

Representaciones sociales de la dieta en paciente con obesidad: la otredad olvidada en Salud Pública

Donovan Casas Patiño^{1,2}, Alejandra Rodríguez Torres¹, William Alves de Oliveira³

Resumen

Este trabajo presenta el avance de un proyecto de investigación que tiene como eje central la identificación de las representaciones sociales de los pacientes que cursan con obesidad respecto a la dieta.

Se trata de un abordaje desde un campo de salud social el cual funge como vértice fundamental en el conocer los entramados de significación social del que padece, retomando la cosmovisión de la vida cotidiana la cual queda en momentos olvidada o nulificada por el mundo político en salud. El objetivo principal consistió en explorar el sentido común de la dieta en pacientes portadores de obesidad de una institución pública en salud. Para lograr este objetivo se retoman las bases teórico metodológico de las representaciones sociales (RS).

Las RS integran conceptos cognitivos distintos tales como: actitud, opinión, identidad, imagen, estereotipos, creencias, símbolos, etc., se ubica como constructo teórico intermedio entre lo psicológico y lo social. Para lograr este objetivo y encontrar el núcleo de las RS en torno a la "dieta" nos apoyamos en el modelo de Abric. El final de esta investigación devela que los hilos delgados de la marginación e (ignominia) de nuestros colectivos mexicanos, exponen una inequidad alimentaria total: otra infamia del discurso en salud, así los colectivos están sometidos la vorágine del olvido y la traición convertidos en fantasmas de un México no incluyente.

Palabras Claves: Dieta, representaciones sociales, obesidad.

Abstract

This paper presents the progress of a research project that has as its central axis the identification of social representations of patients who present with obesity regarding diet.

It is an approach from a field of social health which serves as a fundamental vertex in knowing the lattices of social significance of suffering, retaking the worldview of everyday life which remains forgotten or nullified by the political world health moments. The main objective was to explore common sense diet in patients with obesity a public health institution. To achieve this objective the theoretical and methodological foundations of social representations (RS) are retaken.

The RS integrate different cognitive concepts such as attitude, opinion, identity, image, stereotypes, beliefs, symbols, etc., ranks as intermediate theoretical construct between the psychological and the social. To achieve this goal and find the core of the RS about the "diet" we rely on the model Abric. The end of this research reveals that the thin threads of marginalization and ignominy of our Mexican groups, exhibit a total food inequity: another infamy speech in health, so the groups are under the maelstrom of oblivion and betrayal turned into ghost of a not inclusive Mexico.

Keywords: Diet, social representations, obesity.

1 Centro Universitario Amecameca-Universidad Autónoma del Estado de México, México.

2 Cuerpo Académico: Nutrición Humana, Educación y Salud Colectiva.

3 Universidade UNIT-Tiradentes (Brasil-Campus Aracaju).

Correspondencia: Universidad Autónoma del Estado de México. Carretera Amecameca Ayapango. Colonia Centro, Estado de México, México. Email: capo730211@yahoo.es

Introducción

I. El alimento, constructo de una dieta

La evolución que se ha venido dando respecto a la ingesta de alimentos por parte del colectivo mexicano, ha ocasionado ciertas construcciones sociales respectó a los imaginarios y significados que rondan alrededor de esta actividad, el alimentarse ha construido relaciones sociales y códigos de socialización, y viceversa, estos códigos y relaciones dan construcción a identidades, es así que un domingo familiar es el estar rodeado de ciertos alimentos que distinguen: origen, estatus y hasta condición económica de cada familia, es más, la reciprocidad entre dos individuos que se quieren conocer se da a la par de una cena o ingesta de alimentos, aunado a lo anterior, una celebración ya sea cumpleaños, quinceaños o tres años, merece al estilo social mexicano una reunión familiar con su debida comida o cena, el conseguir un ascenso en el trabajo o cerrar un trato comercial, va asociado al alimento al cual se le termina dotando de entramado de significaciones.

Así el alimento ha evolucionado a la par del desarrollo social y cultural de la humanidad, las construcciones sociales, significados y signos, están presos de una condición social, que delimita y asigna en los colectivos, ciertas características respecto a la ingesta de los alimentos, determinándose de esta manera una conexión cultural, económica, política, lazos familiares, roles sociales, al alimento, este es constructo de entramados de significación, donde el alimento desde su inicio con la humanidad era la preservación únicamente, ahora al paso de los siglos este es un elemento socio-cultural-político de sumatorias, donde la preservación humana permanece implícita: al alimento.

El alimento constituye un componente que transforma a los colectivos, mediante su ingesta, estos colectivos se confinan e identifican alrededor de este, construyen historias, anécdotas, recuerdos, memoria de muertos (en día de muertos), se comparte tiempo, se interrelacionan a través de emociones con los sabores, olores, gustos y colores otorgados por el propio alimento de cada región geográfica de un país; así, un alimento puede construir un país, a su sociedad y

conjuntamente a sus estratos sociales, el alimento es: identidad, cultura, ritual, signos, significaciones con reproducción social, y, así sin otorgarle importancia al elemento alimento, este constituye la conexión directa entre los individuos de un colectivo, donde todos forman parte de una dieta -conjunto y cantidades de los alimentos o mezclas de alimentos que se consumen habitualmente y/o conjunto de nutrientes que se ingieren durante el consumo habitual de alimentos-, la cual tiene relaciones inmersas de entre los propios elementos del colectivo, esta dieta es causa directa e indirecta del placer más grande del mundo, la conexión directa entre cultura y nostalgia, estar lejos de México “oler epazote con zetas (hongos)”, es un viaje de regreso a la tierra de origen con sus olores, su gente, su música, sus paisajes y sus celebraciones, pero así mismo es constructora de patologías en salud como la obesidad.

