

Representaciones sociales de la dieta en pacientes con obesidad: caso internacional México (Chalco) / Brasil (Aracaju). Parte II

Donovan Casas Patiño,^{*,**} Cristiane Costa da Cunha Oliveira,^{***}
Alejandra Rodríguez Torres,^{**} Georgina Contreras Landgrave,^{****}
María de los Ángeles Maya Martínez^{*,**}

RESUMEN

Introducción: La obesidad es una enfermedad crónica prevenible de origen multifactorial, donde la dieta se convierte en herramienta crucial para su combate, pero, ¿cómo está construida ésta en los pacientes obesos de dos países? **Objetivo:** Interpretar la representación social de la «dieta» en el individuo con obesidad en una comunidad del Estado de México y compararla con una comunidad de Brasil. **Método:** El presente estudio es de tipo cualitativo; se realizó una entrevista semiestructurada a un grupo de sujetos obesos de México (Chalco) y Brasil (Aracaju). **Resultados:** La voz de los actores en México en relación con la dieta refleja un imaginario que remite a todo aquello que les obligan a comer (centralismo biomédicalizado), a lo cual deben apegarse con estricto rigor; muestran respeto a la dieta prescrita por un nutriólogo o médico, pero la refieren como muy cara y no concordante con la realidad económica. La voz de los actores en Brasil señala como dieta «comer saludable», «apoyo de combate a su padecer»; la dieta prescrita por un médico de familia y promotores de salud es adecuada y está basada en alimentos de la región. **Conclusión:** La relación discursiva de los pacientes entrevistados muestra que la población brasileña tiene un significado más establecido respecto al sistema alimentario básico; en cambio, en México se tiene un significado más elaborado en relación con una esfera biomédica (biocontrol). Conocer el significado de «dieta» para los individuos con obesidad nos permite proponer estrategias de prevención, promoción y educación en salud a fin de mejorar conductas y hábitos saludables, como los provistos en los discursos de la población brasileña.

Palabras clave: Obesidad, representación social, determinantes sociales de la salud, México, Brasil.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a preventable chronic disease of multifactorial origin, where diet becomes crucial for combating it; but, how is it made up in obese patients in two countries? **Objective:** To interpret the social representation of «diet» in obese patients in a community in the State of Mexico and to compare it with a community of Brazil. **Method:** This study is qualitative; semi-structured interviews were conducted with groups of obese people in Mexico (Chalco) and Brazil (Aracaju). **Results:** In relation to diet, the actors in Mexico show an imaginary which refers to everything that they are forced to eat (biomedicalized centralism), to which they must adhere; they show respect for the diet prescribed by a nutritionist or medical doctor, but refer to it as very expensive and not based on economic reality. The actors in Brazil defined diet as «healthy eating», «support for fighting against their suffering»; the diet prescribed by a family doctor or health promoter was considered adequate and made up of local food. **Conclusion:** The discursive relation of the patients interviewed shows that the Brazilian population has a more established meaning regarding the basic food system, whereas in Mexico, the meaning has developed in relation to a biomedical field (biocontrol). Knowing the meaning of «diet» for obese patients allows us to propose strategies for prevention, health promotion and education to improve healthy behaviors and habits, as those observed in the discourse of the Brazilian population.

Key words: Obesity, social representation, social determinants of health, Mexico, Brazil.

* Centro Universitario Amecameca, Universidad Autónoma del Estado de México.

** Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF Núm. 195, Chalco.

*** Universidade Tiradentes (Brasil-Campus Aracaju Farolândia).

**** Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl, Universidad Autónoma del Estado de México.

La obesidad es una enfermedad comórbida multifactorial que sólo se ha estudiado desde ámbitos biomoleculares genéticos e intervencionistas. La dieta es una herramienta para abatirla y, además, está confirmada como el conductor directo hacia dicho estado comórbido. Hasta el momento no se ha realizado una aproximación cualitativa comparativa entre dos países de América Latina.

¿Cómo comenzar a combatir la obesidad desde las ciencias sociales en salud? Aquí surge el planteamiento de esta investigación. Si la dieta es un constructo sociocultural, ¿qué entiende un paciente con obesidad respecto a «dieta» en dos contextos diferentes pero similares de un continente, México -Estado de México/Chalco- (Figura 1) y Brasil -Aracaju/ Sergipe- (Figura 2)?

