

SIGNIFICADO DE LA DIETA EN PACIENTES CON OBESIDAD

Dr. Donovan Casas Patiño

Profesor de Tiempo Completo
de la Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Amecameca
Contacto: capo730211@yahoo.es

Dra. Ofelia Márquez Molina

Profesora de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Amecameca. Miembro del SNI Nivel I

Lic. Alejandra Rodríguez Torres

Estudiante de Maestría en Sociología de la Salud
de la Universidad Autónoma del Estado de México
Medica Familiar UMF 195 Chalco, IMSS Contacto: aledefra2001@yahoo.com.mx

RESUMEN:

Se busca interpretar el significado de la representación social de la dieta en el paciente con obesidad a través de estudio de tipo cualitativo, descriptivo, transversal, hermenéutico-fenomenológico, el análisis implicó interpretación de significados, el trabajo de campo incluyó la entrevista participante del paciente con obesidad, con el fin de disponer de reflexividad conceptual (la interacción social que se lleva a cabo en el primer nivel de atención, negociaciones consensuadas, complejidades del trabajo clínico y práctico a partir de cinco categorías de análisis). Se obtuvo un muestreo probabilístico de 47 pacientes con obesidad en la Unidad de Medicina Familiar 195 Chalco del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Estado de México. Los pacientes refieren que la dieta es todo aquello que les obligan a comer, en horarios poco flexibles y alimentos que nada tiene que ver con la accesibilidad real de sus sueldos y de su región geográfica, se carece de un concepto de dieta. Por otro lado señalan que el médico familiar les dice una cosa y el nutriólogo otra, esto lo consideran contradictorio y les crea confusión al momento de elegir sus alimentos. Aunado a lo anterior, refieren que las porciones y tamaños de los alimentos de la dieta prescrita en el IMSS es obsoleta al momento de acudir a un restaurante, fonda económica o en casa, puesto que está por gramos y no por piezas; refieren que al respecto debería existir otro mecanismo que pudiera ayudar en la medición de las porciones. Una de las herramientas para abatir a la

obesidad es la *dieta*, aquí se observó que este concepto es difuso y no tiene un anclaje discursivo en el paciente con obesidad. Por otra parte, cabe mencionar que el médico familiar y el nutriólogo confunden al paciente durante la indicación de los diferentes alimentos altos en calorías, distorsionan su realidad y esto puede condicionar que la obesidad adquiera mayor magnitud en la atención primaria, donde la prevención debe ser el pilar fundamental de combate a la obesidad.

Palabras Clave: dieta, atención primaria a la salud, nutrición, obesidad, representación social.

ABSTRACT:

It seeks to interpret the meaning of the social representation of the diet in obese patients through qualitative study, descriptive, transversal, hermeneutic-phenomenological analysis involved the interpretation of meanings, the fieldwork included participant patient interview obese, in order to provide conceptual reflexivity (social interaction that takes place in primary care, consensual negotiations, and practical complexities of clinical work from five categories of analysis). A probabilistic sample of 47 patients with obesity in Family Medicine Unit 195 Chalco Mexican Social Security Institute (IMSS), State of Mexico was obtained. Patients report that the diet is all that require them to eat, and food in inflexible schedules that has nothing to do with the actual accessibility of their salaries

and geographic region, it lacks a concept of diet. On the other hand indicate that the family doctor tells you one thing and another nutritionist, consider this contradictory and creates confusion when choosing their food. Added to this, refer to the portions and sizes of food prescribed in the IMSS diet is obsolete at the time of going to a restaurant, not rich restaurant or at home, as it is per gram and not by parts; refer to the respect there should be another mechanism that could help in measuring portions. One of the tools to bring down obesity is diet, here noted that this concept is fuzzy and has a discursive anchor in patients with obesity. Moreover, it is noteworthy that the family physician and nutritionist confuse the patient during indication of the different high-calorie foods, distort your reality and this can influence obesity acquire greater magnitude in primary care, where prevention should be the mainstay for fighting obesity.

Keywords: diet, primary health care, nutrition, obesity, social representation.