II. Para entender a la obesidad en México

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial que se define como el exceso de grasa corporal que pone al individuo en una situación de riesgo para su salud, se determina a partir del cálculo en el índice de masa corporal (IMC) que se obtiene al dividir el peso en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado, un IMC mayor de 30 es obesidad, y entre 25 y 29⁹. sobrepeso^{26,28} la obesidad se considera una patología de riesgo variado agrupado a lumbalgia, infertilidad, osteoartritis, hiperuricemia, disnea, apnea del sueño, diabetes, hipertensión, cardiopatía isquémica, litiasis vesicular, accidentes cerebrovasculares, ovarios poliquísticos, síndrome metabólico, dislipidemia ³⁸, catarata, enfermedad del hígado graso no alcohólico, además disminuye la esperanza de vida en un promedio de 9 años y actualmente asociado a cáncer de mama, colon y endometrio^{4, 29, 31}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que para el año 2015 existían aproximadamente 2 millones 300 mil adultos con sobrepeso, más de 700 millones con obesidad y más de 42 millones de menores de cinco años con sobrepeso. De acuerdo con proyecciones de la Organización para la Cooperación

y el Desarrollo Económicos (OCDE) se estima que más de dos de cada tres personas tendrán sobrepeso u obesidad en 2020¹⁴.

En 1993, resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas mostraron que la prevalencia de obesidad en adultos era de 21.5 %, mientras que con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 se observó que 24 % de los adultos en nuestro país la padecían³⁰, con mediciones obtenidas por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición¹², se encontró que la prevalencia de Sobrepeso y obesidad fue 71.3% (sobrepeso 38.8% y obesidad 32.4%) esto significa que 39 millones de mexicanos cursan con obesidad con una prevalencia ligeramente elevada en las mujeres y por grupo de edad la obesidad es más frecuente en la cuarta y quinta década de la vida^{2, 3, 26}.

En la actualidad, México y Estados Unidos ocupan los primeros lugares de prevalencia mundial de obesidad en la población adulta (30 %), la cual es diez veces mayor que la de países como Japón y Corea (4 %).

En nuestro país, las tendencias de sobrepeso y obesidad en las diferentes encuestas nacionales muestran un incremento constante de la prevalencia al largo tiempo. De 1980 a la fecha, la prevalencia de obesidad y sobrepeso en México se ha triplicado alcanzando proporciones alarmantes^{18, 20, 27, 43}. El sobrepeso y la obesidad se han convertido en el factor de riesgo modificable más importante del país.

Respecto a las diferentes alternativas para el combate a la obesidad y el sobrepeso, encontramos que sigue siendo inefectivo tanto para el paciente como para el médico ya que en la mayoría de los casos hay recurrencia de la obesidad debido a que se requiere un compromiso socio-económico-psicológico para mantener el tratamiento además del cambio en los estilos de vida.

Los pasos a seguir en el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso son: detección oportuna, valoración integral de otras patologías agregadas, nutrición (dieta) y apoyo psicológico-psiquiátrico –existen pacientes que cursan con trastornos depresivos, de ansiedad o pulsiones de muerte que les provoca consumir en exceso alimentos pocos saludables^{26, 28}, otras alternativas son: una alimentación hipocalórica baja en grasas, un programa de actividad física permanente y el uso de fármacos (sibitramina, mazindol, orlistat, biguanidas, tiazolidinedionas, aldactona, fenfluramina y la dexfenfluramina); otros más, han sido más agresivos como la cirugía bariátrica -procedimiento que consiste en la modificación anatómica del sistema digestivo para disminuir y restringir la absorción de alimentos- la cual hasta este momento no tiene la evidencia científica para determinar su beneficio directo en el paciente con obesidad²¹; todos estos tratamientos están centrados en una mirada medicalizada sin una mirada que corresponda al análisis de los determinantes sociales que influyen directa o indirectamente en esta patología y al parecer esta nueva pandemia va en aumento complejizándose en el individuo y la colectividad.

Ahora bien si un pilar fundamental de combate a la obesidad es una alimentación balanceada, adecuada, disponible y nutritiva, cabría resaltar que los alimentos de cada individuo están condicionados por la cultura, esto es en una dieta accesible y dieta preferida, la primera es el conjunto de alimentos y bebidas a las que 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, entonces un acercamiento a la realidad colectiva de los hábitos alimenticios donde la dieta es parte cognoscente del portador de obesidad nos revelara los entramados de la realidad social de esta patología a través de la asociación de discursos de la misma realidad imperante de los individuos.

Métodos

III. La metódica: representaciones sociales

Dado que lo que nos interesa es vislumbrar el punto de vista de los pacientes portadores de obesidad, esta investigación retoma como base teórico-metodológica, la perspectiva de la Teoría de las Representaciones Sociales (RS), concretamente hacemos alusión al término que acuñó Sergei Moscovici, psicólogo social francés de origen ruso, el cual retoma de un concepto olvidado de Durkheim⁴⁰.

Esta teoría surge en el campo de la psicología social para contrarrestar el incremento de la individualización, debido a que la tendencia prevaleciente en esta disciplina se encontraba alejada de lo social y se dirigía al individuo, las representaciones se forman en las experiencias cotidianas de los sujetos, pueden referirse a grandes parcelas de la realidad, 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 vida de un organismo.

