

**EXPERIENCIA DEL CAMBIO DE ALIMENTACIÓN DE LAS PERSONAS QUE  
VIVEN CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA**

Autores:

Ana Elisa Castro Sánchez, Esteban Gilberto Ramos Peña, Adriana Zambrano Moreno, Luz  
Natalia Berrún Castañón.

Dirección institucional de los autores:

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Salud Pública y Nutrición, Calle Eduardo  
Aguirre Pequeño s/n, Col. Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, Nuevo León, México.

Contacto: [aelisacs@yahoo.com.mx](mailto:aelisacs@yahoo.com.mx)

I Congreso Español de Sociología de la Alimentación (Mesa 4: Salud y Alimentación). Gijón  
(La Laboral), España, 28-29 de mayo de 2009.

## 1. Introducción

La DM2 constituye un problema de salud pública de primera magnitud que ha pasado de ser una enfermedad característica de los países desarrollados a ser una epidemia en países en desarrollo, pues éstos enfrentan la transición que va *del “rezago en salud”* (mortalidad por enfermedades infecciosas, enfermedades de la nutrición y de la reproducción) a *los “riesgos emergentes”* asociados a la industrialización, la urbanización y el envejecimiento poblacional (Barquera, 2003; Torres, 2004; Torres, Castañeda y Chong, 2005). Para el 2025 el número de pacientes diabéticos aumentará 122% al pasar de 135 a 300 millones (Vázquez y Panduro, 2001), sin embargo, cabe precisar que en los países desarrollados el aumento será del 40% : pasará de 51 a 72 millones de enfermos, mientras que en las economías pobres será de hasta un 170% : pasará de 84 a 228 millones de enfermos (Vázquez y Panduro, 2001). En el caso de los países latinoamericanos se prevé que en promedio habrá un aumento de 160% (Vázquez y Panduro, 2001). En México el incremento respecto al número absoluto de diabéticos se estima en un 200% y es en la región norte del país donde la frecuencia de la enfermedad es mayor. Según la Norma Oficial Mexicana en la materia<sup>1</sup>, para el 2000 se estimaba que alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padecía diabetes y que cerca del 30% de los individuos desconocía que la tenía; lo anterior significa que existían más de cuatro millones de personas enfermas de las cuales poco más de un millón no habían sido diagnosticadas. En cuanto a las estadísticas de mortalidad en México para el 2002 la diabetes se presenta como la principal causa de muerte entre las mujeres (14.6% ) y la segunda (9.9% ) entre los hombres (DGIS-SSA, 2004).

Esto nos dibuja un panorama difícil que no se resolverá en el corto plazo. Mientras tanto, ha habido consenso sobre las recomendaciones básicas que todo modelo de intervención debe contemplar adicionalmente a la prescripción farmacológica e incluso sin ella, a saber: el control de peso, la actividad física y una adecuada alimentación. Pues la mayoría de los pacientes tiene dificultades respecto a la cantidad de energía que deben proveerles los alimentos, sufriendo de complicaciones ya sea por hipoglucemia o por hiper glucemia. Aquí, resulta clave el control de los niveles de glucosa en la sangre mediante una buena nutrición. Es necesario subrayar que desde esta perspectiva el manejo nutricional del adulto con diabetes tipo 2 es un aspecto esencial en el tratamiento<sup>1</sup> debido a que permite evitar, disminuir o retrasar la aparición de complicaciones.

---

<sup>1</sup> Se trata de la NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

No obstante, se reconoce que la diabetes genera aún una gran carga de complicaciones difíciles de explicar debido al amplio espectro de fármacos eficaces existentes (PNS 2001-2006). A pesar de los esfuerzos realizados, en México: “de cada 100 diabéticos, 14 desarrollan nefropatías; diez neuropatías; siete a diez, pie diabético (30% de los cuales terminan en amputación) y de dos a cinco, problemas de ceguera”<sup>2</sup>. Y es que sólo el 20% de los diabéticos en un país desarrollado (en México sólo el 15% ) logra mantener bajo control sus niveles de glucosa en la sangre (FMD, 2007:22). Ante estas cifras, no es posible afirmar que el modelo de intervención haya tenido gran éxito.

