideran hábitos ni estilos de vida de la población, lo que recae en las relaciones de poder, que por un lado, se encuentra el biopoder contrario a Foucault, de manera positiva, donde se ayuda, se apoya, se dirige, se guía, contrastando con el colectivo con DMT2 sin control por: me mandan, me imponen, me obligan, me dan, es decir que la dieta se reconfigura en la carencia económica, la desigualdad y pobreza y, por último, la falta de educación.

Agradecimientos.

CONACYT, por su apoyo en la realización de esta investigación.

V.BIBLIOGRAFÍA

American Diabetes Association. (2014). Datos sobre la Diabetes. Recuperado de <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/datos-sobre-la-diabetes/?referrer=https://www.google.com.mx/American-Diabetes-Association>.
 Recetas. En: Alimentos y Actividad Física. Recuperado de <http://www.diabetes.org/es/alimentos-y-actividad-fisica/alimentos/receetas/?loc=ff-es-slabnav>
 Bustani, B. O. (2016). Alimentación, todo un tema. En: La crisis alimentaria y la salud en México. (256-277). México, Distrito Federal. (Castellanos editores).
 Casas, D. Alves de Oliveira, W. Torres, A.R. Oliveira, C.C. Ibarra, A.M.D. Torales, A.P.B. Martínez, M.M.A. (2016 a). Representaciones sociales de Dieta en pacientes con enfermedad crónica no transmisible. *iMedPub Journals*, 12(1), 1-9.
 Casas, D. P., Rodríguez, A. T., Contreras, G. L., Casas, I. P., Maya, M. A. M. (2017). Social Representations of the Diet in Patients with Diabetes Mellitus. *Diversity and Equality in Health and Care*, 14(2): 46-52.
 ENSANUT. (2012). Instituto Nacional de Sa-

lud Pública. Secretaría de salud. Resultados por entidad federativa: Estado de México. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/EstadoMexico-OCT.pdf>
 ENSANUT MC. (2016). Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de salud. Informe Final de Resultados. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
 Federación Mexicana de Diabetes. (2016). Fármacos y la deficiencia de vitamina B12. Recuperado de <http://fmdiabetes.org/farmacos-y-la-deficiencia-de-vitamina-b12/>
 Foucault, M. (1976). Derecho de muerte y poder sobre la vida. Historia de la sexualidad 1. La voluntad del saber. Siglo XXI editores. Primera edición.
 Gil, A. Martínez, V.E. Olza, J. (2015). Indicators for evaluation of diet quality. *Nutrición hospitalaria*, 31(3), 128-144. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309238519018>
 González, M.C. (2017). El ambiente obesogénico en México. *México social*. Sección Investigaciones. 12 de junio de 2017. Link: <http://mexicosocial.org/index.php/2017-05-22-14-12-20/item/1404-el-ambiente-obesogenico-en-mexico>
 Guazo D. (2016). Datos epidemiológicos de la Diabetes Mellitus. *El Universal*. Sección Investigaciones Especiales. 15 de noviembre del 2016. Link: <http://interactivo.eluniversal.com.mx/2016/muerte-por-enfermedades-en-mexico/>
 Gutiérrez, S.V. (2016). Diferentes aproximaciones metodológicas para el estudio de las representaciones sociales. En: Representaciones sociales, campo jurídico y conciliación en equidad: Aproximaciones teórico-metodológicas para su estudio. Temis S.A. Bogotá, Colombia. 2016, 6-41pp.
 Hermann, S. (2017). Obesidad y diabetes: epidemias del siglo XXI. Instituto de Investigaciones Estratégicas de la Armada de México. Secretaría de Marina. Armada de México. DA 69(17): 1-26.

INEGI. (2015). Encuesta intercensal 2015. Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/escolaridad.aspx?tema=P>
 INEGI. (2017). Sistema de Salud mexicano: datos. Link: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/salud/presentacion.aspx>
 Instituto nacional de salud pública. ¿Sabes cómo llevar una buena alimentación? Recuperado de http://bcnslp.edu.mx/antologias-rieb-2012/preescolar-i- semestre/DFySPreesco/Materiales/Unidad%20A%202_DFySPreesco/RecursosExtra/dieta.pdf
 Lipovetsky G. (2007). La felicidad paradójica. 2 ed. Editorial Anagrama, Barcelona, España.
 Medina-Pérez, E.A. et al. (2017). Diabetes Gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Med Int Méx*, 33(1), 91-98.
 NOM-015-SSA2-1994.(2000) MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>
 OECD (2017), «Diabetes prevalence», in Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, Recuperado de http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-15-en
 Organización Mundial de la Salud. (2015). Alimentación sana. Nota descriptiva N°394. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
 Organización Mundial de la Salud. (2016). Centro de prensa. Diabetes: nota descriptiva. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
 Organización Mundial de la Salud. (2016). Centro de prensa. Diabetes, México: OMS. Recuperado de http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex_es.pdf?ua=1

Artículo 3: Aceptado y publicado.





INTER
FACES
CIENTÍFICAS

SAÚDE E AMBIENTE

ISSN IMPRESSO 2316-3313

E - ISSN 2316-3798

DOI - 10.17564/2316-3798.2019v7n2p73-90

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA DIETA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CONTROLADA Y DESCONTROLADA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DIETA EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS CONTROLADA E NÃO CONTROLADA

SOCIAL REPRESENTATIONS OF DIET IN PATIENTS WITH CONTROLLED AND UNCONTROLLED DIABETES MELLITUS

Adan Flores Garnica¹
Maria de los Ángeles Maya Martínez³
Alejandra Rodríguez Torres⁵

Donovan Casas Patiño²
Yuridia Sánchez Repizo⁴

RESUMEN

La Diabetes Mellitus [DM] es una enfermedad crónica que se puede prevenir, tratar, monitorear y controlar nutricionalmente, es así que la dieta constituye un pilar en el manejo, monitoreo y tratamiento con impacto directo en el control metabólico pero con alto rango de desapego, siendo un fenómeno de construcción psicosocial, por cuestiones socioculturales, económicas y educacionales, el interés se centra en develar el sentido común construido y reproducido por los diabéticos y, a partir de su realidad, las convergencias y divergencias en torno a la dieta. De esta forma se cuestiona ¿Cuál es la representación social de la dieta en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 [DMT2] con y sin control? El objetivo de este traba-

jo fue analizar y comparar las representaciones sociales de la dieta en el paciente con DMT2 con y sin control. El presente estudio es de tipo cualitativo; se creó y aplicó una entrevista semiestructurada a un grupo de sujetos con DMT2 del Estado de México (Oriente), se analizaron y compararon los discursos obtenidos con la ayuda del software Atlas ti V7 e Iramuteq. La dieta en la Diabetes Mellitus Tipo 2 con control está asociada a la generación y adaptabilidad de estilos de vida saludables centrados en la educación, cultura, sociedad y economía, mientras que en la DMT2 sin control, la dieta, gira en torno a discursos de imposibilidad, dificultad y falta de tiempo y dinero, relacionados a factores

sociales, ideológicos, económicos y de educación. La dieta, en la DMT2, se reconstruye sobre la cultura y sociedad, puesto que de ellas emana la ideología y contextualización de la alimentación pero donde se halla el reflejo de determinantes sociales que afectarán de manera positiva o negativa la identidad de la dieta, su actividad, su propósito, las normas y valores, la posición y relación, rodeadas

en un entramado sociopolítico y económico, que transforma la concepción de la dieta y recae en la alza de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE

Dieta. Diabetes Mellitus Tipo 2. Representaciones Sociales

RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que pode ser prevenida, tratada, monitorada e controlada nutricionalmente, de modo que a dieta é um pilar no manejo, monitoramento e tratamento com impacto direto no controle metabólico, mas com alto grau de não conformidade. Sendo um fenômeno de construção psicossocial, por questões socioculturais, econômicas e educacionais, o interesse está voltado para desvelar o senso comum construído e reproduzido pelos diabéticos e, a partir de sua realidade, as convergências e divergências em torno da dieta. Assim, qual a representação social da dieta em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 [DMT2] com e sem controle? O objetivo deste trabalho foi analisar e comparar as representações sociais da dieta no paciente com DM2 com e sem controle. O presente estudo é do tipo qualitativo; uma entrevista semiestruturada foi criada e aplicada a um grupo de sujeitos com DMT2 do Estado do México (Oriente) e os discursos obtidos com a ajuda do Atlas ti V7 e do software Iramuteq foram analisados e comparados. A

dieta em Diabetes Mellitus Tipo 2 com controle está associada à geração e adaptabilidade de estilos de vida saudáveis centrados na educação, cultura, sociedade e economia, enquanto no DM2 sem controle, a dieta gira em torno de discursos de impossibilidade, dificuldade e falta de tempo e dinheiro, relacionados a fatores sociais, ideológicos, econômicos e educacionais. A dieta, no DMT2, é reconstruída sobre a cultura e sociedade, já que deles emana a ideologia e contextualização da alimentação, mas onde está o reflexo dos determinantes sociais que afetarão de forma positiva ou negativa a identidade da dieta, sua atividade, seu propósito, normas e valores, posição e relacionamento, envoltos em um quadro sociopolítico e econômico, que transforma a concepção da dieta e recai no surgimento da doença.

PALAVRAS-CHAVE

Dieta. Diabetes Mellitus Tipo 2. Representações sociais.

ABSTRACT

The Diabetes Mellitus (DM) is a chronic disease that can be prevented, treated, monitored and nutritionally controlled, so the diet is a pillar in the management, monitoring and treatment with direct impact on meta-

bolic control but with a high range of non-compliance, being a phenomenon of psychosocial construction, for sociocultural, economic and educational issues, the interest is focused on unveiling the common sen-

se constructed and reproduced by diabetics and, from its reality, the convergences and divergences around the diet. Thus, what is the social representation of diet in patients with type 2 diabetes mellitus [T2DM] with and without control? We had as objective to analyze and compare the social representations of the diet in the patient with T2DM with and without control. About the method, the present study is of qualitative type; a semi-structured interview was created and applied to a group of subjects with DMT2 from the State of Mexico (Oriente). The discourses obtained with the help of Atlas ti V7 and Iramuteq software were analyzed and compared. As results, we had that the diet in Type 2 Diabetes Mellitus with control is associated with the generation and adaptability of healthy lifestyles centered on education, culture, society and economy, while in T2DM without control, diet revolves around discour-

ses of impossibility, difficulty and lack of time and money, related to social, ideological, economic and educational factors. Thus, we concluded that the diet, in the DMT2, is reconstructed on the culture and society, since from them emanates the ideology and contextualization of the feeding but where is the reflection of social determinants that will affect in a positive or negative way the identity of the diet, its activity, its purpose, norms and values, position and relationship, surrounded in a sociopolitical and economic framework, that transforms the conception of the diet and relapses in the rise of the disease.