Los dos estratos en estudio son municipios de su país que tienen la misma cantidad de habitantes (alrededor de 500 mil) y una prevalencia de obesidad de 27.3 (Chalco) y 18.3 (Sergipe).^{1,2}

Ahora bien, si un pilar fundamental de combate a la obesidad es la dieta, ¿qué determina ésta en el imaginario del individuo? Cabe resaltar que la dieta de cada persona está condicionada por la cultura en una «dieta accesible» y «dieta preferida»; la primera es el conjunto de alimentos y bebidas a las que se puede acceder en un entorno cercano, ya sea

económicamente o por localidad; la segunda es el conjunto de alimentos y bebidas que son elegidos sin obstáculo alguno. ¿Qué entienden por «dieta» sujetos que cursan con obesidad en dos países diferentes? ¡Aquí podría estar guardado el código oculto de combate a la obesidad! Con un acercamiento a dos realidades sociales de pacientes con obesidad podremos develar, a partir de la representación social, el significado que se colecciona en la dieta de dichos enfermos.

OBJETIVO

Interpretar la representación social de la dieta en el paciente con obesidad en una comunidad del Estado de México (Chalco) y compararla con una comunidad de Brasil (Aracaju).

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo cualitativo. El análisis implicó una interpretación de significados/signos y códigos de la parte discursiva del individuo que cursa con obesidad. El trabajo de campo incluyó la entrevista participante de dicho sujeto, con el fin de disponer de reflexividad conceptual del término «dieta» a partir de cinco categorías:



Figura 1.

Estado de México (Chalco), en la República Mexicana.

- Descripciones de identidad: ¿dieta, ¿qué es?, ¿qué entiende?, ¿cómo la define?
- Descripciones de actividad: ¿cómo practica la dieta?, ¿cómo la realiza?
- Descripciones de propósitos: ¿qué objetivo tiene la dieta en su padecimiento?
- Descripciones de normas y valores: con respecto a su padecimiento y la dieta, ¿qué influencia tienen en su estilo de vida?
- Descripciones de posición y de relación: en relación con las posiciones de poder de algún integrante de su familia o del equipo de salud, ¿alguien tomó alguna decisión sobre su dieta y padecimiento sin consultarle?

Cabe señalar que esta entrevista fue validada previamente, en México con cinco pacientes y en Brasil con dos. Se adaptó el instrumento final al portugués con la finalidad de poder aplicarla sin sesgos de lenguaje o neologismos. Se realizó previo consentimiento informado. La muestra se obtuvo de forma no probabilística: 17 individuos con obesidad (México/Chalco) y 16 sujetos con obesidad (Brasil/Serique).

RESULTADOS

La voz de los actores en México (*Figura 3*).

Identidad: La opinión vertida sobre «dieta» se remite a la estructura social en salud que se encarga de prescribirla, así como a los actores que están detrás de este cálculo dietológico. Su seguimiento es determinado por el ingreso económico del enfermo; no hay discurso alguno que la defina como elemento o concepto:

E3 «es todo aquello que nos obligan a comer por parte del Servicio de Nutrición»; E5 «mmm, la dieta la haces a lo que te pueda alcanzar tu sueldo»; E8 «entre mi médico de familia y el nutriólogo me dicen qué debo comer»; E9 «*pss*, es lo que siempre te dicen que comas»; E12 «*nomás* es la receta con los alimentos y no te dicen otra cosa; bueno, te pesan y miden, y nada más»; E13 «la dieta es lo que te dice el dietista que debes comer»; E15 «ay, *pss* lo que debes comer, ¿o no?»