La política de salud, expresada a través de la Norma Oficial correspondiente, sugiere que variables sociales y culturales estarían implicadas tanto en la prevención, tratamiento y control de la diabetes e incidiendo en el aumento de complicaciones. Sin embargo, existen pocos estudios al respecto, sobretodo aquellos que destaquen el punto de vista o experiencia de las personas implicadas (Ruíz, Mercado y Perea, 2006), sean los pacientes, sus familiares u otras personas del entorno o comunidad.

El enfoque centrado en el punto de vista o experiencia de la población, de los enfermos o usuarios de los servicios de salud ha permitido clarificar la lógica interna y el sentido que los actores sociales dan a sus prácticas relacionadas con los procesos de salud-enfermedad (Mercado-Martínez et al, 2003). Así, el presente trabajo aborda uno de los aspectos más importantes y menos estudiados sobre las personas que viven con DM2, a saber, el cambio de alimentación, proceso que constituye la piedra angular del tratamiento no farmacológico para esta enfermedad crónica.

El presente estudio forma parte de un proyecto más amplio sobre la experiencia de la enfermedad crónica en el norte de México. En este trabajo, se cubre el objetivo específico<sup>3</sup> de analizar la experiencia que los pacientes han tenido respecto a la intervención nutricional, preguntándonos por qué acuden o se ausentan de la consulta de nutrición y cuál ha sido el impacto o los cambios generados a partir del cambio de alimentación.

---

<sup>2</sup> A esto debe agregarse el riesgo de cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular, que es de 2.5 veces mayor en los diabéticos que en el resto de la población (PNS 2001-2006: 44)”.

<sup>3</sup> El objetivo general fue indagar la dimensión subjetiva (individual y colectiva) para conocer la percepción de los propios pacientes sobre la forma en que viven y enfrentan la diabetes en su vida cotidiana.

## 2. Antecedentes

Respecto a la intervención nutricional Andrien y Beghin (2001) han mostrado que la educación en nutrición se ha basado en un sistema “convencional” (Andrien y Beghin, 2001) con resultados poco optimistas debido al bajo impacto que se tiene en el cambio de hábitos alimentarios, pues la formación que recibe el personal de salud y en particular los nutriólogos, se basa en supuestos “erróneos” (Andrien y Beghin, 2001) tanto conceptuales como estratégicos y metodológicos, a saber, los dos principales: desconocimiento del contexto cultural y la referencia a un modelo de modificación de la conducta humana donde prevalece lo racional, (supone que basta “conocer” para modificar hábitos y comportamientos). Capacitar al personal de salud reporta resultados positivos pero netamente insuficientes y a muy corto plazo, de ahí que (Andrien y Beghin, 2001) muestren que se requiere aplicar un enfoque distinto basado en una mejor comprensión de los determinantes de la conducta humana y la comunicación.

Existen modelos de intervención y un gran número de estudios que han abordado la cuestión del estado nutricional de los pacientes diabéticos, y la mayoría de ellos lo hace desde la nutrición clínica (Blanco-Hernández et al, 2001) o bien de acuerdo a criterios epidemiológicos. También, a pesar de que se le reconoce muy poca eficacia debido a que poco contribuye a la solución de problemas (Andrien y Beghin, 2001), la intervención nutricional dirigida a los adultos con diabetes tipo 2 ha comportado básicamente tres acciones: la enseñanza de equivalentes, la cuenta de hidratos de carbono y el monitoreo en la ingesta de grasas (Hunot, 2001). A esta perspectiva le subyace un enfoque eminentemente clínico o biomédico, que considera sólo parcialmente los procesos nutricionales, pues se centra en aspectos fisiológicos y/o patológicos de la ingestión, la digestión, la absorción, el metabolismo y la excreción. Esta visión deja de lado la otra dimensión fundamental de los procesos nutricionales, a saber, los patrones alimentarios de las poblaciones o grupos, que sólo se explican a través del acercamiento y comprensión de elementos culturales, sociales, económicos y ambientales (Berrún, 2005). Aunado a lo anterior, las intervenciones e investigaciones se han caracterizado por el desinterés en la perspectiva de los pacientes (Valdés, Arenas y Hernández, 2004). Esto a pesar de la importancia demostrada respecto a incorporar el punto de vista de las personas enfermas y no enfermas para mejorar tanto el diseño como el impacto de los programas y servicios de salud (Andrien y Beghin, 2001; Ruíz, Mercado y Perea, 2006).