KEYWORDS

Diet. Diabetes Mellitus Type 2. Social Representations

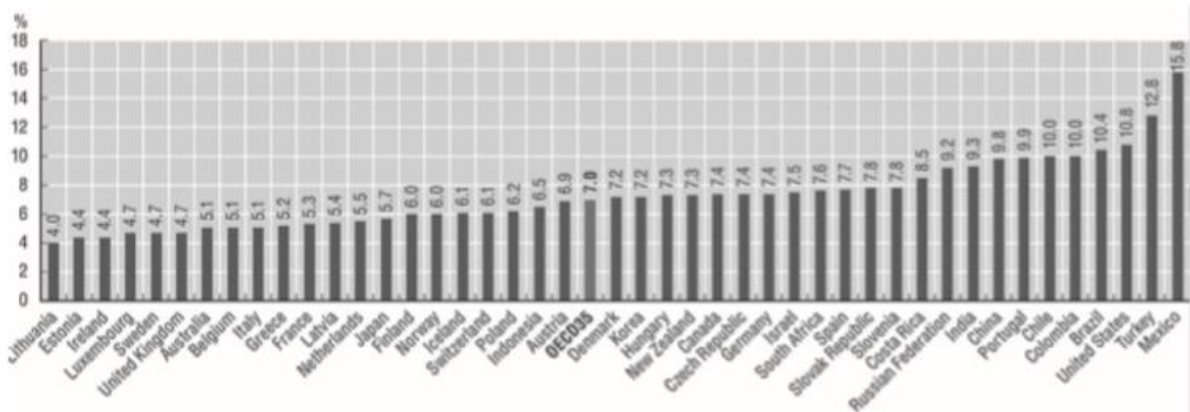
1 INTRODUCCIÓN

La dieta es una herramienta en la ciencia nutricional para el combate de enfermedades, que bien son abordadas con motivos preventivos o como tratamientos. Sin embargo, la dieta no es solamente un implemento biomédico curativo sino que, también, es una práctica social en donde la cultura, las tradiciones, las costumbres, las practicas, los hábitos, las políticas, las normas y valores de cada grupo social la construyen y reconfiguran, tomando un significado cambiante influido por la región, la época, el modelo económico, las políticas alimentarias y las políticas en salud (CASAS *et al.*, 2016). De esta forma, la dieta es una herramienta de prevención, combate y rehabilitación con alto impacto en las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles, siendo el tratamiento de primer contacto para el control de la

Diabetes Mellitus [DM] y la generación de estilos de vida saludables (GIL, 2015).

La DM representa un reto mundial, sobre todo para los países en vías de desarrollo, puesto que, por una parte, el acceso a una mejor calidad de vida se ve imposibilitada por los recursos disponibles para la sociedad (salario, desempleo, accesibilidad alimentaria, seguridad alimentaria, políticas neoliberales, horarios laborales, por mencionar algunos) y, por otra, los estudios que se han realizado desde el descubrimiento de la DM hasta la actualidad, no han logrado disminuir el problema sino que solo se han enfocado al estudio sintomatológico sin un impacto directo sobre la raíz de la enfermedad, por lo tanto, ésta ha ido en constante crecimiento, siendo además, una enfermedad prevenible y controlable con la generación de estilos de vida saludables con especial énfasis en la dieta (CASAS *et al.*, 2017).

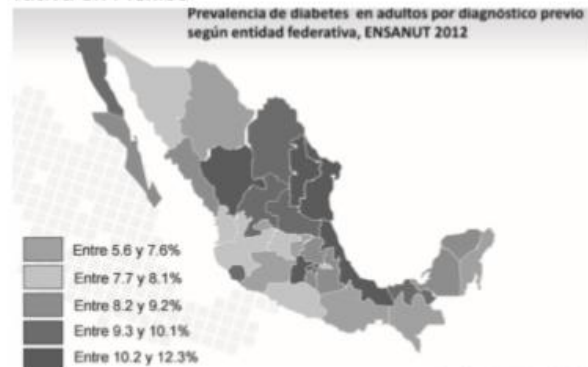
Imagen 1 - Gráfica de prevalencia de Diabetes en el mundo



Fuente: OECD (2017), "Diabetes prevalence", in Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, Recuperado de http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-15-en.

En la imagen 1, se muestra que México ha experimentado un incremento en la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 [DMT2] en los anteriores 20 años y lo ha colocado en el primer lugar con un porcentaje de 15.8% de la población total, correspondiente a los datos de la OECD en 2015 y reportados en 2017 a nivel global. Las estadísticas nacionales en materia de nutrición revelan un incremento drástico, arrastrado desde 1985 al 2015, de dicha enfermedad. En México, durante el 2014, el 8,5% de los adultos (18 años o mayores) tenía diabetes tipo 1 y tipo 2. En los últimos 6 años se reporta un índice de mortalidad de 1,5 millones de personas en 2012 como consecuencia directa de la diabetes asociados a una patología de fondo, la cual es prevenible, y para el año 2016 se estimó en 1,6 millones defunciones (GUAZO, 2016), solamente en zona centro y metropolitana (ENSANUT MC, 2016), sin reporte de la razón y/o detalle que haga alusión al "por qué", haciendo más vulnerables a quienes la padecen y las generaciones que precederán, reduciendo tanto la esperanza como la calidad de vida.

Imagen 2 - Prevalencia de Diabetes por entidad federativa en México



Fuente: ENSANUT 2012, recuperada de <http://ensanut.insp.mx/doctos/seminario/M0302.pdf>

De acuerdo a la ENSANUT 2012, los estados que tienen mayor prevalencia de DMT2 son la Ciudad de México y el Estado de México, seguidos de Tamaulipas, Veracruz, Durango y Nuevo León, lo que muestra una mayor vulnerabilidad y menor ca-

lidad de vida en dichas zonas (ENSANUT, 2012). Es así, que la DMT2 es la enfermedad de mayor presentación y de mayor complicaciones con carácter epidemiológico nacional (GUAZO, 2016) y, socialmente, tiene un alto impacto económico, que ha afectado por años a la población mexicana, los costos, el sufrimiento, el olvido de la colectividad, la cronicidad, son elementos que representan para el paciente, su familia, la sociedad, un gran peso social.

En respuesta a la problemática epidemiológica que la DM representa, distintas disciplinas han participado en la formulación de estrategias de combate contra la DMT2, entre ellas la ciencia nutricional que ha contribuido en su mayoría a la promoción, prevención, educación y tratamiento de enfermedades a través de la dieta, sin embargo pese a las políticas públicas, las prácticas biomédicas con las que se rigen los procedimientos y técnicas, no han logrado impactar en la disminución de su mortalidad, morbilidad o prevalencia, dejando de lado a la dieta como eje cambio. En ese sentido el tratamiento nutricional debería ser una herramienta prioritaria (MEDINA-PÉREZ, 2017) de combate a las ECNT, ya que, la (mal) alimentación es la principal causa de generación y desarrollo de las enfermedades (HERMANN, 2017) y, en este caso, la dieta es la principal herramienta de ofensiva contra la infamia en salud del colectivo mexicano (CASAS *et al.*, 2017).

Como profesionistas en el área de la salud, durante la praxis hegemónica biomédica sistematizada en el proceso salud/enfermedad/atención, al hacer extensivo un tratamiento nutricional a través de la dieta, este se enfrenta a factores que influyen de manera directa o indirecta en la forma de manifestación de la enfermedad, los cuales determinan la forma de vida y/o muerte del colectivo, estos factores son un conjunto de determinantes sociales, los cuales inciden en la forma de *vivir la enfermedad* a través de la cultura, ideología, lenguaje, prácticas, etc., y muchas de las veces su conocimiento en el área de la salud está olvidado, condicionando un juego con el sentido cognitivo y el olvido científico en salud.

Es así, que un acercamiento epistemológico a través de la teoría de las representaciones sociales, puede ofrecer una visión desde el paciente y lo que repercute en torno a el mismo en un contexto real respecto a la dieta, proporcionando así un panorama social que escapa de la mirada biomédica hegemónica curativa y, que integra la dieta desde un enfoque meramente social que debe ser implementado en la práctica nutricional.

2 MÉTODO

2.1 MARCO TEÓRICO

La teoría de las representaciones sociales fue desarrollada por el psicólogo francés Moscovici, quien las define como “una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos”, por lo que cada sociedad e individuo entiende y comprende algo y lo explica conforme a su propia percepción y experiencia (MOSCOVICI, 1961; GUTIÉRREZ, S. 2016), entendida como una teoría de conceptualización discursiva de los significados entre la relación objeto-sujeto-tiempo, influenciada por determinantes sociales intrínsecos y extrínsecos (la cultura, religión, ideología, educación, percepción, sociedad, economía etc.) y, extrapolados de manera fáctica al hábito y estilo de vida (MOSCOVICI, 2001; CASAS *et al.*, 2017).

Dicha teoría comprende dos corrientes, la corriente interpretativa generada por Jodelet y el modelo estructural propuesto por Abric (ABRIC, 2001; JODELET, 2010). El presente estudio aborda la Teoría de las Representaciones Sociales desde el modelo estructural de Abric, ya que permite un acercamiento a la realidad comprendiendo el dinamismo existente entre la estructura del núcleo y la periferia relacionando los elementos entre sí que están dados por nexos interdependientes de acuerdo al carácter consensual de las representaciones sociales (MOSCOVICI, 1988; ABRIC, 2005; RATEAU, 2013).

En este estudio se aborda el paradigma de las representaciones sociales, con el fin de conocer y comparar la construcción social de la dieta en torno a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 a través del sentido común en relación a la dieta de pacientes con DMT2 controlados y descontrolados de acuerdo al modelo estructural de Abric.

2.2 MARCO METODOLÓGICO

El presente estudio se realizó en el Estado de México, el cual, cuenta con una población total de 16 187 608 habitantes (INEGI, 2015), esto representa el 12.3% de la población con DMT2 (ENSANUT, 2016) considerado como el punto más alto de prevalencia por estados. Se abordaron 5 instituciones de salud de atención primaria del Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (Unidades de Medicina Familiar: Amecameca, San Rafael, Nezahualcóyotl, Ayotla, Ixtapaluca), ya que, dicha institución brinda servicio a 75 millones de mexicanos, siendo la más grande de América Latina (INEGI, 2017). La muestra del estudio fue de 51 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 (Sin complicaciones, 24 pacientes en control y 27 pacientes sin control).

Dentro de los criterios de inclusión se encuentran: pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2, pacientes con y sin control en DMT2 de acuerdo con la NOM-015-SSA2-2010 y Guías de práctica clínica en diabetes mellitus (≥ 131 mg/dl Sin control; > 70 mg/dl y < 130 mg/dl en control), con diagnóstico menor a 10 años, sin complicaciones y aquellos que aceptaron y firmaron el consentimiento informado del estudio.

Para la búsqueda del núcleo de las representaciones sociales se utilizó el modelo de Abric, para esto se realizaron los siguientes pasos metodológicos:

a) La primera fase consistió en un acercamiento micro-etnográfico al espacio de tiempo muerto en las clínicas (salas de espera), con el fin de conocer y contextualizar los espacios y discursos en 3 momentos;

b) La segunda fase consistió en la construcción del instrumento de investigación tipo entrevista semiestructurada con categorías de análisis, para las cuales se obtuvieron palabras claves en campo con un grupo de 10 pacientes con DM, después se englobaron las palabras clave en torno a dieta, generando las categorías de análisis;

c) Se realizó entrevista semiestructurada con categorías previamente obtenidas, las etapas en las cuales se construyó este instrumento son las siguientes:

1. Trabajo de campo en el cual se obtuvieron palabras clave en referencia a Dieta en un grupo de 10 pacientes diabéticos;
2. Posteriormente, se englobaron palabras clave en torno a Dieta, de ahí se generaron categorías analíticas, con lo cual se conformó la validez de constructo en el instrumento;
3. Se realizó un banco de preguntas, tomando como eje de estas las categorías analíticas de identidad, actividad, propósito, normas y valores y, posición y relación, estas preguntas fueron valoradas y evaluadas en pertinencia, por tres expertos en el área de la investigación cualitativa, que en ronda de tres revisiones se obtuvo un instrumento final, con lo cual se tiene validez de constructo;
4. Se aplicó a una muestra de 3 pacientes diabéticos, y se adecuó el instrumento, en tiempo y en sintaxis;
5. Es así, que se obtuvo un instrumento de ítems, el cual se precedió a su aplicación en la muestra. Previo consentimiento informado.

d) Posteriormente, se procedió a la aplicación de la entrevista semiestructurada de acuerdo a la dieta en 51 pacientes con DMT2;

e) Una vez obtenidos los discursos, se procede al análisis de los datos por categoría, de acuerdo al núcleo y periferia de las representaciones sociales con respecto a la dieta, a través del software Atlas ti V7;

f) Finalmente, la entrevista semiestructurada fue examinada por asociación de categorías con los discursos a través del software Iramuteq. El cual se aplicó al universo de estudio (n=51) con el objetivo de comprender y comparar el significado de los actores, desde el control y descontrol de la enfermedad, en la interacción simbólica acorde a la construcción de la dieta desde el sujeto mismo.