Estas representaciones le dan el sentido a la realidad y van cambiando, son dialécticas^{7, 23, 24} y de gran utilidad para acceder a las formas subjetivadas o interiorizadas del entramado cultural del colectivo a través del individuo; aquí las creencias, mitos, valores, normas, prácticas, significados, circulan sobre el campo de la realidad del paciente.

Las RS desde una óptica psicosocial es un mecanismo de cognición e instrumento de socialización y de comunicación, Moscovici la define como: «...una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos...»²⁴

La RS integran conceptos cognitivos distintos tales como: actitud, opinión, identidad, imagen, estereotipos, creencias, símbolos, etc., se ubica como constructo teórico intermedio entre lo psicológico y lo social; así la representación social es una: «...forma de conocimiento de sentido común ... es bajo la forma de representaciones sociales como la interacción social influye sobre el comportamiento (o el pensamiento) de los individuos implicados en ella, y es al tratar de poner en práctica sus reglas cuando la sociedad forja las relaciones que debería haber entre sus miembros individuales»^{24, 34}, la representación social guarda una posición y función en el entramado de significaciones, donde: la mediación individual + el trama socio-estructural = a la representación social (en esta fórmula se contrastan lo individual y lo social, donde el sujeto y el objeto, están en un mismo espacio dejando a un lado la ausencia de contrastaciones)³⁴, así es como entenderemos a la representación social.

IV. Objetivo

El objetivo general es interpretar a través de la asociación de discursos el significado de dieta en pacientes que cursan con obesidad basados en la Teoría de las Representaciones Sociales.

V. El método: dieta y pacientes con obesidad

El estudio se llevó a cabo en las Unidades de Medicina Familiar número 195, 75 y 83, del Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de México.

La muestra se obtuvo de manera no probabilística, el universo de la población estudiada consistió en 200 pacientes portadores de obesidad. Dentro de los criterios de inclusión se contemplaron pacientes con menos de 5 años de diagnóstico de obesidad, sin complicaciones de la patología de fondo y que accedieran a participar en el estudio previo consentimiento informado.

De esta manera utilizamos el paradigma cualitativo de las representaciones sociales bajo un enfoque funcional-estructural (ecuación metódica: RS = acción (dieta: identidad, actividad, propósito, normas y valores, posición y relación + función/estructura). Para conocer el núcleo de las representaciones sociales de la dieta según el modelo de Abric^{1, 32} se realizaron los siguientes pasos: la primera etapa, consistió en una asociación libre de palabras a través de una entrevista semiestructurada con la finalidad de encontrar los términos o frases relacionadas con "dieta", en una muestra piloto de 15 pacientes portadores de obesidad.

Una vez que se obtuvieron todos los términos, expresiones o adjetivos, se procedió a analizar el sistema de categorías mediante la frecuencia del ítem y el rango de asociación³².

Posteriormente se procedió a la realización de categorías para su análisis, de acuerdo a la estructura y función de las representaciones sociales del significado de dieta, a continuación se realizó un instrumento (encuesta de 12 respuestas de asociación) obtenido de la asociación libre de palabras construida a partir de la primera fase relacionada con cada categoría, este instrumento fue aplicado a 200 pacientes portadores de obesidad previo consentimiento informado.

Finalmente la encuesta se examinó mediante asociación de discursos a través del OR (razón de momios), quedando los pasos metodológicos de la siguiente manera:

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

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

Paso 3: Se construye un instrumento (encuesta) con 12 respuestas que puede asociar de manera directa respecto al significado de dieta.

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

Este procedimiento se aplicó al grupo de los pacientes (n=200), con el objeto de entender el sentido común de cada uno de los actores en sus interacciones simbólicas respecto a la reconstrucción de dieta a través del propio sujeto que padece.

Resultado

Del grupo de pacientes con obesidad para la asociación libre (n=200), 108 correspondieron al género femenino y 92 al masculino. La edad promedio fue de 49 años (DS=7 años), 128 con escolaridad a nivel primaria, 47 secundaria, 13 bachillerato, 7 profesional y 5 pacientes no tienen estudios.

En cuanto al estado civil, 113 son casados, 53 solteros, 28 divorciados y 6 son viudos; 121 profesan la religión católica, 45 protestantes, 9 evangélicos y 25 sin religión; en cuanto ocupación 151 trabajan de manera formal, 37 de manera informal y 12 se dedican al hogar.

En la primera fase de asociación libre en relación a "dieta" en los pacientes con obesidad, se obtuvieron los resultados que se observan en la Tabla I.

Tabla I. Asociación libre de palabras en relación a “dieta” en paciente con obesidad (n=15) (Fuente Propia)

Término o frase	Frecuencia	Rango de Asociación
“...lo que puede comer uno...”	14	0.93
“...lo que me llena...”	14	0.93
“...el dinero no alcanza...”	13	0.86
“es muy difícil seguir la dieta por el trabajo”	13	0.86
“...lo que uno debería de comer...”	12	0.80
“...come uno lo que no está permitido...”	11	0.73
“...el alimento...”	11	0.73
“...todo lo nutritivo...”	11	0.73
“...es lo que me dice el doctor que puedo comer...”	10	0.66
“...son los alimentos que me recomienda el nutriólogo...”, “...hija/o...”, “...esposo/a...”	9	0.60
“...lo que ayuda a sentirte mejor...”	8	0.53
“...con los alimentos y ejercicio uno puede controlar la enfermedad...”	8	0.53

Tabla II. Categorías según la función dieta y las palabras asociadas (n=200) (Fuente Propia)