En México se han llevado a cabo importantes estudios que parten del punto de vista de los enfermos o de los beneficiarios de los servicios de salud: algunos de ellos se basan en el enfoque de la experiencia del padecimiento (Mercado-Martínez, 2003; Ruíz, Mercado y Perea, 2006) otros son de corte psicosocial (Torres, 2004) y otros más son estudios etnográficos (Torres, Castañeda y Chong, 2005). No obstante los aportes de estas investigaciones (por ejemplo, han clarificado los términos en que los enfermos explican la enfermedad y utilizan los servicios de salud) (Torres, Sandoval y Pando, 2005), ninguna de ellas ha profundizado en la dimensión nutrición – alimentación- enfermedad crónica, o más específicamente, muy pocos se han enfocado a analizar la experiencia derivada de la intervención nutricional, es decir, la tríada: nutrición- alimentación – diabetes tipo 2. Lo anterior, pese a que algunos de los autores (Torres, Sandoval y Pando, 2005) reconocen que es la *dieta* la forma de control (glucémico) más problemática en la vida cotidiana de los pacientes y sus familias. Una tendencia similar se encuentra en estudios realizados en otros países (Thorne, Peterson y Russell, 2003; Graft, 2005; Peel, 2005), los cuales también sin ahondar en la temática, muestran directa o indirectamente en sus resultados aspectos relacionados con la experiencia de la dieta y cambio de alimentación de los enfermos diabéticos.

### 3. Metodología

El estudio se llevó a cabo en dos áreas geográficas de Nuevo León: la zona metropolitana de Monterrey (ZMM) y un área rural del sur del Estado. NL<sup>4</sup> se ubica entre los Estados mexicanos con mayor frecuencia de diabetes<sup>5</sup> (9.7% , se diagnostica un nuevo paciente con diabetes cada hora (Gobierno del Estado de Nuevo León, 2004). La muestra se integró con diabéticos tipo 2; hombres y mujeres; de diferente estrato social; de área urbana y de área rural. Se logró la participación de treinta y cuatro pacientes: 17 mujeres y 17 hombres, de los cuales, 23 habitaban en zona urbana y 11 en zona rural. Se realizó un estudio cualitativo bajo la estrategia metodológica del estudio de caso. Logrando previamente el consentimiento informado, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas audiograbadas. Se realizó un análisis temático<sup>6</sup>; se transcribió y codificó cada entrevista y se elaboró un listado de

---

<sup>4</sup> Estado industrializado donde la mayoría de su población (cerca del 90 por ciento) vive en zona urbana.

<sup>5</sup> Ocupa el segundo lugar nacional en frecuencia de diabetes mellitus 2.

<sup>6</sup> En el plano metodológico, tanto la colecta como el análisis se orientaron de acuerdo a la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002) la cual se refiere a: “una teoría derivada de los datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación. En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí (Strauss y Corbin, 2002:13-14)”. Según

categorías analíticas. Se desarrollaron las siguientes categorías analíticas: a) Experiencia sobre la dieta; b) Modelos culturales de referencia para el cambio alimentario; c) Transformación alimentaria familiar y comunitaria; d) Dinámica de la acomodación alimentaria. Por razones de espacio, en este trabajo sólo se abordan las tres primeras.

## 4. Resultados

### 4.1 La experiencia del padecimiento y la dieta

Al realizar el análisis de los casos estudiados, aparece una experiencia común entre todos y todas las informantes, esto es, independientemente del tiempo de vivir con la enfermedad, de habitar en zona rural o urbana, de ser mujer u hombre, o de pertenecer a uno u otro estrato social o nivel de escolaridad, la diabetes se vive como una enfermedad estrechamente vinculada al apetito y a la comida:

“Es la diabetes, te ocasiona mucho apetito, es doble lucha, no sólo dejar de comer y comer lo que nos hace bien, sino controlar el apetito que da la diabetes”. “La diabetes es una enfermedad que te da apetito, es uno de los síntomas, nunca se te acaba el hambre, yo siempre tengo hambre, siempre estoy pensando qué voy a comer..Lo más difícil es dejar de comer lo que te gusta” (P2).