3 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Del grupo total de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (n=51), 31 fueron mujeres y 20 hombres. La media en edad de los pacientes fue de en los 58 años. En relación al nivel educativo 9 cuentan con secundaria, 31 con preparatoria y/o carrera técnica, 9 con educación superior y 2 sin estudios. Acorde al estado civil, 48 son casados y 3 son solteros. Referente a religión, 48 católicos, 1 evangelista y 2 sin religión. En la ocupación, 42 son empleados y 9 se dedican al hogar. Finalmente la distribución del control glucémico fue en mujeres 11 con control y 20 sin control, mientras que en hombres fue 13 con control y 7 sin control, resultando en 24 pacientes en control y 27 pacientes sin control.

La media en edad de los pacientes se centró en los 58 años, según la ENSANUT MC (2016) la media de la población con DM se centra alrededor de los 60 años con una distribución de 10.2 y 12.3% para el Estado de México, contemplando una mayor carga en la zona oriente debido a que se encuentran las poblaciones más grandes como son Ecatepec de Morelos y Ciudad Nezahualcóyotl (CONEVAL, 2017). En relación al nivel educativo 9 cuentan con secundaria, 31 con preparatoria y/o carrera técnica, 9 con educación superior y 2 sin estudios, que, de acuerdo a INEGI (2015), en la encuesta intercensal, la población nacional se encuentra en una calificación de 9.1 lo que hace referencia a un nivel educativo de segundo año de secundaria, en donde el Estado de México no se encuentra alejado con una puntuación de 9.2, es decir, que la población con DM se encuentra en un nivel educativo medio

bajo pero, que, dentro de la cual, la educación alimentaria y dietética no se encuentran en desarrollo ni aplicación, no hay una real educación en alimentación y nutrición (SEP, 2017).

Acorde al estado civil, 48 son casados y 3 son solteros, las prácticas en relación al tratamiento en la DM dependen en gran manera del apoyo familiar (esposa, esposo, hijos, hijas, etc.) para adquirir y/o conservar el control o descontrol de la enfermedad (RODRÍGUEZ, 2014b), siendo un factor positivo o negativo en la dieta que está directamente relacionado al control de la DMT2.

Referente a religión, 48 católicos, 1 evangelista y 2 sin religión. Las prácticas ideológicas dentro de cada religión comprenden una diversidad alimentaria y también existe la eficacia simbólica apegada a la religión (BOURDIEU, 2009), en este caso el catolicismo ofrece una eficacia simbólica. En la ocupación, 42 son empleados y 9 se dedican al hogar de acuerdo al reporte de por nivel de ocupación generado hasta enero del 2018 en 54.4% y generando una tasa de desempleo del 3.4% (MIGUELES, 2018), finalmente la distribución del control glucémico fue en mujeres 11 con control y 20 sin control, mientras que en hombres fue 13 con control y 7 sin control, resultando en 24 pacientes en control y 27 pacientes sin control.

Las estadísticas correspondientes a morbilidad, mortalidad, incidencia y prevalencia reportadas en ENSANUT MC (2016), muestran un estado de relación simétrica acorde a esta estadística descriptiva del estudio presente, con lo cual, el objeto (la dieta) mantiene siempre una relación de originalidad en cuanto a impacto directo sobre el sujeto (DMT2), el cual es susceptible de adoptar formas diversas como relación de desplazamiento, separación o sucesión respecto a los tratamientos puestos en práctica (CANGUILHEIM, 1971).

Para interpretar la asociación discursiva de pacientes con DMT2 con y sin control respecto a la dieta, es conveniente comenzar con el análisis discursivo de las categorías de analíticas [Cuadro 1], las cuales pueden entenderse de una mejor manera como el núcleo temático central de la estructura y función de las representaciones sociales y, así, dar paso a la interpretación de la escena social de los pacientes.

Cuadro 1 – Discursos respecto a las Categorías Analíticas, de pacientes diabéticos con control y sin control

Categoría Identidad	
Con control	Sin control
E2, E7, E14, E17, E18, E19, E26, E30, E40, E49 “no comer en exceso”, E2, E7, E9, E16, E22, E25, E33, E43 “es muy importante la dieta”, E2, E5, E7, E9, E13, E14, E17, E40, E42, E48, “sentirme/estar mejor”, E4, E5, E7, E9, E13, E14, E16, E17, E22, E24, E25, E26, E30, E40, E42, E43, E46 “es alimentarme”, E7, E9, E14, E16, E19, E22, E24, E26, E30, E33, E40, E42, E46, E48 “comer lo adecuado cantidades porciones”, E13, E14, E17, E22, E25, E40, E42, E43, E46 “control de alimentaci3n”, E7, E13, E14, E16, E19, E22, E26, E49 “es satisfacer una necesidad”, E2, E7, E9, E17 “sacrificio econ3mico alcanza”	E1, E3, E11, E27, E38, E44, E45, E51 “sentirme satisfecha satisfacer”, E1, E3, E12, E20, E32, E41, E50, E51 “morirse de quedarse con hambre”, E1, E3, E6, E8, E11, E12, E15, E20, E21, E23, E27, E28, E29, E32, E35, E36, E37, E38, E41, E44, E45, E47, E50, E51 “no comer evitar dulce azúcar pan tortilla refresco chatarra grasas...” , E1, E11, E12, E20, E27, E35, E38, E45 “difícil complicado imposible”, E8, E10, E11, E12, E15, E21, E28, E31, E36, E38, E41, E51 “privarse de muchas cosas”, E10, E11, E12, E20, E34, E38 “restricci3n de hábitos”, E10, E20, E32, E41, E50, E51 “algo que te van a obligar a hacer”, E12, E35, E38, “comer cosas demasiado caras no alcanza salario insuficiente” ,
Categoría Actividad	
Con control	Sin control
E2, E4, E5, E7, E13, E14, E18, E24, E26, E30, E33, E39, E46 “comer a mis horas”, E2, E2, E18, E22, E24, E25, E26, E30, E40, E42 “mi esposa prepar3”, E4, E5, E9, E13, E14, E16, E17, E22, E24, E25, E26, E30, E40, E48 “como 5 veces al día”, E2, E4, E5, E7, E9, E13, E14, E16, E17, E22, E24, E25, E26, E30, E39, E40, E42 “hacer las comidas asada hervida poca sal”, E2, E4, E5, E7, E9, E13, E14, E16, E17, E18, E19, E22, E24, E25, E26, E30, E33, E39, E40, E42, E43, E46, E48, E49 “como muchas verduras”, E4, E5, E9, E13, E14, E16, E17, E18, E19, E22, E24, E25, E26, E30, E33, E39, E40, E42, E43, E46, E48, E49 “comer en compa3ña en familia es más sabroso tranquilo rico”, E2, E9, E16, E17, E18, E22, E25, E26, E33, E39, E40, E42, E48, E49 “comer en la casa porque es más tranquilo más sano y más limpio”, E2, E9, E16, E18, E25, E40, E42 “como yo puedo llevar mi dieta es haciendo ejercicio”, E18, E22, E25, E33, E42, E48, E49 “En la familia es ponerse de acuerdo para platicar lo que se debe comer”	E1, E6, E15, E20, E21, E26, E27, E29, E32, E35, E36, E37, E38, E41, E47 “sola(o) y rápido, porque nadie me molesta nadie me dice nada el trabajo”, E1, E15, E20, E27, E29, E32, E35, E36 “raciones pequeñas”, E1, E3, E6, E15, E20, E21, E26, E27, E29, E32, E35, E36, E37, E38, E41, E47 “no hay horas para comer los horarios son fijos y es difícil”, E3, E29, E36, E37 “si tengo prisa en la cocina y parada”, E6, E8, E21, E29, E32, E35, E38, E41, E47 “no entiendo cómo medirla”, E1, E3, E6, E8, E10, E11, E12, E15, E20, E21, E23, E27, E28, E29, E31, E34, E35, E36, E37, E38, E41, E44, E45, E47, E50, E51 “comer leche pan frijoles refritos café tortillas huevo torta tacos galletas... lo que pueda”, E10, E21, E23, E34, E35, E38, E50, E51 “yo no llevo dieta”, E1, E6, E8, E11, E12, E20, E21, E23, E27, E28, E34, E35, E41, E50, E51 “eliminan todo lo que te gusta”, E3, E12, E31, E35, E36, E44, E45, E47, E50, E51 “ya está más caro todo”, E1, E15, E20, E27, E29, E32, E35, E36 “compro en la calle un Herbalife...” , E11, E27, E38, E41, E47, E51 “no se puede combatir con los hábitos...”