INTRODUCCIÓN

La representación social

Este estudio describe el significado de dieta en pacientes que cursan con obesidad, desde el paradigma hermenéutico-fenomenológico y bajo la mirada de la *Teoría de las Representaciones Sociales* (RS), concretamente hacemos alusión al término que acuñó Sergei Moscovici (1988), psicólogo social francés de origen ruso, el cual retoma de un concepto olvidado de Durkheim (Timasheff, 2006), ya que la representación social 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 (Delval, 2000; Moscovici, 1988, 1994).

Las representaciones son sociales, porque permiten crear entre las personas, redes de elaboración y transmisión de información (Álvarez, 2004). Su carácter social orienta su estudio hacia el conocimiento colectivo y su vinculación con la práctica; además permiten a las personas conducirse ante los distintos estímulos del medio ambiente y, a su vez, a actuar sobre este. Cuando se comparan en un grupo, estas adquieren el adjetivo de sociales, ya

que se construyen en un proceso de actividad cultural, son un fenómeno histórico de la sociedad contemporánea.

Comprenden una serie de nociones acerca de un cierto objeto (Abric, 2004). Esta teoría critica las posturas clásicas de la psicología conductual en las que la relación sujeto-objeto está basada solo en la relación estímulo-respuesta, en cambio, afirma que en la relación entre el objeto y el sujeto existe una relación interdependiente (Abric, 1994).

La 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. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen tangible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, librando los poderes de su imaginación» (Moscovici, 1988).

Su estructura nos conduce a la elaboración de un entramado de significaciones y códigos de interacción que el individuo transporta, refleja y reproduce entre los integrantes de la sociedad y que conforman un pensamiento común en un «contexto elaborado» (Wagner, 1994).

Las RS son responsables del proceso de significación de un contexto, puesto que orientan los procesos de comunicación dentro de un grupo o entre los diferentes grupos. La apropiación, la familiarización de un objeto, un acontecimiento o una persona, es un proceso fundamentalmente establecido por lazos de comunicación. Justo cuando esta concierne de la misma manera, con las mismas reglas con rasgos semejantes a un objeto de representación, el grupo avanza en dirección de insertar un objeto de la vida cotidiana (Jodelet, 1986). La comunicación aplicada a convertir lo extraño en familiar es, simultáneamente, un conglomerado de relaciones sociales, ante el cual un objeto es sometido y reproducido facilitando la apropiación de la realidad. Son construcciones de los sujetos sobre un objeto, pero nunca reproducciones de ese objeto.

La teoría de la RS, puede ser a la vez una teoría general y una teoría particular; teoría general porque las representaciones coadyuvan a la construcción de lazos y acciones comunes, y es particular porque analiza las formas colectivas del pensamiento, de las creencias y de la comunicación bajo el apremio de la sociedad, estos procesos de análisis, permiten demostrar que el concepto teórico de la representación social es un sistema de conocimientos ge-

nuinamente social, puesto que la construcción en común del entramado de significaciones construye o da forma al núcleo de la representación social (Jodelet, 1986).

La RS integra conceptos cognitivos distintos como actitud, opinión, identidad, imagen, estereotipos, creencias, símbolos, etc., puede ubicarse 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» (Moscovici, 1988), 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), así es como entenderemos a la representación social.

La representación social tiene por misión primero describir, luego clasificar y, por último, explicar toda la apropiación y reproducción de significados relacionados a un objeto en estudio, cabe mencionar que el hombre está situado dentro de una cosmovisión social compleja, donde la cultura es y ha sido una creación colectiva interiorizada ideológicamente en cada individuo que forma la estructura social y da funcionamiento a la sociedad, esta cultura ideológica forma el universo real del individuo y la colectividad, y una manera de acercamiento a esta realidad es a partir de la RS.