Esta experiencia del diabético coloca en el centro del padecimiento tanto a la dieta como al agente de salud que generalmente la prescribe: la nutrióloga. La dieta se percibe como un ideal casi imposible de realizar, se le conoce como “dieta rigurosa” y se le identifica como “la lista, hoja o papel de la nutrióloga”, esto en referencia al plan nutricional estandarizado (despersonalizado) que los pacientes reciben por escrito luego de la consulta de nutrición:

“Sé que se tiene que llevar una dieta, un régimen, pero no se puede” (P01); “Sería muy bonito que la siguiéramos tal y como nos lo dicen, sería lo ideal pero nunca nadie lo seguimos” (P02); “Me dieron una dieta como a toda la gente” (P06). “Me dieron un papel la nutrióloga” (P07). “Tengo una hojita, dice cuánto de fruta, de verdura, carne..” (P12). “En el seguro social me dieron a mí una lista con la de nutrición” (P22). “Yo nunca he llevado dieta, dieta dieta rigurosa no” (P24).

Los y las informantes coinciden en su experiencia de vivir en la paradoja que constituye la dieta: todos reconocen que las *dietas* son “buenas” y que las nutriólogas hacen bien su trabajo, esto porque indican la mejor manera (más nutritiva y racional) de comer y controlar los niveles de glucosa en la sangre, pero a la vez sostienen, que es casi imposible apegarse a la prescripción. Por otro lado, la dieta se vive como una imposición corporal, familiar y

---

los creadores de esta teoría, el resultado más significativo sería la generación de conocimientos, el aumento de la comprensión y el hecho de proporcionar una guía significativa para la acción (Strauss y Corbin, 2002).

económica a la cual los pacientes se resisten o desafían ya sea abandonándola o adaptándola. Debido a que resienten malestares severos, muchas veces insoportables luego del intento por llevar la *dieta rigurosa*:

“Es una dieta muy insípida, me sentía que me iba para abajo, que no tenía fuerzas, me ponía débil” (P01), “la dejé porque me sentí más mal de lo que debía sentirme” (P09), “nunca me he sujetado a las dietas que me dan” (P11).

Y aún cuando son las mujeres diabéticas las que mayormente acuden a la consulta nutricional, la mayoría de los pacientes coincide, en que después de un periodo de intentar llevar la *dieta rigurosa*, adaptan ésta a una forma natural o normal de comer: comen casi los mismos alimentos de siempre pero en menor cantidad.

También, las relaciones familiares y la situación económica tienen un impacto importante:

“Yo digo que no se puede llevar, no se puede...la clase de alimentación que hemos tenido toda una vida y cambiarla, cortar completamente así, así, no se puede...Ahora, si hay varios en la casa, ése es el otro problema. Que si hay dos con diabetes y dos que no tienen, no va a ser pura comida de dieta. Se hace el tipo de dos comidas pero está carajo para hacer las dos” (P24).

La dieta divide a la familia en diabéticos y no diabéticos: unos se convierten en los enfermos que deben comer comida de “dieta” y, los otros, son los *no enfermos* o sanos que comen comida “normal”, provocándose una ruptura en la estructura de convivencia, a la vez que se pone en cuestión la pertenencia alimentaria familiar y comunitaria.

Además de lo anterior, específicamente para los pacientes de medio rural y/o de escasos recursos, la dieta constituye algo muy costoso, inaccesible e incluso la perciben como algo exótico, ya que las prescripciones nutricionales incluyen insumos o productos fuera de sus posibilidades económicas o alimentos que no se expenden en el lugar donde viven. También, aparece otra particularidad entre los varones diabéticos de medio rural: prevalece la idea de que la dieta no está adaptada a las necesidades del trabajador del campo, en este sentido consideran que las recomendaciones de la nutrióloga corresponden más bien a las necesidades de hombres de ciudad que trabajan en oficinas y que realizan actividades que no requieren grandes esfuerzos físicos:

“La dieta está bien para alguien que esté detrás de un mostrador, para estar en una oficina, algo así, porque esa persona con una galleta que tenga allí en un cajón, nomás con que la pruebe con eso se controla. Pero en el campo el jornalero nomás no. Entonces, la persona que no agarra dietas como yo, vamos a suponer, come comidas pesadas pero el mismo trabajo las digiere, sudas” (P28).