Categoría Propósito	
Con control	Sin control
E2, E4, E5, E7, E9, E13, E14, E16, E17, E18, E19, E22, E24, E25, E26, E30, E33, E39, E40, E42, E43, E46, E48, E49 "Me ayudaa estar balanceado mantenerme controlar", E2, 13, E18, E25, E26, E42, E48, E49 "un taquito no es malo", E2, E4, E5, E7, E9, E13, E14, E16, E17, E18, E19, E22, E24, E25, E26, E30, E33, E39, E40, E42, E43, E46, E48, E49 "si es importante la dieta", E2, E4, E5, E7, E9, E13, E14, E16, E17, E18, E19, E22, E24, E25, E26, E30, E33, E39, E40, E42, E43, E46, E48, E49 "sentirme bien conmigo sano alegre", E4, E7, E17, E30, E33, E46, E49 "no subir de peso", E4, E7, E9, E17, E30, E33, E46, E49 "que uno no se sienta decaído", E2, E5, E7, E9, E13, E14, E16, E18, E22, E24, E26, E33, E39, E40, E42, E43 "para vivir más tiempo y compartir más con mi familia", E14, E22, E24, E26, E39, E49 "si no como mi verdura, siento que me voy a enfermar", E2, 13, E18, E25, E26, E42, E48, E49 "si yo como todo no me siento mal", E5, E9, E14, E16, E19, E22, E24, E26, E40, E42, E49 "entre más sano coma es mejor para mi cuerpo"	E1, E6, E38, E47, E50, E51 "tendría mejor calidad de vida", E1, E8, E11, E12, E21, E35, E36, E37, E41, E47, E51 "me siento bien", E3, E10, E21, E31, E32, E50 "estar saludables", E1, E3, E8, E10, E11, E12, E23, E27, E28, E29, E31, E45, E47, E50 "como no llevo una dieta, no me han bajado la azúcar", E1, E3, E15, E20, E27, E29, E32, E35, E36 "sé que me hacen daño", E8, E11, E12, E21, E32, E37, E51 "tratamos de no abusar de lo que me hace mal", E11, E12, E28, E35, E50, E51 "si no me muero de la enfermedad me muero de hambre o de la insatisfacción", E1, E6, E11, E12, E28, E35, E36, E37, E41, E47, E50 "si no come uno se muere de hambre", E11, E12, E15, E28, E35, E50, E51 "no contribuye mucho", E1, E6, E8, E11, E12, E20, E21, E23, E27, E28, E34, E35, E41, E50, E51 "de manera negativa el que yo coma pan, grasas o dulces"
Categoría Normas y Valores	
Con control	Sin control
E2, E4, E9, E14, E16, E17, E18, E19, E24, E25, E26, E30, E33, E40, E48 "mi télo tomo como agua de tiempo para sentirme bien", E4, E5, E9, E14, E18, "el licuado de nopal sentía que me hacía menos daño que el medicamento", E9, E13, E14, E18, E22, E24, E26, E43, E49 "la dieta es indispensable para sentirse mejor y estar mejor", E4, E5, E14, E16, E18, E30, E "lo que hace daño es la azúcar alta", E2, E9, E16, E17, E30, E33, E40, E48, E49 "me siento más ligera", E7, E9, E13, E14, E18, E22, E24, E26, E40, E43, E49 "es muy positivo porque me siento mejor", E5, E13, E16, E18, E22, E49 "me siento bien, estoy controlado", E4, E9, E18 "no me tomo los medicamentos a veces porque los jugos me funcionan", E4, E13, E19, E30, E43 "sabemos que lo más natural es lo que nos ayuda"	E1, E3, E20, E32, E36, E37, E38, E41 "no me bajaba l'azucar", E1, E44 "yo no soy creyente de lo naturista", E20, E28, E47 "no vi ningún resultad", E10, E15, E21, E27, E41, E45, E51 "negativo, porque no estoy comiendo en mis horarios...", E21, E27, E41, E44, E51 "en cuanto dejo la dieta ya no me siento bien", E23, E37, E44 "solamente no subir de peso", E20, E21, E27, E51 "la dieta, creo que sería muy positiva", E20, E28, E32, E34, E38 "no porque la glucosa sigue en lo mismo" E20, E32, E35, E41 "el Herbalife pero están muy caros", E1, E6, E8, E10, E11, E15, E21, E28, E34, E41, E47, E50 "si estoy con más personas pues no puedo llevar la dieta"
Categoría Posición y Relación	
Con control	Sin control
E2, E26, E46, E48 "mi esposa me apoya", E4, E7, E9, E14, E17, E22, E24, E25, E40, E48 "si, mis hijas, mis hijos me cuidan me apoyar", E9, E13, E16, E19, E30, E40, E43, E46 "familia me cuida", E4, E7, E9, E13, E14, E17, E24, E25, E40, E43, E46, E48 "los doctores me han sugerido lo que debo de hacerme han enseñado a jugar con los alimentos"	E1, E10, E11, E12, E15, E28, E35 "mi marido mi esposa me quitan lo que me gusta", E1, E10, E21, E23, E35, E37, E38 "mis hijos/hijas no me dejan comer lo que quiero", E1, E8, E11, E12, E15, E27, E35, E38, E45, "los doctores me quieren dar el mismo medicamento", E6, E21, E27, E34, E35, E37, E38, E41, E44, "la familia no lo entiende a uno",

Fuente propia.

3.1 IDENTIDAD

La categoría Identidad, entendida como la construcción que define la relación desde el colectivo en relación al otro o algo, exclusivamente por sus características vividas (atribuidas por la interacción cultural) como el género, raza, religión, etc., en este caso el paciente con *DMT2 con control*, nos refiere que la *dieta* está asociada, primeramente, al acto de *alimentarse, comer lo adecuado, no comer en exceso y satisfacer una necesidad*, el cual está ligado al proceso fisiológico, en el sentido estricto de satisfacer una necesidad, y que no genera ningún vínculo dentro de la alimentación como proceso biológico, haciendo hincapié en métodos dietéticos eficientes y eficaces para el colectivo concentrando su atención hacia cuánto comer más que a qué comer, “[...] la dieta es la conducta terapéutica inicial [...]” (MEDINA-PÉREZ, 2017, p. 96) de esta forma podemos vislumbrar un apego a la dieta como factor de control de la enfermedad.

Por otro lado, el *sacrificio económico*, el cual, se relaciona a un significado de estratificación social acorde a la percepción económica (ingreso per cápita), siendo un impedimento que resignifica a la dieta puesto que es la causa de no contar con asequibilidad y accesibilidad alimentaria. Comprendiendo que el salario mínimo en México fluctúa entre los \$80 MXN (CONEVAL 2017), que, junto al crecimiento económico mundial está acelerando los cambios en la dieta (FAO, 2017).

Aunado a que es necesario reconocer el incremento en los precios de la canasta básica, “[...] en el arranque de 2018 hay productos de la canasta básica que registran incrementos significativos en su precio respecto al inicio del año pasado [...]” (SALDAÑA, 2018, p. 1), pero contradictoriamente existen productos industrializados hipercalóricos (jugos industrializados, cereales, comida instantánea, etc.) que son más baratos motivando su consumo por cuestiones de decisión económica. Por lo tanto, condiciona a una dieta hipercalórica generando estados de mal nutrición y pobreza,

Ahora bien, los discursos en relación a pacientes con *DMT2 sin control*, la dieta es referida como *no comer/evitar* que en primer lugar, está ligada a la

restricción del consumo de alimentos que por identidad nacional se prefieren tales como tortilla, pan, carne roja, entre otros, por causa de alteraciones directas entre alimento-evolución de enfermedad (NOM-015-SSA-2010; HERMANN, 2017; CNEGSR, 2017) lo que representa una condicionante al paciente al consumo limitado de los alimentos que bien podría ser a causa de la ignorancia y el poco interés de la educación en nutrición y alimentación a través de las leyes de la alimentación (INSP, 2012).

Los discursos asociados a la dieta como *difícil, complicada, imposible y morirse/quedarse con hambre*, se refiere a que las dietas prescritas no comprenden contextualización/regionalización, por lo que tales discursos están sumergidos y extrapolados al de mayor peso “algo que te van a obligar a hacer [...]” y “[...] comer cosas demasiado caras [...] no nos alcanza [...] salario insuficiente”, comprendiendo un significado mucho mayor pero no menos importante a los anteriores, ya que, de acuerdo al ingreso per cápita del colectivo se encuentra alrededor de \$2 USD (\$36 MXN aprox.), el cual, representa un ingreso menor al salario mínimo en México (CONEVAL, 2017).

Dicha situación, revela que, el efecto generado a través de lo que gana un empleado alcanza para comprar alimentos que generen un aporte calórico alto y deficientes en nutrientes (GIL *et al.*, 2015), es decir, lo que llena y satisface más rápido (CASAS *et al.*, 2017) y recomponiendo la dieta tradicional mexicana en solamente un kilo de tortilla, un kilo de arroz o frijol y un refresco de cola (Coca-Cola®) de 1 L, de esta forma recae en el discurso en donde la dieta significa también sentirme satisfecha, en el sentido estricto de comer lo que se tenga al alcance.

3.2 ACTIVIDAD

La descripción de la actividad ideológica es común en los grupos que se definen por lo que hacen respecto de algo, es decir los significados de las acciones. En el caso de los pacientes con *DMT2 con control*, los discursos asociados a la *dieta* fueron descritos en relación a que la *dieta sana, limpia, sin sal y asociándolo*

al ejercicio, se convierte en un proceso que involucra plenamente las actividades y prácticas estilos de vida saludables como parte de un tratamiento nutricional con base de alimentos lo menos procesados y más naturales en estado organoléptico en cuanto a vegetales y otros alimentos que puedan ser de consumo sin cocción (frutas, verduras) e incluso que no logran identificar los alimentos hipercalóricos ni los que aportan glucosa (INSP, 2012; FAO, 2018).

Los tiempos prandiales son esenciales para el control de la DMT2 teniendo un mayor impacto cuando se realizan en 5 tiempos, es así, que, el impacto de la adherencia al tratamiento nutricional se obtiene mejor cuando la actividad física es incrementada o agregada en el paciente con DMT2 (MARTÍN-PAYO *et al.*, 2016).

Por otro lado, en los pacientes con DMT2, se encuentra implícito el núcleo de convivencia [el tiempo disponible para comer, platicar, interacción simbólica], es decir, la dieta es una práctica meramente social de desarrollo humano (RODRÍGUEZ, 2014). En el sentido común, las comidas en casa son una prioridad en el diabético ya que el tratamiento nutricional complementa el psicológico, el cual también es de vital importancia para llevar un control correcto del estrés -prontitud de tiempo- desarrollado por la enfermedad (HUGUES, 2016)

Respecto a los discursos referentes a la *dieta* en pacientes con DMT2 sin control, fueron: *no hay horas para comer, sola(o), rápido, los horarios son fijos y es difícil, yo no llevo dieta, compro en la calle un Herbalife, no se puede combatir con los hábitos*, esto nos sitúa en la era de la hipermodernidad lo que condiciona el auge del estrés generado principalmente por los tiempos excesivos de trabajo, transportación, comidas laborales, transporte público insuficiente (LIPOVETSKY, 2007) lo cual se refleja en discursos llenos de prontitud y escasos de tiempo, que además al estar expuesto a ambientes obesogénicos (GONZALES, 2017) con establecimientos que brindan alimentos de tipo *fast foods*. Esta moda alimentaria con la (des)información nutricional e incorporación de hábitos alimentarios y estilos de vida insalubres y sedentarios, la dieta se desdibuja como parte pri-

mordial de sustento básico del cuerpo humano (CASAS *et al.*, 2017; HERMANN, 2017).

3.3 PROPÓSITO

La categoría Propósito se refiere al significado que el colectivo añade respecto a algo de manera "positiva o negativa". De esta manera el paciente con DMT2 con control atribuye a la *dieta* los discursos, *estar balanceado, mantenerme, controlar, sentirme bien conmigo, sano, alegre, no subir de peso, para vivir más tiempo en familia*, las acciones toman un sentido de bienestar donde, la dieta, representa un estado fisiológico y psicológico, manifestado como *sano y alegre, sin secuelas y como un medio preventivo de complicaciones de la misma enfermedad* (OMS, 2016a).

El colectivo ha internalizado en estos discursos a la dieta como un tratamiento de control y prevención en la enfermedad, es aquí en donde encontramos un primer momento, correspondiente a la educación en nutrición, la reconfiguración de la dieta como un medio preventivo fisiológico, por otro lado, la dieta también representa un momento social, al adquirir un significado a nivel micro social de *vivir y compartir en un entorno familiar* (GOMES, 2012), la familia representa un punto de apoyo en el abordaje del tratamiento en el diabético, es un factor que motiva al autocuidado y autovigilancia de la propia enfermedad con el fin de crear lazos afectivos sólidos, por lo que la convivencia micro social debe ser un elemento a incluir en la dieta. El propósito de *no subir de peso*, corresponde a una acción de concientización en nutrición respecto a la enfermedad, con lo que, en las acciones tomadas se refleja un propósito de estado en control glucémico (GONZALES, 2017).

Respecto al paciente con DMT2 sin control, conceptualiza la dieta como, *tendría mejor calidad de vida, saludable, si no me muero de la enfermedad me muero de hambre o de la insatisfacción, no contribuye mucho, pero sí de manera negativa el pan, grasas o dulces*, la asociación se focaliza en los sentidos de la satisfacción del gusto [*pan, grasas, o dulces*] haciendo referencia a una necesidad fisiológica y de au-

torrealización (MILLÁN, 2015) donde el colectivo se enfoca en comer, no importándole el tipo de alimento, la cantidad, funcionalidad e, incluso, el tipo de preparación, y reforzando en cuestión fisiológica con el discurso *tendría mejor calidad de vida y saludable*.