Actividad: La refieren dirigida desde un centralismo biomedicalizado por el cual deben apegar-se con estricto rigor cada vez que se les prescribe su dieta, la cual, refieren, está fuera de todo contexto socioeconómico regional (por un lado, el salario que perciben, y por otro, el alza de los alimentos), lo cual condiciona frustración y aceptación de su situación:

E2 «siempre hay que acudir por la dieta... no hay otro modo... no puedo faltar porque si no, me regañan»; E4 «fíjese, aquí está mi dieta del mes; ¿usted cree que con mi salario puedo seguir al pie de la letra mi dieta? *Pus* fíjese que no»; E6 «me da mucha rabia el no poder seguir mi dieta por falta de dinero»; E9 «y ahora cómo le hago, usted vio lo que me dijo el nutriólogo, trate de buscar quien la pueda apoyar

para comprar sus alimentos de la dieta»; E13 “*pss* ni modo, a ver cómo le hago para seguir la dieta; a poco no, todo está bien caro»; E16 «ya *pus* ni modo, hay que seguir la dieta hasta donde pueda uno comprar los alimentos.»



Figura 2. Brasil (Aracaju/Sergipe).



Fuente propia de la investigación México/Brasil.

Figura 3. México (Estado de México/Chalco).

Propósito: Se percibe una clara relación entre la dieta y los beneficios de combate a su enfermedad, pero también se aprecia que el ejercicio es fuente primordial. Sin embargo, refieren que los horarios laborales son extenuantes y que no tienen tiempo para realizar la dieta y actividad física, por lo cual los discursos están repletos de resignación:

E1 «la dieta es pilar fundamental de mi obesidad»; E2 «la dieta es lo que me ayudará a bajar de peso; bueno, eso creo»; E5 «también el ejercicio es bueno»; E7 «el ejercicio y la dieta son los que me auxiliarán en la obesidad»; E10 «mi esposa me dice: ‘haz ejercicio, también ayuda, vete a zumba o pesas’, pero yo le digo: ‘a qué horas, si ni tiempo me da’»; E14 «fíjese, salgo a las nueve de la noche, llego a su casa a las 11 de la noche y entro a trabajar a las siete de la mañana diario; cómo puedo seguir una dieta y, además, hacer ejercicio, si llego bien cansado»; E16 «no hay posibilidad de llevar los alimentos al trabajo porque no hay refrigerador ni donde calentar el alimento; además, cada día todo es más caro: una fruta es más cara que una botanita como unas papas o un refresco».

Normas/valores: En los discursos se aprecia que tienen respeto por la prescripción de la dieta; ven a los actores, el nutriólogo y el médico, como los profesionales de salud dedicados a resolver su problemática, pero refieren que la dieta no está apegada a la realidad del país ni de su situación (económica/suelo), por lo que se percibe una barrera para su seguimiento:

E3 «respeto la dieta prescrita por el nutriólogo y médico, pero la verdad está fuera de mi alcance económico»; E6 «la dieta que me dan está muy cara y no está en realidad a mi alcance económico; y bueno, el médico y el nutriólogo sólo hacen su trabajo, que hay que respetar»; E17 «yo respeto al nutriólogo, un poco al médico... imagínese, trabajo de guardia de seguridad, me pagan \$600.00 pesos a la semana (\$ 44 dólares)... entro en un dilema: o me preparo mis comidas de la dieta y como dos días.»

Posición/relación: Refieren que el nutriólogo y el médico de familia son los personajes que están dedicados exclusivamente a resolver su problema de obesidad, pero comentan que deberían tener más tiempo para explicarles la dieta. Comentan que el tiempo, la gran cantidad de pacientes y la mala organización de la consulta condicionan sobresaturación de los servidores de salud, y al final esto les resulta en maltrato, nula comunicación y una consulta fugaz, pero lo aceptan como la estructura social de salud:

E2 «cuando entro a consulta con el dietólogo, después de esperar más de una hora, lo encuentro que está de mal humor... después, paso con mi médico familiar, el cual ni tiempo tiene de revisarme, mmm, o si tengo dudas de mi dieta, no le interesa, usted lo vio»; E4 «fíjese cuánto me tardé en entrar y cuánto me tardé en salir, y siempre es lo mismo; si les bajaran el número de pacientes, a lo mejor tendrían más tiempo de dedicarnos, ¿no lo cree?»; E11 «esto es desespe-

rante, llevo más de dos horas y no puedo pasar»; E14 «yo entiendo, tiene mucha gente, pero para eso se contrataron, ¿no lo cree?»; E15 «me dan mi dieta impresa y no me preguntan si tengo dudas; entonces, ¿para qué sirve ir a consulta?».