## 4.2 El cambio alimentario

Las personas diabéticas se encuentran al centro de un proceso de transformación cultural alimentaria más amplio, en el cual tanto ellas como sus familiares actúan o se conducen de acuerdo a patrones establecidos dentro de su *cultura alimentaria de pertenencia* (Cuadro I). Esta última se ve cuestionada y en mayor o menor medida modificada por la *cultura de la nutrición* (Cuadro I) que ofrecen las instituciones de salud, teniendo un fuerte impacto en la estructura de relaciones sociales y en la identidad de los enfermos crónicos que padecen diabetes. En este sentido, el impacto mayor, se encuentra en el medio rural en relación a limitar el consumo de tortilla:

I: Las tortillas de maíz ¿siempre las ha hecho usted?, ¿compra la masa?:

R: No, el maíz.

I: ¿Usted hace el nixtamal?:

R: Sí, el nixtamal. Por eso me dijo el doctor que ya no debo comer tanta tortilla, porque aquí es lo que uno come más. Tortilla limpia, no de maseca.

De acuerdo a lo anterior, la *dieta rigurosa* afecta la pertenencia alimentaria debido a que adquiere la forma de algo que impide o limita consumir un producto estrechamente vinculado a la identidad nacional y al significado de una “buena comida”. De ahí que, para muchos, sustituir el consumo de tortillas por la de pan integral o cereales de caja resulte un cambio muy difícil de realizar.

La dimensión social de la *cultura alimentaria de pertenencia* (Cuadro I), se refiere a las emociones, ideas, significados, alimentos y prácticas alimentarias que en conjunto forman parte de la identidad de una comunidad, grupo étnico o estrato socioeconómico al que se pertenece o del cual el individuo se siente parte. Luego, en su dimensión familiar, la pertenencia alimentaria abarca un conjunto (interrelacionado) integrado por los afectos y vínculos emocionales, significados e ideas, hábitos y prácticas alimentarias de la familia o unidad doméstica a la cual el individuo pertenece. Lo anterior se construye y se hereda de generación en generación y circula a través de rituales de la vida doméstica. Tal y como es posible observar en la siguiente cita donde uno de los entrevistados explica por qué aún con la prohibición médica de comer el *asado de puerco* no puede dejar de hacerlo:

“I: ¿Y dónde aprendió usted a comer el asado?:

P: Con mi mamá. Sí, había un costumbre allá con nosotros en los ranchos, había, ahorita ya se retiraron esos costumbres. De engordar marranos, y era mi cumpleaños me mataban el mío, y ora cumple el que sigue y le mataban el suyo y así. Eso es lo que hacían. No había marrano, mataban un borrego porque sabe igual casi. Y pos mi papá...esas eran las comidas preferidas de él para fiestas de esas” (P26).

Existe un proceso de transformación dado por una serie de elementos emergentes que han ido conformando una *Cultura de la Nutrición*. Se trata de una serie de indicaciones y/o sugerencias de salud prescritas por agentes profesionales de la ciencia médica como endocrinólogos, nutriólogas y educadores en diabetes. Que implican, el consumo de ciertos insumos, la competencia en el manejo de ciertos instrumentos para el control de glucemias y cambio de estilo de vida. Así como de la adopción de nuevas prácticas culinarias y acceso a determinados productos, servicios y alimentos.

<b>Cuadro I.</b>	
<b>Modelos culturales de referencia para la transformación de patrones alimentarios en la enfermedad crónica</b>	
I. Cultura alimentaria de pertenencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Hábitos y costumbres alimentarios de la familia.</li> <li>b) Hábitos y costumbres alimentarios del grupo social o étnico.</li> <li>c) Ideas, significados, emociones, valores, vínculos afectivos y sociales asociados a los alimentos.</li> </ul>
II. Cultura de la nutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Alimentos o plan de alimentación prescritos o recomendados por los profesionales de la salud (médicos, nutriólogas, educadores en diabetes, endocrinólogos, trabajadores sociales);</li> <li>b) Alimentos o productos “Light” (descremados y/o bajos en grasa y/o de bajo índice glucémico);</li> <li>c) Instrumentos y procedimientos de control o de vigilancia del nivel de glucosa en la sangre (ej.: el glucómetro).</li> </ul>