De esta forma la dieta se convierte en un *elemento relevante* dentro del paciente con DMT2 sin control, un elemento que tiene importancia en la salud y, que como medio de prevención y/o control, es de vital importancia. La dieta será un factor determinante en la aparición o recisión de complicaciones de la enfermedad y es directamente proporcional al tiempo de consumo respecto al carácter sano o malsano (HERMANN, 2017), por lo cual el discurso *primero me muero de hambre*, se sitúa en la razón de una *dieta asignada con gran carga cultural de insatisfacción* por el lado del gusto, ya que se prefiere el olvido de las secuelas de la enfermedad por el placer alimentario en donde la dieta se convierte en un elemento de diversificación contextual (por la sociabilidad, lugares, usos y costumbres), pero en el fondo es parte de un *estado saludable*, del que se tiene conocimiento, pero al mismo tiempo no es necesario ni tiene importancia, convirtiéndolo en un elemento sin impacto sobre la salud.

3.4 NORMAS Y VALORES

Esta categoría se distingue por el significado de las acciones del colectivo respecto a lo que se quiere lograr o alcanzar. Así el paciente con *DMT2 con control* añade un significado propio por la cual practica la dieta, tales asociaciones giran en torno a los discursos, *el licuado de nopal, menos daño que el medicamento, natural, sentirse mejor y estar mejor*, las prácticas dietéticas están constituidas por un eje que es el autodescubrimiento del control de la enfermedad, en donde el colectivo comienza a conocer la funcionalidad de la dieta, los alimentos y efectos sobre la enfermedad, de esta manera se crea un refuerzo positivo (LALONDE, 1974) que impulsa una reacción en cadena de hábitos alimenticios saludables.

Por consecuencia, el colectivo, crea comparaciones que le permiten conocer las ventajas y desventajas de cada tratamiento, potenciando el valor de la

dieta como aquel instrumento que no tiene efectos secundarios sobre algún otro órgano cuando se practica sanamente (ASCHNER, 2016). Es así que la dieta se convierte en un elemento indispensable para el bienestar y el control de la enfermedad (OMS, 2016b).

Respecto al paciente con *DMT2 sin control*, añade un significado propio a las acciones tomadas referentes a la dieta como, *no soy creyente de lo naturista, el Herbalife, no puedo llevar la dieta*, siendo, la dieta, un tratamiento que está basado en las propiedades nutricionales de los alimentos, no es considerado como naturista, por lo que el colectivo, al carecer de información, considera que no hay un porqué realizar una dieta, es decir, aun no existe concientización en el paciente con DMT2. De esta manera, el reconocimiento por parte del colectivo hacia lo que es la dieta, siendo natural, requiere de conocimiento específico que no se basa en la “funcionalidad alimentaria” (GONZALES, 2016; HERMANN, 2017), por lo cual, el colectivo, da mayor importancia a productos comerciales (sin sustento científico) que en lugar de combatir la enfermedad, combaten la salud, acelerando el proceso de aparición de complicaciones y centrándose solamente en el peso.

Lo anterior condiciona a una reflexión meramente educacional y socioeconómica, puesto al alcanzar un estado de desinformación, el colectivo, se inclina más por productos que no están dentro de sus posibilidades económicas. Acorde a Rodríguez (2014b), el apoyo micro social es un elemento sustancial en el control de la enfermedad, pero que en este caso el paciente refiere como un punto de quiebre y rompimiento de la dieta, creando frustración y terminando en el abandono de la misma, debido a que el colectivo no puede dejar de consumir en exceso, de todo tipo de alimentos y lugares cuando hay más personas durante un tiempo de comida que lo acompañen.

3.5 POSICIÓN Y RELACIÓN

La categoría Posición y Relación se refiere a las relaciones de poder influyentes en el colectivo, los cuales, crean algún tipo de conflicto en el mismo. Es

decir, quien toma las decisiones por sobre el paciente con *DM con control* respecto a la dieta, asociando los discursos, *mi esposa, hijas/os, familia me apoyan y cuidan, y los doctores sugieren lo que debo de hacer, me han enseñado a jugar con los alimentos*. Estos discursos giran en torno a un sentido de toma de decisiones pero enfocadas hacia la ayuda y el cuidado, distinto a lo que Foucault planteaba en cuanto a biopoder, los actores más comunes dentro de este colectivo son la familia y el equipo en salud [medico/a].

De acuerdo a Rodríguez (2014), la familia juega un rol importante en la adherencia a la dieta y la correcta practica al sentirse parte de la misma familia y no de forma aislada o como se suele afirmar que es un proceso meramente individual en donde el paciente debe hacerse consiente de su propia enfermedad y llevar el tratamiento por sí mismo. Dicho entorno, motiva al colectivo a realizar las acciones detalladas en cuanto a los tratamientos se refiere (GOMES-VILLAS, 2012; HUGUES, 2016) con un cuidado específico y centrado en el bienestar del paciente, con lo cual la dieta toma un sentido de capital cultural en un nivel micro (BOURDIEU, 2009), puesto que es parte de una práctica micro social que ya es parte de un patrimonio internalizado y genera estilos de vida saludables como parte de la biocultura. De aquí, que, la posición de la dieta está centrada en un eje donde la DMT2 se adaptará, sin el hecho de una subyugación, sino de voluntad.

Distintamente a los discursos en pacientes con *DMT2 sin control* respecto a la dieta que refieren los discursos, *mi marido, esposa, hijos/as, familia me quieren lo que me gusta, no me dejan comer, y los doctores me quieren dar el mismo medicamento*, de acuerdo a Foucault (1976), las formas de subyugación en cuanto al colectivo embonan acorde a la familia y el equipo en salud, primeramente la familia puesto que es la sociedad con la que convive diariamente el colectivo y con quienes tiene un sentido de prohibición y limitación respecto a lo que el colectivo desea y/o quiere comer, por otro lado se encuentra el equipo en salud quien es el generador del mismo tratamiento sin brindar opciones al paciente (VÁZQUEZ, 2016), creando un modelo de carencia de información e incluso el

desconocimiento total en cuanto a la enfermedad y sus posibles tratamientos, dejando sin opciones al colectivo lo cual repercute en las relaciones sociales en cuanto a prácticas dietéticas, guiándose ciegamente por los promotores informales en "nutrición" (Herbalife®, gimnasios, naturistas etc.).

Sin embargo, el núcleo familiar, en este colectivo, tiene un impacto negativo al tener el mismo problema de carencia de información, considerando no un apoyo sino una limitante en el control de la enfermedad y adaptación de la dieta, así como, al tratamiento farmacológico, que involucra una sujeción inconsciente que se ve reflejada en las decisiones que se toman en torno a la alimentación y emergen en la dieta (GONSALEZ, 2016).

Para el *análisis de los discursos*, y encontrar la dinámica de la estructura del núcleo con su periferia de las representaciones sociales en relación a dieta, se utilizó el software Iramuteq, en el cual se procedió a una base de datos, los cuales fueron los discursos de forma tipificada, se separaron en dos grupos correspondientes a DMT2 con control y DMT2 sin control con sus respectivas categorías, se adoptó el formato requerido para procesar la información de forma correcta sobre el software y, finalmente, se procedió a la generación de las figuras, las cuales se interpretan a continuación, acorde al dinamismo que los elementos presentan y sus relaciones con los nexos involucrados e interpretando los elementos interdependientes de acuerdo a la decodificación, estructura, función y orientación de prácticas sociales, situando según el modelo de Abric, el inicio y el final de los juicios respecto al objeto (la dieta) para así obtener un modelo de determinación interpretativo.

En la Figura 1, se representa la relación discursiva respecto a la dieta en la DMT2 con control asociándose de manera general a alimentarse, no comer en exceso, satisfacer una necesidad, económico, dieta sana, limpia, sin sal y asociándolo al ejercicio, 5 tiempos, núcleo de convivencia, estar balanceado, mantenerme, controlar, sentirme bien, sano, alegre, no subir de peso, para vivir más tiempo en familia, sano y alegre,

enfermedad, vivir y compartir en un entorno familiar, no subir de peso, el licuado de nopal, menos daño que el medicamento, natural, sentirse mejor y estar mejor, mi esposa, hijas/os, familia me apoyan y cuidan, y los doctores aconsejan lo que debo de hacer, he aprendido a jugar con los alimentos, respecto a la asociación de núcleo a periferia, estos juegan un dinamismo en torno a la educación, el conocimiento de las prácticas de una dieta saludable y concientización en la enfermedad; representado en comer verdura, fruta, preparación, es buena, se practica en casa, es vida, se lleva, se gusta, es diversa en alimentos, se consume agua, es rica, representa un estado, se practica en compañía, y es caracterizada por el cuidado, no excederse, es respetar, se practica en grupo, repercute económicamente, es una necesidad, debe ser constante etc., por lo tanto la dieta se reconfigura en una práctica meramente social con repercusión fisiológica e influenciada en gran manera por la educación y la economía (como ingreso per cápita y accesibilidad alimentaria).

De acuerdo al análisis de los discursos, respecto a núcleo y periferia en relación a dieta, acorde a la DMT2 sin control. En la figura 2, se representa la relación discursiva respecto a la dieta en la DMT2 sin control asociándose a no comer/evitar, difícil, complicada, imposible y morirse/quedarse con hambre, algo que te van a obligar a hacer, comer cosas demasiado caras, no nos alcanza, salario insuficiente, sentirme satisfecha, comer lo que se tenga, no hay horas para comer, sola(o), rápido, los horarios son fijos y es difícil, yo no llevo dieta, compro en la calle un Herbalife, no se puede combatir con los hábitos, tendría mejor calidad de vida, saludable, si no me muero de la enfermedad me muero de hambre o de la insatisfacción, no contribuye mucho, pero sí de manera negativa el pan, grasas o dulces, tendría mejor calidad de vida y saludable, elemento relevante, primero me muero de hambre, estado saludable, no soy creyente de lo naturista, el Herbalife, no puedo llevar la dieta, mi marido, esposa, hijos/as, familia me quitan lo que me gusta, no me dejan comer, y los doctores me quieren dar el mismo medicamento, de acuerdo a la asociación de núcleo a periferia, el dinamismo está centrado en la economía, la des-información, la ideología, las prácticas inmediatas y las relaciones de poder (familia-sujeto-médico); representando el significado directo en comer asociado dinámicamente a café, azúcar, pan, mal, menos, torta o tortillas, morir de hambre, se practica solo, influye el doctor, la familia, es evitar, es difícil, es cara, morir, mandar, trabajo, porciones, dejar, etc., por lo tanto la dieta se reconfigura en una práctica meramente económica de dificultad e imposibilidad, además esta limitante, con repercusión social y fisiológica e influenciada en gran manera por la educación, la sociedad, ideología, cultura, propósitos y relaciones de poder.

Figura 1 – Asociación referente a Dieta en DMT2 con control



Fuente: Propia.

Figura 2 – Asociación referente a Dieta en DMT2 sin control



Fuente: Propia.

Con lo anterior, se puede afirmar que la dieta en la DMT2 con control esta construida sobre los pilares de un equilibrio tanto nutricional como social que, junto con los factores influyentes como economicos y educacionales, existiran variantes mínimas de las prácticas en torno a la dieta que tienen impacto sobre el control de la enfermedad. Por otra parte la dieta en la DMT2 sin control, gira en torno a la imposibilidad económica en primer lugar, con una carga ideologica de dificultad, poco o nulo apoyo familiar, subyugación por parte del equipo en salud, limitación alimentaria y prácticas sociales carentes (convivencia, ejercicio, trabajo etc.).