Categoría	Palabras o Frases	f	%
Identidad	“...lo que puede comer uno...”	173	86.5
	“...el alimento...”	139	69.5
	“...todo lo nutritivo...”,	137	68.5
Actividad	“...es muy difícil seguir la dieta por el tiempo...”,	198	99
	“...lo que ayuda a sentirte mejor...”	107	53.5
Propósito	“...lo que me llena...”	185	92.5
	“...lo que uno debería de comer...”,	149	74.5
	“...con los alimentos y ejercicio uno puede controlar la enfermedad...”	153	76.5
Normas/Valores	“...come uno lo que no está permitido...”	178	89
Posición/Relación	“...el dinero no alcanza...”,	197	98.5
	“...es lo que me dice el doctor que puedo comer...”,	112	56
	“...hija...”,	97	48.5
	“...esposo/a...”,	89	44.5
	“...son los alimentos que me recomienda el nutriólogo...”,	108	54

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

La Tabla III, nos muestra la frecuencia y porcentajes de asociación de los pacientes con obesidad, los

cuales muestran para cada discurso de análisis de categoría una presentación de frecuencias.

La Tabla III, es la muestra de rangos asociación a través de análisis bivariado entre de los discursos de dieta y categorías de estructura, de acuerdo a las asociaciones obtenidas del instrumento.

Tabla III. Análisis bivariado de Categorías y asociación con el discurso

Categoría/ Discurso	Identidad			Actividad			Propósito			Normas/ Valores			Posición Relación		
	OR	p	IC95%	OR	p	IC95%	OR	p	IC95%	OR	p	IC95%	OR	p	IC95%
Factor de Asociación															
“...lo que puede comer uno...”,	.5	.001	.1-0.9	.2	.007	.2-0.8	.4	.004	.3-0.9	.6	.003	.3-0.9	.3	.003	.4-0.9
“el alimento...”,	.8	.086	1.1-3.5	.94	.772	1.2-3.5	1.5	.735	1.5-7.1	2.4	.639	1.1-15.3	1.1	.651	2.1-9.8
“...todo lo nutritivo...”,	.7	.008	1.2-4.2	.8	.343	3.9-6.6	1.3	.898	4.7-19.3	3.4	.961	5.2-33.8	.9	.724	7.4-15.9
“...es muy difícil seguir la dieta por el tiempo...”,	.3	.015	.3-0.7	.2	.003	.4-0.91	.51	.017	.2-0.81	.7	.008	.3-0.8	.4	.006	.5-0.9
“...lo que ayuda a sentirte mejor...”,	1.9	.432	2.6-9.1	1.4	.843	3.6-19.4	9.3	.977	2.9-9.21	1.8	.996	1.8-11.3	.9	.882	1.2-13.8
“...lo que me llena...”,	.1	.001	.6-0.91	.5	.004	.56-0.94	.3	.007	.2-0.91	.8	.006	.3-0.93	.6	.002	.2-0.99
“...lo que uno debería de comer...”,	.8	.055	.7-17.1	.8	.088	.3-11.6	.1	.005	.1-0.93	.9	.079	1.2-11.1	.8	.098	.9-7.9
“...con los alimentos y ejercicio uno puede controlar la enfermedad...”,	.2	.072	.3-0.87	.3	.004	.4-0.95	.2	.002	.2-0.93	.9	.086	.8-2.2	.8	.821	.1-3-4
“...come uno lo que no está permitido...”,	.5	.002	.3-0.98	.3	.003	.4-5.6	.7	.992	.2-6.3	.9	.006	.3-0.92	.4	.821	.1-2-4
“...el dinero no alcanza...”,	.3	.004	.2-0.88	.4	.011	.3-0.81	.7	.007	.5-1.8	.35	.006	.2-0.97	.	.013	.7-1.3
“...es lo que me dice el doctor que puedo comer...”,	.9	.011	1.5-4.4	1.5	.081	1.7-4.98	1.5	.212	1.4-11.3	1.1	.125	1.7-7.4	1.2	.023	1.4-3.8
“...hija/o...”,	1.3	.995	1.2-7.3	1.9	.838	3.1-15.2	2.3	.897	3.2-18.9	1.3	.979	1.4-19.3	1.5	.865	2.1-14.7
“...esposo/a...”,	2.2	.875	3.1-18.3	1.7	.981	2.4-19.5	1.1	.897	2.3-18.6	2.8	.878	3.2-15.1	5.1	.968	1.3-7.35
“...son los alimentos que me recomienda el nutriólogo...”,	.8	.774	1.9-3.3	.7	.723	1.1-5.4	.8	.889	2.3-9.2	.9	.796	2.4-9.1	1.2	.974	1.4-7.2

Discusión

Para interpretar la asociación discursiva de los pacientes con obesidad respecto a dieta, es conveniente arrancar a través de las categorías de análisis preestablecidas, que bien podrían entenderse como los núcleos temáticos centrales de la estructura y función de las representaciones sociales de esta investigación, y así poder dar paso a la interpretación del escenario social del paciente con obesidad.

a) Identidad; entendida como la construcción desde el colectivo que define la relación de sí mismos en relación al otro o algo, exclusivamente por sus características vividas (inherentes o atribuidas por la interacción cultural) tales como género, raza, etnicidad, religión, lenguaje, origen, en este caso paciente portador de una patología del tipo obesidad y la dieta. El discurso de “dieta” en esta categoría se asocia con un rango de asociación muy alto hacia “...lo que uno puede comer...”, esta relación se engarza hacia situaciones del tipo económico-social en un primer momento, donde expertos afirman que “...la forma de comer de nuestros pueblos está caracterizada por la disponibilidad y la accesibilidad, es decir, las familias comen lo que hay y para lo que alcanza...”¹³, originándose de esta manera condiciones de clase social de acuerdo a percepción económica, cabe mencionar que desde hace más de 15 años expertos en el tema afirmaban que en la población mexicana “...la ingestión dietética sugería un déficit de energía de alrededor de 25%, consumos sumamente bajos de zinc, hierro, vitamina C y vitamina A y consumos por arriba de las recomendaciones de proteínas y de ácido fólico...”³³, a la fecha, México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, precedido sólo por los Estados Unidos⁴¹, este panorama discursivo de los pacientes con ENT (enfermedades no transmisibles) también refleja un segundo momento la transición dietológica cultural de los colectivos como una situación imperante en todo nuestro territorio, una construcción fáctica o fatídica de marginación y olvidos, donde la “dieta” es constructo social de una identidad, en el país