### **4.3 Transformación alimentaria familiar: patrones<sup>7</sup> y procesos de acomodación socio alimentaria en las familias con pacientes diabéticos.**

***La Familia o comunidad segregante.*** Su característica principal es el hecho de apartar o separar al familiar diabético del resto de la familia. Predomina la ruptura de vínculos. El paciente es visto y tratado como diferente, como el “otro”, como el enfermo o anormal. Frecuentemente el paciente no comparte las horas o momentos de comida con el resto de los miembros de la familia o evita hacer vida social como asistir a fiestas o convivios familiares. Los alimentos se preparan separadamente: la “comida normal” y la “comida para diabético”. La “comida normal” se refiere a los alimentos y su preparación según los patrones alimentarios familiares o de pertenencia, por ejemplo, guisar los frijoles con manteca de cerdo y un pedazo de cebolla. La “comida para diabético” o “comida para enfermo” son los productos y/o alimentos prescritos por el profesional de la salud (nutrióloga o médico) como el aceite de oliva, los edulcorantes, la carne magra y el pan integral, entre otros. Cabe subrayar aquí, que son las mujeres diabéticas más jóvenes y con hijos pequeños quienes aparecen como las agentes de cambio que rompen significativamente con la segregación familiar alimentaria, ya que muchas de ellas imponen (no sin conflictos) una dieta homogénea a todos los miembros de la familia; esto, a diferencia de las diabéticas de mayor edad que tienen hijos adultos y nietos o de los varones diabéticos de cualquier edad que por razones de género no se implican en la preparación de alimentos.

***Familia o comunidad en transición.*** Aceptación o integración parcial o relativa del paciente en la familia. Algunos miembros de la familia empiezan a aceptar ciertos productos o alimentos “Light” o que antes creían eran sólo para diabéticos, personas obesas o enfermas. Pero sin abandonar o transformar totalmente los hábitos alimentarios de pertenencia: es un ir y venir entre prácticas de la *cultura de la alimentación* y prácticas de la *cultura de la nutrición*. El ideal de alimentación sigue siendo la “comida normal”. El paciente diabético realiza algunos cambios pero existe una cierta añoranza por la “comida normal”. Los familiares empiezan a conocer más sobre la diabetes y algunos a tomar conciencia del factor hereditario, esto permite que el paciente diabético reciba una mayor comprensión (no total) y apoyo.

---

<sup>7</sup> La elaboración de patrones se ha basado en el análisis detallado de las trayectorias de los pacientes considerando tres de los aspectos más recurrentes y significativos: 1) la participación, apoyo y/o conocimiento por parte de los miembros de la familia respecto a la enfermedad y tratamiento del paciente; 2) la estructura de convivencia familiar y comunitaria; 3) la transformación de hábitos alimentarios de pertenencia.

**Familia o comunidad en transformación.** *Transformación nutrición - alimentación.* La familia en su conjunto o algunos de sus miembros modifican hábitos o prácticas alimentarias de pertenencia. Implica abandonar definitivamente o modificar de fondo una práctica o costumbre familiar o comunitaria heredada por generaciones para adoptar o poner en práctica una alimentación basada en las recomendaciones de los profesionales de la salud y la nutrición, un ejemplo de esto lo constituye el hecho de abandonar la práctica de cocinar con manteca de cerdo y preparar los alimentos sólo con aceite vegetal. Los cambios pueden ser graduales o no y conllevan rupturas y acomodación de la estructura de relaciones sociales - comunitarias. Los cambios los llevan a cabo todos los miembros de la familia y no sólo el paciente diabético. Continuamente buscan información sobre la enfermedad y están concientes de los factores de riesgo, en particular del factor hereditario. Realizan prácticas encaminadas a prevenir la enfermedad.