Es así, que, las representaciones sociales de la dieta en los pacientes con DMT2 con y sin control se esclarecen en un estado de contraposición, donde, la construcción difiere de las practicas en torno a la dieta como actividad primordial en la enfermedad, un sentido de identidad alimentaria superpuesto en relación a la cultura por contextualización dietética

y las relaciones de poder en cuanto a perspectivas del colectivo con control al colectivo sin control, sin embargo, las características en donde se encuentran ligeras similitudes son las representaciones sociales relacionadas al propósito de acuerdo al sentido común que el colectivo construye alrededor de la dieta con un significado positivo y/o negativo y, en menor grado, los valores en relación a la funcionalidad dieto-alimentaria; finalmente, en ambos casos, el peso recae en la economía como base fundamental de la práctica dietética y, por otro lado, relacionada al acceso de la diversidad alimentaria.

4 CONCLUSIONES

Esta investigación devela las representaciones sociales de la dieta en la DMT2 de forma comparativa entre controlada y sin control, la dieta, en la DMT2, se reconstruye sobre la cultura y sociedad, puesto que de ellas emana el sentido común y contextualización de la alimentación pero donde se halla el reflejo de determinantes sociales que afectarán de manera positiva o negativa la identidad de la dieta, su actividad, su propósito, las normas y valores, la posición y relación, rodeadas en un entramado sociopolítico y económico, que transforma la concepción de la dieta y recae en la alza de la enfermedad, es así, que, las representaciones se contraponen en discursos que difieren discursivamente en las prácticas que se retoman hacia la dieta con una carga económica, principalmente, lo cual dilucida el estrato social, razón por la que se denota un estado de pobreza y supervivencia pese al desinterés que las políticas muestran en cuanto a seguridad alimentaria y también en cuanto a educación se refiere, revelando los propósitos que la dieta tiene sobre el colectivo, reconstruyendo una dieta completamente descontextualizada y desregionalizada, donde no se consideran hábitos ni estilos de vida de la población, lo que recae en las relaciones de poder, que por un lado, se encuentra el biopoder contrario a Foucault, de manera positiva, donde se ayuda, se apoya, se dirige, se guía, contrastando con

el colectivo con DMT2 sin control por: me mandan, me imponen, me obligan, me dan, es decir que la dieta se reconfigura en la carencia económica, la desigualdad y pobreza y, por último, la falta de educación.

Las similitudes entre las representaciones sociales de la dieta entre ambos grupos reside principalmente en que ambos consideran a la dieta como una acción meramente fisiológica, llevando al colectivo a conocer el objetivo de una dieta en distintos aspectos (control de peso, control metabólico, control de síntomas, etc.), sin embargo, las diferencias es cómo del núcleo central de las RS de la dieta interactúa con la periferia, generando un dinamismo entre a) tipos de alimentos, distinguiéndose el consumo de los alimentos naturales de los industrializados, así como, de los alimentos con tipos de cocciones que conservan de mejor manera las propiedades organolépticas y administrando la mayor parte de nutrientes (al vapor, asado, hervido etc.) contrario a los discursos en DMT2 descontrolados como las prácticas capeados, fritos, al carbón, entre otros; b) tipos de prácticas junto con la dieta, es decir, la práctica de ejercicio y paseos recreativos, distinto a las prácticas en DMT2 sin control como la vida sedentaria, sin prácticas de ejercicio o actividad física; c) relaciones de poder, que bien pueden diferenciarse por las relaciones positivas que comprenden apoyos, información, concientización, cuidado y armonía familiar, contrariamente a la DMT2 sin control en relaciones nocivas que comprenden las limitantes en relación al tratamiento (la dieta incluida) en no haber apoyo familiar, existe desinformación y mal información, desinterés por la propia salud y los tratamientos, representa dificultad, imposibilidad y adquieren conductas de estilos de vida no saludables; d) propósitos, en relación al conocimiento y como les puede ayudar la dieta, es decir, en DMT2 con control el propósito es estar bien, sentirse bien a través de los alimentos saludables y en DMT2 sin control no tiene importancia, no es relevante y no se considera un tratamiento, además de no ser relevante ni tener impacto en la enfermedad, y e) representación se una identidad mexicana, es decir el consumo de cereales regionales, dentro de la región, en DMT2 con control

es un consumo moderado e incluso tiene formas de preparación, por el contrario, en DMT2 sin control, la dieta es restrictiva, limitante y por raciones pequeñas.

De esta forma se proponen distintas líneas a investigar, para conseguir una dilucidación más completa del fenómeno dietético del colectivo respecto a la DMT2, considerando al respecto la representación de la dieta acorde al sentido común respecto al colectivo profesional, es decir, los profesionales en nutrición.

REFERENCIAS

- ABRIC, J. C. L'approche structurale des représentations sociales: développements récents. **Psychol soc**, v. 2, n. 4, p. 81-104, 2001.
- ABRIC, J. C. La recherche de noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In: ABRIC, J.C. **Méthodes d'étude des représentations sociales**. Toulouse: Édition ERES, p. 59-80, 2005. Disponible en: <http://www.cairn.info/methodes-d-etude-des-representations-sociales--9782749201238.htm>. Acceso en: 15 nov 2017
- ASCHNER, P. M. *et al.* Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. **Colombia Médica**, v. 47, n. 2, p. 109-30, 2016.
- BOURDIEU, P. **La eficacia simbólica; Religión y política**. Edición. Buenos Aires: Biblos, 2009.
- CANGUILHEIM, G. **Le normal et le pathologique**. Buenos Aires: Siglo veintiuno Argentina editores, 1971.
- CASAS, D. P. *et al.* Representaciones sociales de Dieta en pacientes con enfermedad crónica no transmisible. **iMedPub Journals**, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2016.
- CASAS, D. P. *et al.* Social Representations of the Diet in Patients with Diabetes Mellitus. **Divers Equal Health Care**, v. 14, n. 2, p. 46-52, 2017.

CNEGSR – Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. **Diabetes y Embarazo:** Lineamiento Técnico. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Secretaría de salud. 2017. Disponible en: <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/LineamientoDiabetesyEmbarazo.pdf>. Acceso en: 08 mar 2018

CONEVAL – Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. **Diagnóstico del avance en monitoreo y evaluación en las entidades federativas.** 2017. Disponible en: http://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Diagnostico_2017/Diagnostico_ME_2017.pdf. Acceso en: 08 mar 2018

ENSANUT – Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de salud. **Resultados por entidad federativa:** Estado de México, 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/EstadoMexico-OCT.pdf>. Acceso en: 08 mar 2018

ENSANUT MC – Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de salud. **Informe Final de Resultados.** 2016. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>. Acceso en: 08 mar 2018

FAO – Food and Agriculture Organization of the United Nations. **Crecimiento económico mundial, inversiones, comercio y precio de los alimentos.** El futuro de la alimentación y la agricultura. Tendencias y desafíos. 10-14, 2017. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i6881s.pdf>. Acceso en: 14 mai 2018

FAO – Food and Agriculture Organization of the United Nations. **Papel de la FAO en la nutrición. Nutrición.** Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2018. Disponible en: <http://www.fao.org/nutrition/es/>. Acceso en: 14 mai 2018

FOUCAULT, M. **Historia de la sexualidad 1. La voluntad del saber.** México, DF: Siglo XXI Editores, 1976.

GIL, A.; MARTINEZ, V. E.; OLZA, J. Indicators for evaluation of diet quality. **Nutr hosp**, v. 31, n. 3, p.128-144, 2015.

INEGI. **Número de habitantes.** Población: Estado de México. 2015. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/poblacion/>. Acceso en: 20 nov 2017

INEGI. **Encuesta intercensal** 2015. 2015. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/escolaridad.aspx?tema=P>. Acceso en: 20 nov 2017

INEGI. **Sistema de Salud mexicano:** datos. 2017. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/salud/presentacion.aspx>. Acceso en: 08 mar 2018

INSP – Instituto nacional de salud pública. **Sabes cómo llevar una buena alimentación?** 2012.

MEDINA-PÉREZ, E.A. *et al.* Diabetes Gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. **Med Int Méx**, v. 33, n. 1, 91-98, 2017.

MOSCOVICI, S. Representaciones sociales: Teoría y métodos. In: Ibañez, T. **Ideologías de la vida cotidiana.** Barcelona, España: Editorial Sendai, 1988.

MOSCOVICI, S. The phenomenon of social representations. In: Duveen, G. (ed.). **Social representations. Explorations in social psychology.** New York: University Press, 2001.

NOM-015-SSA2-1994. MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, **Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la**

diabetes. Secretaría de Salud. 2000. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>. Acceso en: 05 mai 2018

OECD **Diabetes prevalence**, in Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2017. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-15-en. Acceso en:

OMS – Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. **Diabetes:** nota descriptiva. Ginebra: OMS. 2016a. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>. Acceso en: 07 feb 2018

OMS – Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. **Diabetes.** México: OMS. 2016b. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex_es.pdf?ua=1. Acceso en: 18 mai 2018

RATEAU, P.; LO MONACO, G. La teoría de las representaciones sociales: Las orientaciones

conceptuales, campos de aplicaciones y método. Medellín, Colombia. **CES Psicología**, v.6, n.1, p. 22-42, 2013.

RODRÍGUEZ, A. *et al.* Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México. **MEDWAVE**, v. 14, n. 7, p. 1-9, 2014.

SALDAÑA, I. Golpe a familias; se encarece canasta básica en enero. **El Universal**. Publ. en: 06 jan 2018. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/cartera/economia/golpe-familias-se-encarece-canasta-basica-en-enero>. Acceso en: 19 mai 2018

SEP – Secretaría de Educación Pública. 135 Delegación Federal de la Secretaría de Educación Pública en el Estado de México. 2017. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/253689/UR_135_delegacion_federal_de_la_sep_en_el_estado_de_mexico_16-JUL-2017.pdf. Acceso en: 07 feb 2018

Recebido em: 17 de Agosto de 2018
Avaliado em: 12 de Setembro de 2018
Aceito em: 1 de Outubro de 2018

1 Universidad Autónoma del Estado de México.
E-mail: lacamaraia@gmail.com

2 Universidad Autónoma del Estado de México.
E-mail: capo730211@yahoo.es

3 Universidad Autónoma del Estado de México.
E-mail: angelesmm_3@hotmail.com

4 Universidad Autónoma del Estado de México.
E-mail: ysrepizo@yahoo.com.mx

5 Universidad Autónoma del Estado de México, Instituto Mexicano del Seguro Social UMF 73 Amecameca. E-mail: aledefra2013@gmail.com

Aportación desde la mirada de la Sociología de la Salud

De acuerdo a la investigación realizada, los conocimientos que pueden ser considerados respecto a la mirada de la sociología de la salud, se agrupan de la siguiente manera en forma de propuestas:

- **Generación de estudios con perspectiva social:** En la generación del conocimiento, tanto en áreas multidisciplinarias como transdisciplinarias, se pretende alcanzar un estado óptimo de perspectivas que permitan dilucidar los fenómenos sociales respecto al proceso salud/enfermedad/atención, de esta manera, los estudios científicos no muestran las suficientes evidencias que permitan una panorámica completa de cualquier fenómeno en salud. Es así, que, las investigaciones científicas deberían conformarse desde un mayor número de paradigmas cualitativos para un mejor desarrollo y abordaje a problemáticas actuales puesto que los retos del pasado sobrepasan en factores y determinantes a la época actual, lo cual serviría y contribuiría a la adaptación de soluciones que podrían dar pie a la generación de salud y atenuar los índices de enfermedad. Proponiendo que en la investigación se aborden paradigmas cualitativos para la mejor comprensión de cada temática y se tenga una panorámica completa y real del problema.
- **Recrear y/o contemplar la realidad social en salud:** Las políticas en salud determinan la forma de proceder del personal en salud dependiendo de la atención que se requiera, mas no se cuenta con la información necesaria para la atención en salud, es decir, que el proceso salud/enfermedad/atención está siendo abordado solamente desde la perspectiva biológica y se requiere, de acuerdo a la definición de salud de la OMS, que tales preceptos estén acordes a cada rubro. De tal manera como se aborda el aspecto biológico también se integre el aspecto psicológico y social, los cuales son pilares fundamentales para alcanzar una planeación plena en los procesos salud/enfermedad/atención tomando en cuenta la información del colectivo, los cuales son los que viven y sufren la enfermedad.
- **Trabajar en conjunto con la DMT2 hacia el “consumo dietético consciente”:** La información referente, en estudios científicos, no solo sirve para la actualización sino para un correcto y mejor abordaje del proceso salud/enfermedad/atención. Tantos son los estudios referentes a educación, tratamientos, políticas, programas, estilos de vida, ambientes en salud, etc., pero que al mismo tiempo, en el colectivo en salud se

muestra una anomia, la cual hace referencia al completo desinterés del equipo en salud una vez que se encuentra frente al paciente. De esta forma, el **consumo dietético consciente**, hace referencia a la educación en cuestiones de enseñar al paciente acerca de la enfermedad y tratamientos para que sea un **paciente autónomo** y, así, genere estilos de vida saludables.