“los alimentos que consumen las familias casi a diario son: galletas, tortillas de maíz, sopa, arroz, azúcar,

frijoles, huevo, refresco, cerveza, cebolla, chile, papa y café soluble”¹³, los cuales son parte del folclor culinario de un país carente de los nutrimentos necesarios lo cual ha sido consecuencia del factor económico que se ha traducido en una transición dietológica hacia lo más económico o barato, “con la brusca caída del producto interno bruto (PIB) se observó un rápido aumento de la pobreza alimentaria de México, la cual pasó de 13.8% de la población en 2006, a 18.2% en 2010, en paralelo, los índices de carencia alimentaria aumentaron de 21.7 a 24.9% de la población entre 2008 y 2010”⁴².

Aunado a lo anterior, esto también puede analizarse desde la vertiente de un ingreso per cápita cada día más reducido, con restricción salarial que se ha convertido en un verdadero despojo de orden social, en el que el promedio nacional de percepción de los trabajadores es de apenas dos salarios mínimos, es decir, 8 dólares por jornada, cuando en otras naciones se paga eso por una hora, así este país padece el empobrecimiento generalizado de su sector laboral²⁵, pero que en discursos políticos se suprime esta realidad “hace mucho que México dejó de ser un país pobre, México es un país de renta media con un problema de pobreza muy importante que tenemos que enfrentar, que estamos enfrentando, que estamos resolviendo, pero en este momento ya es un país de renta media que viene a consolidar clases medias como hace tiempo no lo lograba”¹⁵.

Sin embargo los cálculos más recientes reportan que 80 millones de pobres existen en México, o sea, 79.4% de la población total del país vive en situación de pobreza y marginación, pobreza que está muy ligada a desigualdad e inequidad, porque no es un problema de escasez absoluta sino de reparto desigual de los recursos disponibles, donde dentro de toda esta complejidad se manifiesta un comportamiento epidemiológico social de malnutrición, donde discursos de “dieta” en pacientes con ENT se desdibujan entre “... todo lo nutritivo” y “... el alimento”, generándose así representaciones sociales mínimas hacia un lado positivo del concepto central de dieta, estudios confirman que en México los “adolescentes poseen una percepción poco clara de lo que sería una

alimentación saludable”¹⁷ y además, “llama la atención que a pesar de que saben que no son saludables los siguen consumiendo afirmando que lo hacen por la necesidad que tienen de satisfacer el hambre, por el gusto y la economía”⁵, así visualizamos la influencia de factores tales como: “una alimentación se refiere a los elementos ingeribles transformados a fin de hacerlos atractivos para los sentidos y digeribles para el organismo, según una concepción particular del gusto, la salud, la ética y la cosmogonía de un colectivo humano determinado por lo cual el plato del buen comer, a secas, sólo mide proporciones de nutrientes”¹⁶, y deja a un lado los actos de vida cotidiana, compra, preparación, temporalidad, ingreso económico, consumo de alimentos, buscando la incorporación de las recomendaciones a partir de la viabilidad de las mismas, es así que la Identidad de dieta en pacientes con obesidad está reconfigurada en tres momentos lo económico, lo social y lo cultural, dando así rasgos inigualables e inimaginables de un momento fatídico de ignominia alimentaria.

b) Actividad. La descripción de la actividad ideológica es típica en aquellos grupos que se definen por lo que hacen respecto a algo, están centrados hacia lo que los hace miembros de algo pacientes con obesidad y dieta. El discurso con mayor frecuencia fue “...es muy difícil seguir la dieta por el tiempo...”, en esta época de hipermodernidad donde el tiempo es fugaz e irremediamente fuera de nuestro control¹⁹ dependiendo completamente de otros factores tales como: traslados al trabajo muy prolongados, escasos de transporte público, horarios y jornadas laborales con horarios extendidos e inadecuados para las funciones básicas de la familia (convivencia, procuración de alimentos, emociones, sensaciones, etc.), así como incorporación al trabajo en edades más cortas y jubilaciones más prolongadas, con una tercerización laboral o part time y una vida más encarecida, estrés laboral, inadecuados e incómodos horarios para realizar una pausa alimentaria en el trabajo, todos estos factores determinan dietas rápidas de consumo breve pero llenas de alimentos de energía de absorción rápida (Coca-Cola, sopas instantáneas, dulces, panecillos, bocadillos, etc.) con gasto de bolsillos muy redu-

-cidos, una alimentación llena de grasas, azúcares, edulcorantes y saborizantes, con bajo consumo de vitaminas, fibras y proteínas, orillando a los colectivos al sometimiento del desarrollo social adaptativo de la hipermodernidad de una dieta fugaz, rápida e incluyente de mercadotecnia, ¿pero en este mundo de rapidez y prontitud?, ¿quién podrá decir no a un alimento de este tipo?.