La voz de los actores en Brasil (Figura 4).

Identidad: Encontramos un concepto conformado respecto a «dieta»; lo estructuran alrededor de todos aquellos alimentos que pueden consumir a diario que son nutritivos, saludables y ayudan a su cuerpo; esto construye dentro del imaginario del paciente un código y signo que se ha interiorizado socioculturalmente:

E1 «dieta es todo aquello que puedas comer»; E2 «dieta es todo lo que comes, pero de manera nutritiva»; E5 «dieta es lo que consumimos a diario y que es saludable»; E7 «ooooh, dieta es lo que como a diario»; E14 «buena pregunta, es todo lo que comemos a diario y que ayuda a nuestro cuerpo»; E16 «la dieta es lo que consumimos a diario: pescado, carne, arroz, *fariña*, *sucko*... es lo que debemos consumir nutritivamente.»

Actividad: Refieren que la dieta es comer a diario de una forma limitada, de manera sana, nutritiva y saludable; que a pesar de ser obesos, la condición es tener una dieta completamente natural, fresca y de temporada, así como tener un límite en lo que consumen:

E1 «la dieta es comer saludablemente: verduras, legumbres, frutas, carne, pescado, pollo, y poco *cuscús* (maíz)»; E2 «a pesar de ser obeso, se debe comer bien, nutritivo, y no comer hasta llenarse»; E5 «cada que voy a comprar alimentos para mi dieta busco que sean frescos, de temporada, nutritivos



Fuente propia de la investigación México/Brasil.

Figura 4.

Brasil (Aracaju/Sergipe).

y saludables, y no comer hasta vomitar, eh»; E7 «la dieta es fácil de llevar porque siempre nos cambian la dieta por temporada, eso nos ayuda»; E14 «estaré obesa, pero créame que como bien, nada de gorduras (grasas)»; E16 «hay que seguir la dieta porque es lo mejor que podemos hacer.»

Propósito: Los discursos están orientados hacia la dieta y el ejercicio como pilares fundamentales de control de la obesidad, así como para mantener un estado de autoestima alto:

E2 «la dieta me ayuda a bajar de peso, pero también el ejercicio»; E3 «estoy obeso, pero la dieta y el ejercicio me ayudan a estar feliz»; E6 «la dieta me ayudará a bajar de peso, pero también el jugar fútbol y nadar»; E12 «la dieta es lo primordial para nuestro problema, pero el ejercicio por las tardes o mañanas también»; E15 «soy una *minina* (mujer) gordita, pero con dieta y ejercicio buscaré mejorar mi cuerpo»; E16 «la dieta es para bajar de peso y estar fuerte, pero es difícil seguirla; yo me ayudo del ejercicio, tres veces a la semana, y con eso me siento bien.»

Normas/valores: Los discursos reflejan que hay un equipo multidisciplinario que es respetado por conseguir ingresar hasta el núcleo de los pacientes obesos, su casa y su familia; esto condiciona que el individuo se sienta apoyado, vigilado y hasta comprendido en su enfermedad, generándose así apoyo social estructurado por el municipio en alianza con el Estado y el gobierno central:

E1 «el Ministerio de Salud y mi médico de familia, con la enfermera salubrista, son muy estrictos con los alimentos que no debemos comer», E2 «cada semana tenemos la visita en nuestro hogar del personal de salud, y algo que revisan son la preparación de los alimentos, así también lo que consumimos», E5 «es más cara la *fast food* que una fruta o verdura, o agua de coco», E8 «el médico de familia y el nutriólogo son muy respetados porque nos ayudan en todo; a nosotros que somos obesos nos explican los beneficios de comer sano y nutritivo; además, ellos siempre han sido muy amables»; E10 «el Ministerio de Salud es muy estricto con la comida de *gordura* (*fast food*)»; E13 «yo debo seguir mi dieta porque hay muchas personas que están al pendiente de mí, y además, orientan a toda la familia»; E16 «debo seguir mi dieta para no defraudar a mi médico y nutriólogo, pues ellos son los que nos orientan cada vez que vienen a nuestras casas.»