- Procesos dietológicos y puntos reflexivos: 1) La información en nutrición es muy basta, pero hace falta añadir organismos regulatorias para políticas en salud nutricional, por lo que los instrumentos en materia de nutrición tanto institucionales como individuales, se propone integrarlos como instrumentos sociales al incorporar dentro de su desarrollo, aplicación, resultados y análisis, aspectos meramente cualitativos que es en donde realmente se observa la realidad y contribuye para la propuesta de soluciones y contextualiza de mejor manera los instrumentos cuantitativos que existen, 2) La dieta se (re)construye sobre la cultura y sociedad, de esta manera la educación y las prácticas tanto macro como microsociales deben ser extensivas en una política abierta de propuestas de lo micro a lo macro, es decir, propuestas políticas que surjan del propio colectivo para su implementación nacional generando la cobertura de necesidades reales que este colectivo sufre en su diario vivir, 3) Prácticas dieto-alimentarias con carga económica, siendo que el ingreso per cápita es un ingreso escaso y carente, los salarios deben adecuarse a los cambios globales del comercio que bien podría colaborar para que en un punto mínimo pudiesen cubrir las necesidades básicas reales, 4) Descontextualización y desregionalización de la dieta, ya que el desapego de hábitos, costumbres y tradiciones se da a través de la globalización, se comprende que el tipo de alimentación por la era de la hipermodernidad, modifica patrones de consumo que considera la aparición de diversos tipos de enfermedades y condicionan a la población a adquirir y a sufrir una enfermedad, y 5) Dialéctica discursiva: tipología alimentaria, prácticas, relaciones de poder, propósito dietético e identidad dietética, que se encuentra anclado propiamente al lenguaje del profesionista pero que al mismo tiempo se tiene desconocimiento al pensar que son sinónimos, por lo que una situación de confusión generaría apropiación de información incorrecta hacia aquellos que demanden el servicio por un profesional de la nutrición, dietética y alimentación, primeramente, y propiciaría un tratamiento dietético carente e incorrecto.
- Aumentar beca a estudiantes de posgrado.

Referencias Bibliográficas

- Abric, J.C. (2001). L'approche structurale des représentations sociales : développements récents. En : Psychologie et société. (81-106). Aix-en-Provence. (versión digital en http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34799735/Abric - Unknown - _Lapporte structurale des representations sociales developpements recents.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1476828762&Signature=%2BDa5wlaPermvYLntTVK4qvnurag%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAbric - _sobre_questoes_atuais_do_nucleo.pdf)
- Abric, J.C. (2003). De l'importance des représentations sociales dans les problèmes de l'exclusion sociale. En: Exclusion sociale, insertion et prévention. (11-19). Toulouse: (ÉRÈS).
- Abric, J.C. (2005). La recherche de noyau central et de la zone muette des représentations sociales. En: Méthodes d'étude des représentations sociales. (59-80). Toulouse: (ÉRÈS). (versión digital en <http://www.cairn.info/methodes-d-etude-des-representations-sociales--9782749201238.htm>)
- Alfonso, P.I. (2007). La teoría de las representaciones sociales. [versión electrónica]. Psicología Online. Recuperado el 12 de Octubre de 2016, de http://www.psicologia-online.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml
- American Diabetes Association. (2014). Datos sobre la Diabetes. Recuperado de <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/datos-sobre-la-diabetes/?referrer=https://www.google.com.mx/>
- Aranda, P.S. (2014). Alimentación en México. Cuicuilco, 21(61), 373-378. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35135452019>
- Boggi, C.P. & Iannaccone, A. (1993). Représentations sociales et construction de connaissances. Recuperado el 11 de octubre de 2016, de http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR1993/2_1993Boggi.pdf
- Bril, A. Combettes, M. Huet-Gihr, D. (Septembre 2013). Repenser le traitement du diabète pour mieux soigner les patients. Med Sci (Paris), 29(8-9), 683-684. Doi: <http://dx.doi.org/10.1051/medsci/2013298001>
- Bustani, B. O. (2016). Alimentación, todo un tema. En: La crisis alimentaria y la salud en México. (256-277). México, Distrito Federal. (Castellanos editores).

- Cadre de Santé. La théorie des représentation sociales. Recuperado de http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/representation_sociale_MJLP.pdf
- Cárcamo, V.G.I. Mena, B. Carmen, P. (2006). Alimentación saludable. Horizontes Educativos, (11). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97917575010>
- Casas, D., Rodríguez, A. (2014 a). Significado de la dieta en pacientes con obesidad. Ciencia desde el occidente, 1. 53-60.
- Casas, D. Oliveira, C.C. Torres, A.R. Contreras, G.L. Martínez, M.M.A. (2015). Representaciones sociales de la dieta en pacientes con obesidad: caso internacional México (Chalco) / Brasil (Aracaju). Parte I. Medigraphic, 7(1), 34-41.
- Casas, D. Oliveira, C.C. Torres, A.R. Contreras, G.L. Martínez, M.M.A. (2015). Representaciones sociales de la dieta en pacientes con obesidad: caso internacional México (Chalco) / Brasil (Aracaju). Parte II. Medigraphic, 7(2), 77-84.
- Casas, D. Alves de Oliveira, W. Torres, A.R. Oliveira, C.C. Ibarra, A.M.D. Torales, A.P.B. Martínez, M.M.A. (2016 a). Representaciones sociales de Dieta en pacientes con enfermedad crónica no transmisible. iMedPub Journals, 12(1), 1-9.
- Casas, D., Rodríguez, A., Jarillo, E.C. (2016 b). Alimentación y nutrición, tres vertientes para su comprensión. MEDWAVE, 2(16), 1-6.
- Catalogo universal de servicios de salud CAUSES. (2016). Comisión nacional de protección social en salud. Seguro popular. Secretaría de salud. Recuperado de <http://www.seguropopularjalisco.gob.mx/pagina/images/causes.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2017). Diagnóstico del avance en monitoreo y evaluación en las entidades federativas, 2017. Recuperado de http://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Diagnostico_2017/Diagnostico_ME_2017.pdf
- Consejo de Salubridad general. (2012). Guía de práctica clínica. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. Guía de referencia rápida. Recuperado de <http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/27317/RR.pdf>
- Consejo de Salubridad general. (2012). Guía de práctica clínica. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2

en adultos en el primer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones. Recuperado de <http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/27318/ER.pdf>

- Cristóbal, B. (2008). Aproximación a la sociología de la alimentación. Departamento de Sociología II (Estructura social). Distribución y consumo. UNED, 18-27. Recuperado de http://www.magrama.gob.es/ministerio/pags/biblioteca/revistas/pdf_DYC/DYC_2008_97_18_27.pdf
- Czjzek, M. Gaëlle, C. Gurvan, M. (Octubre 2010). Sommes-nous ce que nous mangeons? Le transfert de gènes du milieu marin vers la microflore intestinale chez les Japonais. *Med Sci (Paris)*, 26(10), 811-813. Doi: <http://dx.doi.org/10.1051/medsci/20102610811>
- DiabetIMSS. (2014). Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de <http://www.salud.carlosslim.org/diabetimss-busca-mejorar-calidad-de-vida-de-enfermos-con-diabetes/>
- Durkheim, E. (1898). “Representations individuelles et representations collectives”, *Sociologie Philosophie*, PUF, Paris.
- ENSANUT. (2012). Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de salud. Resultados por entidad federativa: Estado de México. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/EstadoMexico-OCT.pdf>
- ENSANUT MC. (2016). Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de salud. Informe Final de Resultados. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- ENSANUT MC. (2016). Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de salud. Informe Final de Resultados. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Recuperado de http://transparencia.insp.mx/2017/auditorias-insp/12701_Resultados_Encuesta_ENSANUT_MC2016.pdf
- FAO. Alimentación saludable. Recuperado de <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s02.pdf>
- FAO (2018). Papel de la FAO en la nutrición. Nutrición. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Recuperado de <http://www.fao.org/nutrition/es/>

- Federación Mexicana de Diabetes. (2013) Estadísticas Diabetes. INEGI. Recuperado de <http://fmdiabetes.org/estadisticas-diabetes-inegi-2013/>
- Filion, M. (2005). Les représentations sociales et culturelles. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE APPLIQUÉE AU CORPUS DES MÉMOIRES ÉCRITS DÉPOSÉS DANS LE CADRE DES COMMISSIONS D'ÉTUDES. [versión electrónica]. Textes de méthodologie. 01. Recuperado el 13 de octubre de 2016, de http://www.ieim.uqam.ca/IMG/pdf/metho_2005-01-Filion.pdf
- Gil, A. Martinez, V.E. Olza, J. (2015). Indicators for evaluation of diet quality. *Nutrición hospitalaria*, 31(3), 128-144. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309238519018>
- Gonzales S.S.R et al. (2012). Un estudio del etiquetado nutricional. *Culcyt nutrición*. (47). 39-52. Recuperado de <http://openjournal.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/viewFile/170/164>
- Guazo D. (2016). Datos epidemiológicos de la Diabetes Mellitus. *El Universal*. Sección Investigaciones Especiales. 15 de noviembre del 2016. Link: <http://interactivo.eluniversal.com.mx/2016/muerte-por-enfermedades-en-mexico/>
- Gutiérrez, S.V. (2016). Diferentes aproximaciones metodológicas para el estudio de las representaciones sociales. En: *Representaciones sociales, campo jurídico y conciliación en equidad: Aproximaciones teórico-metodológicas para su estudio*. Temis S.A. Bogotá, Colombia. 2016, 6-41pp.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: Wiley. Recuperado el 15 de octubre de 2016, de https://www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/Theory%20Clusters/Public%20Relations,%20Advertising,%20Marketing%20and%20Consumer%20Behavior/attribution_theory/
- IMSS (2017). Directorio de instalaciones del IMSS. Gobierno de la República. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/directorio>
- INEGI (2011). Síntesis metodológica de las Estadísticas vitales. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México, 2011.
- INEGI (2015). Principales resultados de la encuesta Intercensal 2015, Estados Unidos Mexicanos. Encuesta Intercensal 2015. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Mexico, 2015. Recuperado de