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 29.9 sobrepeso (NOM, 1988; OMS, 2012), la obesidad se considera una patología de riesgo variada agrupada a: lumbalgia, infertilidad, osteoartritis, hiperuricemia, disnea, apnea del sueño, diabetes, hipertensión, cardiopatía isquémica, litiasis vesicular, accidentes cerebrovasculares, ovarios poliquísticos, síndrome metabólico, dislipidemia (Stehbens, 1990), catarata, enfermedad del hígado graso no alcohólico, además disminuye la esperanza de vida en un promedio de 9 años y actual-

mente asociado a cáncer de mama, colon y endometrio (Remesar, 2000; Bray, 2002; Ortiz, 2013). La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que para el año 2015 habrá 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 tres personas tendrán sobrepeso u obesidad en el año 2020 (Franco, 2012).

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 padecían (Peláez, 2005), con mediciones obtenidas por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, se encontró que alrededor de 30 % de la población mayor de 20 años (mujeres, 34.5 %, hombres, 24.2 %) tiene obesidad (SSa, 2013; Barquera, 2009). 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 (Olaiz, 2006; Ledikwe, 2003; Villa, 2004; Márquez, 2011). El sobrepeso y la obesidad se han convertido en el factor de riesgo modificable más importante del país. En la actualidad 71.3 % de los adultos mexicanos padece esta condición, 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 (Barquera, 2013).

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- (NOM, 1988; OMS, 2012), otras alternativas son: una alimentación hi-

pocalórica 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, 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 obesidad (Maggaard, 2013); 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.

Dieta: perspectiva actual

Esta compleja situación nos remite al análisis de un pilar fundamental de la existencia humana, los llamados *sistemas alimentarios*: complejos procesos mediante los cuales los grupos humanos obtienen las materias primas de la naturaleza para su comida y bebida con fundamento en la cultura y su tecnología, donde se procura 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-, cabe mencionar que en nuestra *época de hipermodernidad la obesidad es producto de un sujeto comedor más libre porque ya no hay límites político-religiosos, perdiéndose el control de sí mismo, esto es una paradoja sociocultural que vive el individuo y la colectividad porque el individuo tiene una infinidad de alegrías y al mismo tiempo no tiene control de sí mismo; es decir, que entre más posibilidades de elección se le presentan, menos poder tiene de sí mismo.*

En esta situación nuestra *dieta* estará basada en aquellos productos que se encuentran a nuestro alcance y en el entorno, por tanto, el individuo y la colectividad han sufrido una domesticación que ha involucrado 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, Dominos' Pizza, Sabritas, Bimbo, Chocomilk, Zucaritas, etc.*, esta incorporación a la dieta mexicana ha sido sin restricción alguna, por otro lado la accesibilidad a establecimientos comerciales donde se expenden alimentos rápidos en su preparación, tales como embutidos, sopas instantáneas, tacos, pizzas y guisados congelados, etc., son en ocasiones muy baratos y fáciles

de obtener, su preparación culinaria se traduce en platos fáciles de elaborar; aunado a lo anterior existe ausencia de espacios deportivos para realizar actividad física y además los horarios de trabajo exceden actualmente más de 12 horas, esto conlleva a preparar alimentos rápidos, fáciles de conseguir y consumir, la pregunta sería ¿Cómo comenzar a combatir la obesidad?, aquí surge el planteamiento de esta investigación: si la *dieta* es constructo cultural, ¿qué condiciona el imaginario del individuo?, cabe resaltar que culturalmente se encuentra condicionada en *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, ¿qué entiende por *dieta* un paciente que cursa con obesidad?, si esta es pilar fundamental de combate a la obesidad, aquí podría guardarse el código oculto a su combate. Se considera que un acercamiento a la realidad social que vive el paciente con obesidad nos permite develar el significado de los signos que se guardan en su RS.