La dieta se alejó en la categoría de actividad de “...lo que ayuda a sentirte mejor...” con tu patología, dejó de ser nutritiva, adecuada, suficiente y con temporalidad asociado esto a los tiempos modernos de una sociedad que no para, que continua su rumbo hacia un vacío social que arremete a la salud.

c) Propósito. Las actividades adquieren un sentido ideológico y social solamente si tienen propósitos (positivos o negativos). La mayor frecuencia en el discurso asociado a esta categoría fue “...lo que me llena...”, en México la estructura económico-social es un punto de partida fundamental para entender este discurso, donde los factores de determinación social en este caso a una dieta repercuten de manera directa en afirmar que no hay importancia en la preferencia de algún régimen alimenticio, sino que este es cambiado hacia lo primero que pueda paliar el hambre de los colectivos, en ese sentido se ha documentado desde la década de los noventa, que la inseguridad alimentaria puede incrementar el riesgo de obesidad, diabetes, cáncer e hipertensión 9 además en aquellos países con un PIB bajo (<750 dólares al mes) la prevalencia de deficiencia crónica energética se encuentra por arriba de la prevalencia de obesidad, haciendo una correlación directa entre energía vacía y desarrollo de obesidad, así mismo en países cuyo PIB se encuentra aproximadamente en 750 dólares las prevalencias de ambas condiciones fueron idénticas, mientras que por arriba del mismo punto de corte hubo una tendencia decreciente en la prevalencia de deficiencia crónica de energía, junto con un incremento sostenido de la obesidad²², lo que manifiesta también que a mayor ingreso per cápita mayor desarrollo de obesidad y sobrepeso; los discursos en frecuencia son “...lo que uno debería de comer...”, y “...con los alimentos uno puede controlar la enfermedad...”,

estos discursos son parte fundamental de proyectos de iniciativa en salud en el área de educación para la salud, prevención y promoción de estilos vida saludables para combate de la obesidad³⁷, observándose que quedan al final de toda percepción categórica de propósito de los colectivos.

d) Normas/valores. Para una buena parte de los discursos ideológicos son cruciales los significados que involucran normas y valores acerca de lo que nosotros consideramos como bueno o malo, correcto o erróneo, y lo que en nuestras acciones y propósitos tratamos de respetar o de alcanzar. La frecuencia del discurso "...come uno lo que no está permitido...", es reflejo del rompimiento de todo aquello que esta normado dentro de un tratamiento dietológico de paciente con obesidad, así se dibuja un estado de insignificancia hacia los hábitos alimentarios a pesar de contar con una patología de fondo 8, al parecer el estado psicológico puede condicionar estados inadecuados de la percepción alimenticia orillando esto a estados de mala nutrición condicionados por estrés, ansiedad, angustia o depresión, el cual puede ser desarrollado por las propias patología.

e) Posición/relación. Mediante esta categoría se puede prever que se pondrá un especial énfasis en las relaciones grupales, el conflicto, la polarización, y la presentación negativa del otro (desacreditación). "...el dinero no alcanza...", en este momento en México existen más de 60 millones pobres, de los cuales 1 de cada 4 tiene hambre³⁵, en ese sentido el encarecimiento de los productos básicos alimentarios los cuales son controlados por los magnates de Norte de América, los precios de los principales alimentos se fijan en la Bolsa de Materias Primas Agrícolas de Chicago (Chicago Commodity Stock Exchange), seis empresas multinacionales del sector agroalimentario y de las finanzas controlan esa bolsa³⁹. Estos precios fijados diariamente son casi siempre fruto de complicadas especulaciones en torno a contratos a plazos, pirámides de derivados y otras variables, por lo cual este discurso se engarza con las situaciones económicas fluctuantes de un mercadeo internacional que sumerge aún más a los colectivos.

Aunado a lo anterior existen discursos relacionados a estructuras de poder y apoyo social, "...es lo que me dice el doctor que puedo comer...", "...hija/o...", "...esposo/a...", y "...son los alimentos que me recomienda el nutriólogo...", aquí se confirma la estructura de poder médico hegemónico como normatizador de un pensamiento en relación a lo obligatorio de una dieta y no así la estructura de un discurso de alimentación saludable, posterior a esta estructura se configura la hija/o, lo cual es parte estructural del apoyo social en pacientes diabéticos en México³⁴, esto confirma estructuras patriarcales/matriarcales de la funcionalidad familiar, donde por otro lado el profesional de la salud dedicado a estructurar un conocimiento científico en beneficio del individuo y colectivos es marcado al final por las relaciones de poder que dominan las estructuras dialógicas de dieta en pacientes con obesidad, esto es de llamar la atención, puesto que este profesional es parte fundamental de programas educativos a nivel nacional, y al parecer todavía no es parte del reconocimiento social de los colectivos.

Respecto al análisis bivariado de los discursos relacionados a dieta en pacientes con ENT, encontramos una asociación muy fuerte entre todas las categorías y los siguientes discursos, "...lo que puede comer uno...", "...es muy difícil seguir la dieta por el tiempo...", "...lo que me llena...", "...come uno lo que no está permitido..." "...el dinero no alcanza...", "...es lo que me dice el doctor que puedo comer...", encontrándose a través de esta analogías discursivas un entramado de significados de un colectivo lleno de marginación, ignominia, y sometimiento, donde la estructura discursiva fundamental remarca los factores de determinación social de la salud, en este caso el económico el cual nos remite a la percepción de un colectivo que construye a través del sentido común el fracaso de las políticas no solo de salud, sino de toda una percepción colectiva generalizada respecto a los alimentos, que trastoca por completo la seguridad alimentaria de los colectivos, donde no solo es paliar el hambre en los colectivos alejados de una postura política en sustentación del alimento a largo plazo, el ejemplo claro está en la creación del Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre (SINHAMBRE), el cual a través de la Secretaría de Desarrollo Social