http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825078966.pdf

- Instituto nacional de salud pública. ¿Sabes cómo llevar una buena alimentación? Recuperado de http://bcnslp.edu.mx/antologias-rieb-2012/preescolar-i- semestre/DFySPreesco/Materiales/Unidad%20A%202_DFySPreesco/RecursosExtra/dieta.pdf
- Ibañez, T. (1988) “Representaciones sociales: Teoría y métodos”. Ideologías de la vida cotidiana”. Editorial Sendai, Barcelona, España.
- informaciontotal.com.mx. (2015). PROGRAMA DE SEGURO POPULAR HERRAMIENTA PARA CONTROLAR Y DETECTAR DIABETES. Recuperado de <http://netnoticias.mx/2015-11-14-be0bdec4/-programa-de-seguro-popular-herramienta-para-controlar-y-detectar-diabetes-/>
- Instituto de Salud del Estado de México. (2017). Centros de Atención al Diabético (CAD). Recuperado de <http://salud.edomexico.gob.mx/html/CAD.html>
- Jodelet, D. (1989). Representations Sociales. PUF, París.
- Jodelet, D y Guerrero, A. (2000) Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales. (Coord.) UNAM, Facultad de Psicología, México.
- Jodelet, D. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. Cultura y representaciones sociales. Un espacio para el dialogo transdisciplinario. 6(5).
- Jodelet, D. (2010). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. Pensamiento y vida social. Recuperado el 18 de octubre de 2016, de <https://sociopsicologia.files.wordpress.com/2010/05/rsociales-djodelet.pdf>
- Jodelet, D. (2011). Aportes del en foque de las representaciones sociales al campo de la educación. Espacios en Blanco. Serie indagaciones. 21, 133-154. Recuperado el 17 de octubre de 2016, de <http://www.scielo.org.ar/pdf/eb/v21n1/v21n1a06.pdf>
- Jodelet, D. (2015). Lectura abierta. Recuperado de <http://www.lectura-abierta.com/representacion-social-denise-jodelet/>
- Labie, D. Ferré, P. (Février 2007). À votre santé!. Med Sci (Paris), 23(2), 122-122. Doi: <http://dx.doi.org/10.1051/medsci/2007232122>
- Lahlou, S. (1995). Penser Manger. Les représentations sociales de l'alimentation. Recuperado el 10 de octubre de 2016, de <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00167257/document>

- Lejavitzter, L.A. (2016). Dieta saludable, alimentos puros y purificación en el mundo grecolatino. *Nova Tellus*, 33(2), 109-121. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59146029007>
- Mannoni. P. (). Les représentations sociales. Recuperado el 11 de octubre de 2016, de <http://197.14.51.10:81/pmb/Que%20sais%20je/Sociologie/les%20representations%20sociales%20-%20Mannoni%20Pierre.pdf>
- Marchal, J. Perret, M. Aujard, F. (Décembre 2012). La restriction calorique chez les primates. *Med Sci (Paris)*, 28(12), 1081-1086. Doi: <http://dx.doi.org/10.1051/medsci/20122812018>
- Martín-Payo, R. et al. (2016). Adherence to healthy diet and physical activity in clinical patients. *Psicothema*, 28(4), 457-464. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72747804015>
- Materán, A. (2008). Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa. [versión electrónica]. *Geoenseñanza*. 19(2), 243-248. Recuperado el 18 de octubre de 2016, de <http://www.redalyc.org/pdf/360/36021230010.pdf>
- Más vale prevenir, Chécate, Mídete, Muévete. (2014). Secretaría de Salud. Recuperado de <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/checate.html>
- Mora, M. (2002) La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2. 1-25. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>
- Moragas, R. (1976). *Revista de sociología*. Enfoque sociológico de diversas concepciones de salud. 5, 31-54. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/papers/article/viewFile/24595/56378>
- Morán, F.L.J. et al. (2015). Diet history: Method and applications. *Nutrición hospitalaria*, 31(3), 57-61. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309238519009>
- Nardin, A. (Février 2015). Regards sur l'alimentation des personnels hospitaliers. *Med Sci (Paris)*, 21(2), 198-202. Doi: <http://dx.doi.org/10.1051/medsci/2005212198>
- Navas, A.A. (2016). Ley para la Prevención, Tratamiento y Combate del Sobrepeso, Obesidad y Trastornos Alimentarios del Estado de México y sus Municipios. En *Péridico Oficial: Gaceta del gobierno*. Toluca de Lerdo, México. Recuperado de http://www.salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/DECRETO_ley-prevencion.pdf

- NOM-015-SSA2-1994.(2000) MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>
- NOM-037-SSA2-2002. (2002) NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/037ssa202.html>
- NOM-043-SSA2-2005. (2006) NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/043ssa205.pdf>
- NOM-169-SSA1-1998. (1999) NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-169-SSA1-1998, PARA LA ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A GRUPOS DE RIESGO. Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/169ssa18.html>
- NOM-174-SSA1-1998. NORMA Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad. Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>
- Nutrición alimentación. Tipos de Dietas [en línea]. Recuperado de <http://nutricion.nichese.com/tiposdedietas.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Alimentación sana. Nota descriptiva N°394. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Centro de prensa. Diabetes: nota descriptiva. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Centro de prensa. Diabetes, México:OMS. Recuperado de http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex_es.pdf?ua=1
- Parnet, P. et al. (2016). L'expérience sensorielle et nutritionnelle des parents et leur état métabolique orientent le comportement alimentaire de leur descendance. Med Sci (Paris), 32(1), 85-92. Doi: <http://dx.doi.org/10.1051/medsci/20163201014>
- Perea, M. (1999). A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. Recuperado el 11 de octubre de 2016, de

<http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/02P075.pdf>

- Plan de Desarrollo Nacional 2013-2018. Gobierno de la Republica. Recuperado de <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>
- Plan Sectorial en Salud 2013-2018. (2012). Gobierno de la Republica. Recuperado de <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Programa%20Sectorial%20de%20Salud%202013-2018.pdf>
- Powers, A.C. (2006). Diabetes mellitus. En Harrison, T.R. et al. (McGraw Hill). Harrison Principios de Medicina Interna (2367-2397). México: McGraw Hill. 16ª Edición.
- Programa de Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE). (2011). Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Recuperado de <http://sgm.issste.gob.mx/medica/diabetes/doctos/Curso%20de%20Induccion%20al%20MIDE/Introduccion%20al%20programa%20MIDE.pdf>
- Prospéro-García, O. et al. (2013). Inteligencia para la alimentación, alimentación para la inteligencia. Salud Mental, 36(2), 101-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58226224002>
- Rojo, P.N. & García, G.R. (2000). Revista Cubana Salud Pública. Sociología y Salud. Reflexiones para la acción. 24(2), 91-100. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol26_2_00/spu03200.htm
- Rodríguez, A. Camacho, E.J. Escoto, M.C. Contreras, G. Casas, D. (2014 b). Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México. MEDWAVE, 14(7), 1-9.
- Rodríguez, M.A. (Martes 7 de Marzo del 2017). Orientan sobre nuevo etiquetado. El economista. Recuperado de: <http://eleconomista.com.mx/industrias/2017/01/16/orientaran-sobre-nuevo-etiquetado>
- Salud seguro popular. Recuperado de <http://www.seguropopular.org>
- Silver, J. (productor), Wachowsky, L. (directora) y Wachowsky, L. (directora). (1999). The Matrix (cinta cinematográfica). Estados Unidos, Austria: Village Roadshow Pictures Silver Pictures.
- SIDSS (2015). Informe sobre la salud de los mexicanos. Diagnóstico general de la salud poblacional. Subsecretaría de integración y desarrollo del sector salud. Dirección general de evaluación del desempeño. Recuperado de

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf

- Socarrás, M.M.S. et al. (2002). Diabetes mellitus: tratamiento dietético. Revista cubana de investigación biomédica. 21(2): 102-108. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol21_2_02/ibi072002.pdf
- Veiga, P. Tap, J. Derrien, M. (Novembre, 2016). Microbiote intestinal, la clé pour une meilleur alimentation?. Med Sci (Paris), 32(11), 999-1002. Doi: <http://dx.doi.org/10.1051/medsci/20163211016>

Anexos

Anexo 1: Instrumento de investigación

Titulo	REPRESENTACIONES SOCIALES DE DIETA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON Y SIN CONTROL, EN EL ESTADO DE MÉXICO-ORIENTE.	
Objetivo general	Analizar el significado de dieta en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con y sin control en el estado de México oriente, basado en la Teoría de las representaciones sociales.	
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Describir las representaciones sociales de la dieta en torno a pacientes controlados y descontrolados con Diabetes Mellitus tipo 2 • Categorizar las Representaciones Sociales de dieta en la Diabetes Mellitus tipo 2 • Comparar las representaciones sociales de la dieta entre pacientes controlados y descontrolados con Diabetes Mellitus tipo 2 	
Categoría	Subcategorías	Exploración (preguntas)
Identidad	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la construcción de la dieta • Contextualizar la dieta en definición 	<ul style="list-style-type: none"> • Para usted ¿qué es dieta? • ¿Qué entiende por dieta? • ¿En que piensa cuando escucha la palabra dieta? • ¿Que significa llevar una dieta para usted?
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las características que componen la dieta • Comprender la realización de la dieta • Identificar determinantes sociales que modifiquen la practica dietética 	<ul style="list-style-type: none"> • Para usted ¿Cómo es una dieta? • ¿Qué come habitualmente durante todo el día? • ¿Come en compañía? Describame ¿Cómo come en compañía/solo? • ¿Cómo y dónde le gusta comer? Y ¿Porqué?
Propósito	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer el control glucémico • Disminución de 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué objetivo tiene la dieta en su padecimiento? • ¿Cuáles son los alimentos más importantes

	<p>complicaciones a futuro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprender la importancia del tipo de tratamiento • Saber si el paciente está informado sobre su padecimiento 	<p>en sus comidas y por qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿De que manera contribuye lo que come a su padecimiento? • ¿Es importante para usted la dieta? Y ¿porqué? • ¿Conoce su enfermedad? • ¿Ha recibido asistencia nutricional alguna vez?
Normas y valores	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer y describir las consecuencias que percibe el paciente respecto a su padecimiento a través de la dieta. • Comparar el impacto (estático o cambios) percibido en hábitos y estilos de vida de acuerdo con la dieta • Develar la importancia de la interferencia de terceros sobre el tratamiento en el sentir del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué influencia tiene la dieta en su vida diaria respecto a su padecimiento? • ¿Alguna vez le han hecho alguna recomendación respecto a la alimentación fuera del equipo de salud? ¿La ha llevado a la práctica? • Describame ¿Cómo la lleva a la práctica? • ¿Hubo resultados? ¿Cuáles y de que manera los describe? ¿Cómo se dio cuenta?
Posición y relación	<ul style="list-style-type: none"> • Develar las relaciones de poder en decisiones sobre padecimiento y tratamientos • Conocer la influencia del ambiente social sobre su padecimiento y practica dietética • Conocer el tipo de relación entre el paciente y su padecimiento, así como el paciente y su tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Platíqueme ¿Cómo es la relación familiar desde que le diagnosticaron diabetes? • ¿Alguna vez, alguien tomo la decisión hacia su dieta y padecimiento, sin consultarle? ¿Quién y de que manera? • ¿De que manera prefiere llevar su dieta y padecimiento? • ¿Le han impuesto indicaciones que usted no quiera llevar, en la familia o en la clínica? Describa la situación. • ¿Qué considera usted que es lo más importante en su padecimiento?

Anexo 2: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO	
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM AMECAMECA	
MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
(ADULTOS)	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	_____
Patrocinador externo (si aplica):	_____
Lugar y fecha:	_____
Número de registro:	_____
Justificación y objetivo del estudio:	_____
Procedimientos:	_____
Posibles riesgos y molestias:	_____
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	_____
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	_____
Participación o retiro:	_____
Privacidad y confidencialidad:	_____
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	_____
Beneficios al término del estudio:	_____
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	_____
Investigador Responsable:	_____
Colaboradores:	_____
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Universidad Autónoma del Estado de México, centro	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.