Posición/relación: Los discursos aportan que existe un ambiente de respeto en la alteridad y otredad; la orientación en la dieta se lleva a cabo en buenos términos y apegada al respeto social, cultural y personal de cada individuo:

E1 «la dieta prescrita por mi médico de familia, el nutriólogo o el promotor de salud es adecuada y apegada a alimentos de la región y temporada; ellos son los que se encargan de nuestra salud», E7 «nos hacen énfasis en consumir las frutas y verduras tradicionales, así como bajar el consumo de grasas ani-

males, pero siempre de manera amable», E8 «nunca hemos recibido regaños, siempre nos explican»; E10 «el equipo de salud que nos visita en nuestros hogares nos muestra que se puede comer saludable y barato; además, no son groseros con nosotros si encuentran algún alimento de *engordura* (*fast food*) en nuestra casa»; E11 «el equipo de salud nos ayuda siempre a resolver nuestras dudas; ellos son los que organizan siempre las dinámicas para entender qué comer de manera ordenada»; E14 «el Ministerio de Salud de Sergipe valora el trabajo del equipo de salud comunitaria, por eso siempre nos atienden bien cuando vienen o vamos a la Unidad de Familia»; E16 «los jefes de la Unidad de Familia siempre son amables, nunca nos han impuesto una dieta o un regaño para entenderla.»

DISCUSIÓN

Mencionar que la relación del análisis discursivo de los pacientes entrevistados nos lleva a un análisis que va más allá del significado de «dieta» es concebir que ésta se construye, reconstruye, conforma y reproduce por factores socioculturales que definitivamente influyen directamente o indirectamente en el compartimiento del hábito alimentario, el modelo biomédico, el ingreso per cápita, la transición dietológica, la actividad física, los alimentos hipercalóricos como fuente de alimentación rápida y económica, la alteridad y otredad en salud. Todos estos factores influyen en esta pandemia; por ello, encontramos indiscutiblemente necesario su análisis a partir de los discursos de individuos en dos países diferentes, con realidades enfrentadas:

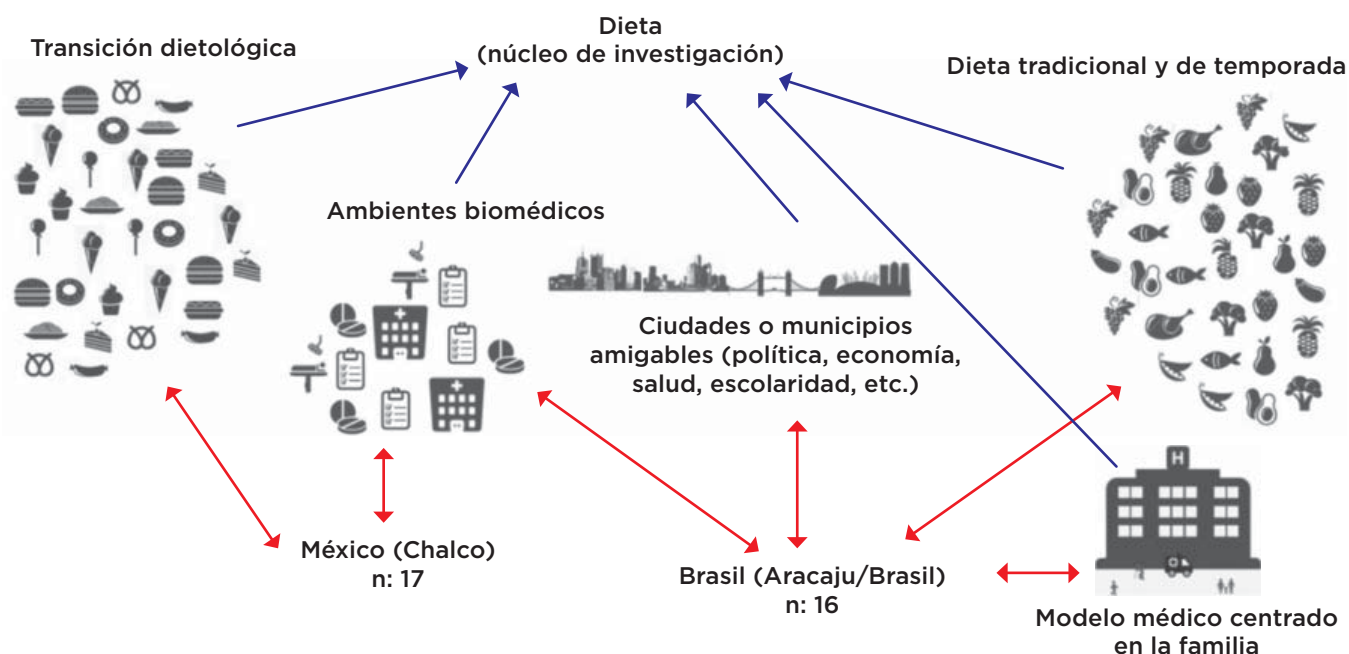
- a) La mirada biomédica. En México, el combate a la obesidad está centrado en modelos curativos invasivos con destrucción y negación de la otredad por parte del equipo de salud,³ donde la expedición de una receta dietológica o médica concluye el proceso de atención a esta pandemia. En contraparte, en Brasil el abordaje está estructurado hacia el componente básico de la sociedad, la familia,⁴ donde un grupo multidisciplinario acude hasta el origen del manejo, manipulación, adquisición y preparación de los alimentos, lo cual fomenta un ambiente de múltiples canales de comunicación en beneficio del colectivo (se trata del llamado «modelo médico centrado en la familia»);⁵ además, se influye políticamente y directamente en la comercialización de alimentos de *gordura* (*chatarra*), y existe un respeto de mutualidad a la alteridad y otredad, entendida como praxis inseparable del condicionante de la práctica en salud.
- b) El ingreso *per cápita* por familia e individuo. En México, el salario mínimo se encuentra 36% abajo de la línea de pobreza, 150 dólares al mes; es el peor en Latinoamérica y, para rematar, dos tercios