se instrumenta el Programa de Comedores Comunitarios, para mejorar las condiciones nutricionales de la población de niños y niñas de 0 a 11 años de edad, mujeres en gestación y lactantes, personas con alguna discapacidad y adultos mayores de 65 años, y a la par de esta campaña el circo, este inicia con el “sur-gimiento de iniciativas como el -concierto sin hambre- cuyo boleto vale dos kilos de comida, un concurso nacional de fotografía sobre el hambre, cursos para enseñar a los hambrientos a comer bien, y la dotación de cámaras fotográficas a niños con hambre para que registren en sus municipios los impactos de la cruzada.

Bajo esta tónica se esperan desfiles de moda por el hambre, visitas de gente célebre a los municipios depauperados, telenovelas sobre las hambrunas mexicanas, programas de turismo social, kermeses, tómbolas, donativos, concursos, servicios sociales, loterías, y una campaña obligada de “adopte un hambriento” 39, y si esto no bastara, la corrupción o propinas políticas hicieron presencia, la Auditoría Superior de la Federación (ASF) encontró un Mega-fraude que le costó a la ciudadanía 147 millones de pesos en el proyecto de Cruzada Nacional contra el Hambre (CNcH) que dirige la titular de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), Rosario Robles¹⁰, y si esto no bastara, la supervisión que realizaron ONG`s confirmaron que en los comedores comunitarios del estado de Guerrero se imponen hábitos alimenticios ajenos a la población y convierten a las mujeres en sirvientas, no se pregunta a la gente lo que quiere comer, les llevan huevo en polvo y comida enlatada¹¹, de esta manera a través de estos discursos encontramos una reconstrucción social inminente de la dieta en el paciente con obesidad, lo cual puede ser parte de fundamental de los discursos científicos oficiales que pueden ser muy importantes y relevantes para llevar a cabo una práctica social con rumbo incluyente.

Esta investigación es el inicio de una nueva mirada al proceso salud-enfermedad de la obesidad, en los últimos años hemos consolidado conocimiento científico alrededor de esta patología se ha concluido que es una enfermedad con multiplicidad de factores de

riesgo, donde la mirada biomédica intervencionista curativa ha tomado la batuta respecto al combate a este mal, así todos los pilares estatales en salud, compiten en controlar al cuerpo de los que padecen obesidad hasta abatir la enfermedad solo con el control del peso, olivándose por completo que el combate a la obesidad debe compaginarse con una mirada transdisciplinaria.

El final de esta investigación devela que los hilos delgados de la marginación e ignominia de nuestros colectivos mexicanos que padecen obesidad, exponen una inequidad alimentaria total, la cual se vive a diario dentro un mundo cambiante, donde la vorágine del olvido y la traición convierte a estos pacientes se en fantasmas de un México no incluyente.

Referencias

1. Abric, JC. (2001). Prácticas sociales y representaciones. 8 ed. Impreso en México D.F. Coyoacán, Editorial Paidós.
2. Barquera, S.; I. Nonato; L. Hernández; A. Pedroza; J. Rivera (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSA-NUT 2012 Salud Pública Méx; Vol. 55(sup 2):151-160.
3. Barquera S, Campos I, Hernández L, Flores M, Durazo R, Kanter R (2009). Obesity and central adiposity in Mexican adults: results from the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Pública Mex*; 51: S595-S603.
4. Bray, G. (2002). The underlying basis for obesity: relationship to cancer. *The Journal of Nutrition*: 132: 345 1S-455S.
5. Contreras G, Camacho J, Ibarra L, López L, Escoto M, ET AL.(2013) Los hábitos de estudiantes universitarios. *Revista UNAM* , 14 (11), pp. 1607-1622. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.14/num11/art48/art48.pdf>
6. Cruz Á. (2015). Riesgo de diabetes en uno de cada tres niños nacidos a partir de 2010: la industria de alimentos y bebidas obstaculiza la estrategia nacional de prevención y control, acusa. *Periódico La Jornada Sección Política*. 17 de abril del 2015. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2015/04/17/sociedad/035n1soc>
7. Delval, J. (2000). Aprender en la vida y en la escuela. 1era ed. Editorial Morata, Madrid, España: pp. 15-34.
8. Díaz J. (2007). Estrés Alimentario y salud laboral vs. Estrés laboral y alimentación equilibrada. *Med Segur Trab*; 53 (209): p 93-99. Disponible en : <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v53n209/original11.pdf>
9. Dietz W. (1995) “Does hunger cause obesity?”. *Rev. Med. Pediatr*. 95 (3), pp. 766-779.
10. Editorial. (2015). Acusa ASF fraude en Cruzada Nacional contra el hambre. *Periódico La Jornada de Oriente Sección Política*. 19 de febrero del 2015. Disponible en : <http://www.lajornadadeoriente.com.mx/2015/02/19/acusa-asf-fraude-en-cruzada-nacional-contra-el-hambre/>