## 5. Conclusiones

Ha sido posible identificar un proceso de cambio sociocultural que afecta profundamente la estructuración de las relaciones sociales y afectivas de un sector cada vez mayor de la población. Se trata de la transformación de patrones alimentarios y de la emergencia o afianzamiento de una cultura de la nutrición asociada a la denominada *epidemia* de diabetes que se vive actualmente como parte de la transición demográfica y epidemiológica de los países en desarrollo. El saber emanado de la ciencia nutriológica impacta incluso la identidad de las personas afectadas por la diabetes mellitus 2 al conducirlos hacia un cambio que cuestiona su pertenencia alimentaria: conocimientos, costumbres, prácticas y relaciones, que tanto los pacientes como sus familiares deben modificar para apegarse a los tratamientos.

Se muestra pues, la complejidad de la cultura alimentaria. También, los hallazgos de este estudio constituyen un aporte específico a considerar en la formación de profesionales del área de nutrición debido a que, entre otras cosas, permite comprender o aclarar por qué, a pesar de que el personal de salud realiza un buen trabajo y los pacientes califican como buena o muy buena la intervención nutriológica, muy pocos se apegan a la prescripción dietética y abandonan las consultas de nutrición para el control glucémico.

## Referencias

- Andrien, M, Beghin, I. (2001). *Nutrición y comunicación. De la educación en nutrición convencional a la comunicación social en nutrición*: Universidad Iberoamericana, México.
- Barquera, S. (2003). “Prevención de la diabetes mellitus: un problema mundial”, *Salud Pública de México* /vol. 45, no. 5, septiembre-octubre, p.p. 413-414.
- Berrún, L.N. (2005). “Más que los principios de nutrición y salud, imperan intereses económicos en la industria alimentaria”, *Ciencia, Conocimiento, Tecnología*, 13:10-12.
- Blanco-Hernández, et al (2004). “Lipoperoxidos, actividad antioxidante y factores prooxidantes en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2”, *Bioquímica*, 29: (4) 118-125.
- DGIS- Dirección General de Información en Salud, 2004. “Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2002”, *Salud Pública de México* /vol. 46, no. 2, marzo-abril, p.p. 169-185.
- Federación Mexicana de Diabetes (2007). “Vivir con diabetes no se siente..se vive”, *Diabetes Hoy*, órgano oficial de comunicación de la Federación Mexicana de Diabetes, A.C., junio 2007, México, D.F.
- Graft A. (2005). “Healer shopping in Africa: new evidence from rural-urban qualitative study of Ghanaian diabetes experiences”, *BMJ*. Obtenido el 18 enero 2006 de: [www.bmjournals.com/cgi/reprintform](http://www.bmjournals.com/cgi/reprintform)
- Hunot A., C.( 2001). “Manejo nutricio del adulto con diabetes mellitus tipo 2”, *Investigación en Salud*, vol. III, marzo, p.p. 66-74.
- Mercado-Martínez et al.( 2003). “Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes”, *Aten Primaria* 31(1):32-8.
- Peel E. (2005). “Taking the biscuit? A discursive approach to managing diet in type 2 diabetes”, *Journal of Health Psychology*, 10: (6) 779-791.
- Ruíz, A., Mercado, F.J., Perea, M.B. (2006). “La atención a la enfermedad crónica en los servicios públicos de salud. La perspectiva de los profesionales y los legos”, *Inv. Salud*, 7: (1) 23-30.
- Strauss, A., Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*: Contus Editorial Universidad de Antioquia, .Medellín,
- Thorne S, Paterson B, Russell C. (2003). “The structure of everyday self-care decision making in chronic illness”, *Qualitative Health Research*, 13: (10) 1337-1352.
- Torres M. (2004). *Sangre y azúcar. Representaciones sociales sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México*: Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México.
- Torres M., Castañeda J., Chong F. (2005). “Tener una enfermedad crónica o ser un enfermo crónico: el caso de la diabetes mellitus”, *Inv. Salud*, 7: (1) 42-49.

Torres-López M, Sandoval-Díaz M, Pando-Moreno M. (2005). “Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México”, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21: (1) 101-110.

Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I. (2004). “Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo”, *Salud Pública Mex*, 46: (1) 56-63.

Vázquez C., J.L. y Panduro C., A. (2001). “Diabetes mellitus tipo 2: un problema epidemiológico y de emergencia en México”, *Investigación en Salud*, Universidad de Guadalajara, vol. III, marzo, p.p. 18-26.

**Documentos oficiales:**

*Programa Nacional de Salud 2001-2006*: Secretaría de Salud, México, D.F.