de la población trabajadora se ubican en un nivel menor a tres de estas percepciones; en suma, la mayoría de los asalariados se encuentran en una condición cercana a la miseria.⁶ Con esto, ¿cómo acceder a una dieta nutritiva, fresca, de calidad y buen gusto? Si, además, le agregamos que en la preparación de estos alimentos se requiere de gas, agua y tiempo (preparación y cocción), nos sumergimos aun más en la pobreza de la dieta mexicana, donde se puede afirmar que es más barato consumir una sopa instantánea que preparar un kilo de frijol. Brasil mantiene uno de los mejores salarios mínimos de la zona después de Estados Unidos y Canadá, con 722 reales mensuales (350 dólares); esto condiciona que a pesar de la inflación alimentaria y de adquisición de bienes de la zona de América del Sur,⁷ la población brasileña ha disminuido su desigualdad social y no ha sufrido negativamente con el empleo ni su formación; por ello, este colectivo puede acceder a una dieta nutritiva, de calidad, fresca y de buen gusto para su consumo.

- c) La transición dietológica. En México, en los últimos 20 años, nuestra dieta está basada en aquellos productos que se encuentran a nuestro alcance y en el entorno. El individuo y la colectividad han sufrido una domesticación que ha involucrado un cambio en los hábitos alimentarios; por un lado, la mercadotecnia televisiva y de radio hacia el consumo de alimentos traídos de lejos hacia nuestra dieta básica (Coca-Cola, Pepsi, Burger King, McDonald's, Pizza Hut, Domino's Pizza, Sabritas, Bimbo, Chocomilk, Zucaritas, etcétera) —esta incorporación a la dieta mexicana ha sido sin restricción alguna—; por otro lado, la accesibilidad de establecimientos comerciales donde se expenden alimentos rápidos en su preparación, como embutidos, sopas instantáneas, tacos, pizzas y guisados congelados, que son en ocasiones muy baratos y sencillos de obtener; su preparación culinaria los hace disponibles en cualquier horario, lo cual se convierte en ahorro de tiempo.^{3,8} Brasil, por el contrario, ha mantenido una estructura de castigo económico y político contra aquellos alimentos que transgredan el contenido calórico permitido por día/individuo por su Ministerio de Salud de acuerdo con el Plan de Acción Estratégico para la Lucha contra las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Brasil 2011-2022; además, se cultiva un apego cultural hacia los alimentos tradicionales que, genéticamente, por el paso de los años, condicionan atributos nutritivos adecuados y necesarios sin modificación de su estructura biológica.^{9,10} Aquí cabe señalar que si el alimento es constructo cultural, a la obesidad se le debe entender como una respuesta social de adaptación colectiva en aras de preservación del ideario cultural.
- d) La actividad física. En México, de acuerdo con la ENSANUT 2012,^{2,11} 58.6% de los niños y adolescen-