Dieta en la pandemia de Obesidad

La dieta ha sido objeto de estudio desde diferentes paradigmas científicos en la búsqueda de una solución a la pandemia de la obesidad a nivel mundial; por un lado, desde la economía se ha tratado de manipular la alta ingesta de bebidas edulcorantes y alimentos de comida rápida con impuestos especiales (impuesto sobre las ventas e impuesto al consumo), tal impuesto impactaría -según expertos- en aumento al precio del producto y daría lugar a una reducción importante en la cantidad global de demanda por el consumidor conduciendo a la pérdida de su masa corporal (Gratzer, 2012; Borwnell, 2009; Hawkes, 2013), sin embargo, esta políticas de castigo económico -muy favorecidas por la salud pública- solo condicionan favores políticos a ciertas empresas y mano dura a otras, como lo comenta Galván (2013)¹, aunado a lo anterior, desde la mirada biologicista, experimentos confirman que la dieta alta en grasas, el ritmo y frecuencia en la ingesta de alimentos, así como la genética conducen a estados comórbidos de obesidad (Hariri, 2010; Li, 2010) donde la dieta se confirma como conductor directo de su estado; por otro lado, desde una postura socio-político-demográfico, cabe mencionar que la proporción de mexicanos en pobreza respecto del total de la población es ahora tan alta como hace dos décadas, de 100 mexicanos 52 viven en pobreza (González, 2013), lo que conduce a un alto consumo de productos alimenticios de consumo baratos

que son característicamente densos en energía, grasas, azucarados o salados y en general propicios para su manifestación. Este marco situacional, conduce a un panorama real de nuestra colectividad, donde los factores de determinación social, dirigen las pautas y modelos del proceso salud-enfermedad del México actual (ingreso per-cápita como motor generador de consumo alimentario).

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo cualitativo, descriptivo, transversal, hermenéutico-fenomenológico.

Población: Se obtuvo un muestreo probabilístico de 47 pacientes con obesidad en la Unidad de Medicina Familiar 195 Chalco del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Estado de México. La muestra se obtuvo del censo del servicio de Nutrición constituido por 3400 pacientes de los cuales 690 acuden para control de obesidad.

Características del Instrumento:

Se realizó una aproximación al significado de la representación social de la dieta en pacientes con obesidad a través de una entrevista semiestructurada; por lo tanto el discurso ideológico de modo particular estará semánticamente orientado hacia los tópicos, significados locales e implicaciones, y por ello se identificaron las siguientes categorías de análisis:

- 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?
- d) Descripciones de *normas y valores*: con respecto a su padecimiento y la dieta, ¿qué influencia tiene en su estilo de vida?
- Descripciones de *posición y de relación*: en relación a posiciones de poder de algún integrante de su familia o del equipo de salud, ¿alguien tomó su decisión hacia su dieta y su padecimiento, sin consultarle?

Se conformó un instrumento el cual se validó por expertos en el área de las ciencias sociales aplicadas a la salud, en ronda de cinco vueltas (Método Delphi), hasta completar un instrumento (entrevista semi-estructurada) con 10

ítems, se realizó una prueba piloto en 3 pacientes con obesidad, se obtuvo un instrumento final con el cual se realizó la entrevista directa a 47 pacientes, previa firma y autorización por parte del paciente a través del consentimiento informado, posteriormente a la entrevista se le realizó transcripción y codificación con el programa de Atlas.ti 7, de acuerdo a las categorías de análisis previamente delimitadas, se procedió posteriormente a su análisis desde la teoría de las Representaciones Sociales.

RESULTADOS

La voz de los actores; en la búsqueda de una *Identidad* (a) de la *dieta*, existen descripciones sin contenido, significados poco elaborados, no se precisa un concepto;

Entrevistado (E) 1 “...no lo sé...”

E2 “...desde que acudo aquí a la clínica es lo que me indican qué comer...y ya no puedo comer lo que comía antes...”

E9 “...es lo que nos dan de comer, en casa o en una fonda...y fíjate es más cara la dieta a lo que comía antes...”

E19 “...es aquello que me obligan comer aquí en la clínica de nutrición, que sirve pss para una buena nutrición...”

E20 “...es lo que nos dan en una receta y hay que seguir al pie de la letra solo por ser obeso...”

E22 “...es lo que como todos los días...”

E34 “...soy obeso y es la comida que me impusieron comer aquí en la clínica, pero es difícil llevarla a cabo por el costo de los alimentos...”

E35 “es pues... la comida que me recetaron, pero los horarios son difíciles de cumplir por mis trabajos...y mi sueldo pues no me alcanza para comprarlos...”