11. Enciso A. (2014). Comedores comunitarios de la Sedesol causan conflictos en pueblos de Guerrero: los operan soldados y marinos y eso trastoca la convivencia social. Periódico La Jornada Sección Política.
12. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012). Resultados Nacionales. 1era, Edición, Impreso en México, D.R. Instituto Nacional de Salud Pública. Link: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
13. Enciso, A. (2013). Promueven programas consume de alimentos que ocasionan obesidad. Refresco y galletas, dieta en la Costa Chica y la Montaña de Guerrero, revela estudio. Periódico La Jornada. Sección Sociedad y Justicia. 10 de junio del 2013. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2013/06/10/sociedad/039n1soc>
14. Franco, S. (2012). Obesity Update 2012. Organization for the Economic Cooperation and development (OECD publishing); Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/obesityandtheeconomicsofpreventionfitnotfat.htm>
15. González, R. (2011) Hace tiempo México dejó de ser pobre, afirma Cordero: es un país de renta media con un problema de pobreza y lo estamos resolviendo. La Jornada. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2011/06/01/politica/005n1pol>.
16. Iturriaga Y. (2013). No sólo de pan... Periódico La Jornada. Sección Opinión. 22 de septiembre del 2013. Disponible en: http://www.jornada.unam.mx/archivo_opinion/autor/front/94/38417
17. Lagunas E., Luyuando J. (2013). Alimentos saludables: la percepción de los jóvenes adolescentes en Monterrey, Nuevo León. Estudios Sociales. Disponible en: <http://www.ciad.mx/archivos/revista-eletronica/RES41/EliasAlvarado.pdf>
18. Ledikwe J, Smiciklas H, Mitchell C, Jensen L, Friedmann M, Still D (2003). Nutritional risk assessment and obesity in rural older adults: a sex difference. *Am J Clin Nutr*; 77:551-558.
19. Lipovetsky G (2007). La felicidad paradójica. 2 ed. Editorial Anagrama, Barcelona, España.
20. Márquez F, Macedo G, Viramontes D, Fernández J, Salas J, Vizmanos B (2011). The prevalence of metabolic syndrome in Latin America: a systematic review. *Public Health Nutr*; (14):1702-13.
21. Maggard M, Maglione M, Livhits M, Ewing B, Ruelaz A, et al. (2013) Bariatric surgery for weight loss and glycemic control in nonmorbidly obese adults with diabetes: a systematic review. *JAMA* 21: (309); pp. 2250-2261.
22. Monteiro C. (2004). Socioeconomic status and obesity in adult's populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization*; 82 (12), pp. 940-946.
23. Moscovici S (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*; 18: pp. 211-250.
24. Moscovici, S (1994). *Psicología Social Tomo 1 y 2*. 3era ed. Editorial Paidós, España Madrid; pp. 37-49.
25. Muñoz, P. (2006). México, con trabajadores pobres y empresas ricas. Alcalde Justiniani, podría lanzarse campañas contra firmas, como Wal-Mart, que sobreexplotan a empleados. La Jornada, Link: <http://www.jornada.unam.mx/2006/11/13/index.php?section=sociedad&article=046n1soc>
26. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998 (NOM) (1988). Para el manejo integral de la obesidad. Diario Oficial de la Federación. 7 de diciembre de 1998. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>
27. Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M, et al (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/ensanut2006.pdf>
28. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva no. 311[en línea]. Enero 2015. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
29. Ortiz C, Velasco C (2013). La obesidad: principal factor de riesgo para cáncer de endometrio. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*; 51 (3): 260-3.
30. Peláez M, Pratts O, Hennis AJ, Ham-Chande R, León E, Lebrão M, et al (2005). Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE); metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Pública*; 17(5-6):307-322.
31. Remesar X, Rafecas I, Alemany M, Fernández J (2000). La obesidad ¿factor de riesgo para el cáncer? *Nutrición y Obesidad*; 3: 194-01.
32. Revilla, A, Luna del catillo J, Bailón E, Medina M. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Med Fam*, 6(1), pp.10-18.
33. Rivera, J. (2000). La situación alimentaria en México. *Revista de Salud Pública de México Número Especial*; 3: pp. 34-49. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ammfen/01.html>
34. Rodríguez, A., Camacho E, Consuelo M, Contreras G, Casas D. (2014) Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México. *Medwave* 2014 Ago; 14 (7): e6011; Link: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/6011>
35. Román J. (2014). Alarmantes, las cifras sobre pobreza y alimentación en México: organizaciones. Periódico La Jornada Sección Opinión. 17 de octubre del 2014. Disponible en : <http://www.jornada.unam.mx/2014/10/17/politica/025n1pol>
36. Secretaría de Salud (SS) (2013). Dirección General de Epidemiología. Compendio de Anuarios de Morbilidad 1984-2006. [Consultado el 26 de junio de 2015]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/inicio_anuarios.html
37. SEGOB (Secretaría de Gobernación) (2010). Diario Oficial de la Federación: Acuerdo por el que se crea el Consejo nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. DOF 11 de febrero del 2010. Disponible en : http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5131456&fecha=11/02/2010
38. Stehbens E (1990). The epidemiological relationship of hypercholesterolemia, hypertension, diabetes mellitus and obesity to coronary heart disease and atherogenesis. *J Clin Epidemiol*; 43: 733-41.
39. Toledo, V. (2013). Los espectáculos del hambre. Periódico La Jornada Sección Política. 21 de abril del 2013. Disponible en : <http://www.jornada.unam.mx/2013/04/21/politica/018a1pol>

40. Timasheff N. (2006). La teoría sociológica. 21 reimp. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, D.F. pp. 141-154.
41. UNICEF. (2014). Salud y nutrición. El doble reto de la malnutrición y la obesidad. Boletín Informativo 2014 Disponible en: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>
42. Urquía, N. (2014). La seguridad alimentaria en México. Salud Pública de México, 56(1),pp.92-98.Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002990
43. Villa, A.; M. Escobedo; M. Méndez (2004). Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. Gac Méd Méx; 140: 21-26.