tes de 10 a 14 años no refirieron haber realizado alguna actividad física organizada (participación en deportes organizados) durante los 12 meses previos a la encuesta, 38.9% realizó una o dos actividades y 2.5% más de tres actividades. La actividad más frecuente para este grupo de edad es el fútbol soccer. En adultos mexicanos de 20 a 69 años de edad, la prevalencia de inactividad física aumentó significativamente, 47.3%, en los últimos seis años (2006-2012); además, 51.4% de los adultos reportó haber pasado hasta dos horas diarias frente a una pantalla, mientras que 48.6% pasó más de dos horas diarias. Asimismo, esta encuesta encontró que los adultos ocupan en promedio 1:40 horas (DE = 1:50 h) de su tiempo diario en transportarse inactivamente y 3:30 horas (DE = 2:40 h) en estar sentados; al mismo tiempo, reportaron dormir diariamente un promedio de 7:30 horas (DE = 1:00 h).¹¹ Cabe mencionar que la jornada laboral es de más de 12 horas diarias en algunas zonas geográficas donde la obesidad es más alta.¹² México no es la excepción en este cambio de dinámica social, pero sí cabe mencionar que la inactividad física es uno de los factores de riesgo de mortalidad más importantes y está asociada con la aparición y falta de control de diversas enfermedades crónicas (en este caso, la obesidad). Brasil, de acuerdo con la encuesta VIGITEL 2012,¹³⁻¹⁵ reporta 20% de sedentarismo en su población, con dos horas diarias frente a una pantalla y 30 minutos de tiempo diario en transportarse inactivamente como promedio nacional; también cabe mencionar que la jornada laboral en Brasil es de seis horas (promedio nacional), con un salario mínimo adecuado para adquirir alimentos nutritivos y saludables, y con tiempo para realizar una actividad física.

En este trabajo no necesariamente se muestran todos los aspectos reales de la situación de México y Brasil respecto a la obesidad (*Figura 5*), pero sí se realiza una aproximación al fenómeno social de la misma a partir de la representación social de la dieta. Tratamos de mirar el proceso o fenómeno social en salud desde otra vertiente, que incluye múltiples aristas en este momento donde la complejidad ahoga todos los escenarios. Esta investigación muestra que la población brasileña de esa región tiene un significado más establecido respecto al sistema alimentario básico del individuo y la colectividad, y las políticas sociales incluyentes que se afinan a cada municipio brindan alternativas reales a una problemática local. En cambio, en México, se tiene un significado más elaborado en relación con una esfera biomédica (biocontrol). Tener un significado de «dieta» en el paciente con obesidad desde la prevención, promoción y educación en salud se verá reflejado en conductas y hábitos saludables para el colectivo, como se muestra en otra parte del continente americano. Los significa-



Fuente propia de la investigación México/Brasil.

Figura 5. Determinantes sociales en salud para la obesidad: México/Brasil.

dos provistos en los discursos de la población brasileña representan estructuras construidas a partir de un conglomerado de factores sociales que han determinado la lucha contra la obesidad, que al final tiene una estructura delimitada por el Estado y apoyada en el núcleo principal de la sociedad, la familia.