E41 “...yo creo que es la comida que consumimos a diario y que es nutritiva, o sea que la que no es nutritiva no es parte de la dieta... lo que quiero decir es que son los alimentos que nos recetan aquí en nutrición y pues son nutritivos...pero imagina conseguir alimentos que no son de temporada y viene en mi dieta, cómo le hago, mi sueldo no me alcanza...”

E43 “...yo creo que son los alimentos que nos indican comer por nuestro problema de obesidad, pero los horarios son poco flexibles para seguir la dieta...”

La opinión vertida sobre lo que es la dieta se remite a todo aquello que les obligan a comer, en horarios poco flexibles y alimentos que nada tiene que ver con la accesibilidad

¹En México, Bill Gates es dueño del 12.5 por ciento de las acciones de *Coca-Cola Femsa* por un valor de 760 millones de dólares. También posee 2.94 por ciento de las acciones de *Televisa*, por un valor de 507 millones. La televisora -según las organizaciones que promueven el impuesto antichatarra- se ha negado a difundir tal información y es que *Coca-Cola* es un patrocinador importante. Así que Gates regala dinero para combatir las enfermedades pero cobra por fomentarlas.

real de sus sueldos y de su región geográfica, se carece de un concepto de dieta, la gran mayoría lo refiere con una buena nutrición.

Respecto a las opiniones acerca de la *Actividad* (b) de la *dieta*, se refieren al centralismo biomedicalizado por el cual deben apegarse con estricto rigor cada vez que se les obliga o prescriben su dieta de una manera déspota e ignorando la otredad del paciente,

E1 "...imagina debo apegarme a la dieta, y esta es más cara cada día, cómo debo hacerle...y aparte se enojan con uno, tú lo viste...";

E12 "...estoy obeso, eso lo sé, pero cómo puedo seguir la dieta si esta carísimo todo...";

E24 "...otra vez, me regañaron, que porque no bajé, les digo que todo está muy caro, y me dicen que busque alternativas, otro trabajo...";

E30 "...mi dieta me va a llevar a la pobreza...";

E35 "...yo no venía desde hace tres meses y mira, la misma dieta que hace tres meses, no puede ser...";

E42 "Dicen que estoy obesa y que por eso debo seguir mi dieta al pie de la letra y yo les digo con qué dinero...";

E44 "...tu viste, yo pregunté que cómo la iba a seguir si estaba bien cara y me dijeron que ese era mi problema...";

E45 "...yo no la voy a seguir, me regañan como si fueran mi jefe, y aparte me dicen obeso...";

Además refieren que los alimentos cada día son más caros y de mala calidad, por lo cual es imposible seguir la *dieta* al pie de la letra.

En lo expresado sobre el *Propósito* (c) de la *dieta*, estos centran el objetivo en la prevención de su padecimiento, visualizando así a la dieta y el ejercicio físico como el pilar fundamental de combate a la obesidad, además se concibe como un escalón en la búsqueda de la mejora en su calidad de vida:

E2 "...la dieta es la única manera sana de combatir mi obesidad...";

E18 "...la dieta es complicada pero me va ayudar a bajar de peso, de una manera sana...";

E25 "...no inventé la dieta me ha costado un ojo de la cara pero me he sentido más feliz con mi estado de ánimo...";

E30 "...yo recomendaría la dieta para bajar de peso, al igual que el ejercicio...";

E34 "...me cuesta mucho trabajo, pero es una manera sana de bajar de peso, porque pastillas ni loca...";

E37 "...mira la dieta con el ejercicio es básico para nuestro problema, pero dime a qué hora el ejercicio...";

La *dieta* está implantada a partir de un modelo biomédico hegemónico, que si bien el paciente interioriza el beneficio implícito de esta, es indudable que tenemos un baluarte único para pragmatizar a partir de esta cosmovisión colectiva, para el beneficio de combate a la obesidad.