CONCLUSIONES

Éste es un estudio que no ha concluido. La parte que se presenta permite obtener algunas reflexiones preliminares que orientan a la carencia de un análisis claro respecto a los determinantes sociales en salud, que no son la causa, pero que sí influyen de manera directa en la presentación de modelos de comportamiento epidemiológico hacia la obesidad. Un pilar fundamental como la dieta —que es el núcleo de los sistemas alimentarios básicos— lo encontramos completamente quebrantado en la región de México. La mirada medicalizada hacia el combate a la obesidad desdibuja la realidad de la dieta y, aun más, de su contraparte, la actividad física. Este trabajo muestra cómo población brasileña tiene un constructo adecuado del significado de «dieta» que puede haber sido trabajado desde las políticas en salud de los años 90: «amor a la vida» contra la obesidad («enmagreciendo con amor a la vida»), etcétera. Además, se ha apoyado en programas de autocuidado para su población y el desarrollo de un programa de salud familiar para todos, lo cual se percibe como un compromiso colectivo-individual-estatal. México tiene mucho que aprender

y desarrollar con su colectividad, puesto que este estudio devela una sensación de incongruencia social, biomédica y de políticas en salud.

AGRADECIMIENTOS

A cada uno de los integrantes del equipo de trabajo: Universidad Tiradentes de Brasil (UNIT-Farolandia), Centro Universitario Amecameca de la UAEM, y al cuerpo académico Nutrición Humana, Educación y Salud Colectiva, así como a los pacientes por su apoyo y comprensión. Así mismo, al Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP 2015), con número de registro DSA/103.5/14/11061, por su apoyo para la realización de esta aventura científica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2012 (VIGITEL 2012). *Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2012*, Brasília/DF: Editorial Ministério de Saúde; 2013.
2. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados nacionales, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012)*, México: Editorial Instituto Nacional de salud Pública; 2012.
3. Casas D, Rodríguez A. Significado de la dieta en pacientes con obesidad, *Ciencia desde el Occidente*, 2014; 1 (1): 53-60.

4. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília-DF: O Ministério; 2001. Disponible en: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342
5. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios, *Lancet*, 2011; 45 (2): 11-31.
6. Alcalde A. La miseria de los salarios mínimos, *La Jornada*, 09 de agosto del 2014; Sección Opinión. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2014/08/09/opinion/019a1pol>
7. CEPAL Naciones Unidas. *Estudio económico de América Latina y el Caribe: tres décadas de crecimiento desigual e inestable*, Washington, Estados Unidos: CEPAL; 2013. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/50484/EstudioEconomico2013.pdf>
8. Rivera J. Epidemiological and nutritional transition in México: rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity, *Public Health Nutrition*, 2002; 5 (1A): 113-122.
9. Osava M. *Salud-Brasil: el pueblo unido vence la obesidad*. Agencia de Noticias Inter Press Service. 23 de julio del 2003; Sección América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://www.ipsnoticias.net/2003/07/salud-brasil-el-pueblo-unido-vence-la-obesidad/>
10. ABESO 2011 (Asociación Brasileña para el Estudio de la Obesidad). Os Números da Obesidade no Brasil: VIGITEL 2009 e POF 2008-2009, 2011. Disponible en: <http://www.abeso.org.br/pagina/14/artigos.shtml>
11. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Actividad Física). Resultados nacionales, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012)*, México: Editorial Instituto Nacional de salud Pública; 2012. Link: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ActividadFisica.pdf>
12. Stevens G, Rivera-Dommarco J, Carvalho N, Barquera S. Characterizing the epidemiological transition in Mexico: national and subnational burden of diseases, injuries, and risk factors, *PLoS Med*, 2008; 5 (6): 1-11.
13. Tomie I, Carvalho M, Araújo T, Nunes da Silva N. Inquérito por telefone: pesos de pós-estratificação para corrigir vícios de baixa cobertura em Rio Branco, AC, *Rev Saúde Pública*, 2013; 47 (2): 316-325. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n2/0034-8910-rsp-47-02-0316.pdf>
14. Monteiro C, Moura E, Jaime P, Lucca A, Florindo A, Figueiredo I et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas, *Rev Saude Publica*, 2005; 39 (1): 47-57. doi: 10.1590/S0034-89102005000100007.
15. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências, *Diário Oficial União*, 2009; 245: 65-659.

Correspondencia:
Cristiane Costa da Cunha Oliveria
 Av. Murilo Dantas 300,
 Bairro Farolândia, 49032-490,
 Aracaju/SE Brasil.
 Teléfono: (79) 3218 2138.
 E-mail: capo730211@yahoo.es
criscunhaoliva@yahoo.com.br
<http://www.unit.br>