Las expresiones obtenidas acerca de las *Normas* y *Valores* (d) en la *dieta*, muestran respeto a la dieta prescrita por el nutriólogo y el médico aunque no vislumbran interés por parte del personal en salud hacia su persona, refieren que simplemente les imprimen su dieta y dan por terminada la consulta:

E2 "...me imprimen la dieta y termina la consulta... pues tiene mucha gente que atender, lo entiendo";

E15 "...tú lo viste, entré tres minutos y luego ya estaba afuera, no puede ser... no pude preguntar nada...";

E31 "...le pregunté sobre un alimento y no sabía si venía en mi dieta, ¿lo puede crear?...";

E34 "...solo nos imprimen la dieta y se termina la consulta médica...";

E39 "...no se vale, nos imprimen la dieta y ¡adiós, nos vemos en un mes!...";

E47 "...que me envíen a mi correo electrónico, pues solo la imprimen y les vale si uno tiene preguntas...";

Los argumentos bastan para demostrar que no se les permite diálogo alguno, debido a la gran cantidad de pacientes que tienen que atender, esta sistematización organizativa de los servicios de salud conlleva a sobresaturación y desgaste profesional, repercutiendo el sentido común del paciente de manera negativa e insatisfactoria, esta es un esfera que debe atenderse, de manera pronta y oportuna, para crear un vínculo amigable con los servicios de salud. Las expresiones sobre *la libertad como Poder* (e) en la *dieta del paciente con obesidad*:

E1 "...la dieta en mi casa es difícil de seguir porque el único obeso en casa soy yo...";

E3 "...le pregunté a mi médico sobre un alimento y me dice que sí lo puedo comer y la nutriología me dice que no, a quién le debo creer...";

E4 "...en la fonda nunca le entienden a mi dieta, dicen que no es clara y la verdad es cierto, deberían buscar otros modelos para que nos fuera más fácil entenderla...";

E17 "...mi médico me dijo: coma poco pero lo que quiera y mi nutrióloga me dijo que mi médico estaba loco...";

E40 "...en mi casa cuando es de noche y necesito preparar mis alimentos del otro día, no tengo lo que me toca, ¿qué hago?...";

E47 "...de por sí es cara la dieta, llegas a una fonda y no le

entienden porque viene en gramos, quién tiene en una fonda una báscula para pesar mis alimentos.

Encontramos que los familiares les hacen de comer lo que todos consumen, en el hogar no existe una *dieta* especial que puedan seguir, por tanto la disciplina en la dieta no existe, por otro lado refieren que el personal de salud en este caso el nutriólogo y el médico se contradicen y eso les crea confusión al momento de elegir sus alimentos. Aunado a lo anterior refieren los pacientes que las porciones y tamaños de los alimentos de la *dieta* prescrita en el IMSS es obsoleta al momento de acudir a un restaurante, fonda económica o en casa, puesto que esta por gramos y no por piezas, refiere que al respecto debería existir otro mecanismo que pudiera ayudar en la medición de las porciones.

CONCLUSIONES

Es un estudio que no ha concluido, la parte que se presenta permite obtener algunas conclusiones preliminares que orientan a la carencia de una definición precisa de *dieta* por parte de los pacientes con obesidad. El arraigo medicalizado respecto al tratamiento de la obesidad que prosigue como *bien mercantil* produce que esta patología sea vista desde modelos biomédicos, la carencia de nuevas visiones que traten de reflejar la realidad del individuo y la colectividad hacen que precisamente se busquen escenarios completamente medicalizados donde el combate a la obesidad sea a través de procedimientos quirúrgicos y medicamentos lipolíticos. No existe una postura crítica a todas las determinantes sociales que influyen en esta patología, dejando a un lado toda la enfermedad social en este tiempo de la hipermodernidad.

La *Representación Social* ayudó a comprender de cerca todo el entramado que se relaciona a la *dieta*, la cual es prescrita en pacientes con obesidad que acuden a una unidad médica de primer nivel de atención, esto develó que la realidad vivida por los pacientes es completamente distante de una realidad en política en salud de combate a la obesidad, estas políticas deberían impactar por completo en el estilo de vida de los pacientes y esto no es así puesto que no existe una mirada transdisciplinaria de combate a la obesidad.

El tratamiento de combate a la obesidad debe ser transdisciplinario;

- Una dieta básica, primaria y periférica nutritiva, de buena calidad, accesible y fresca; que además influya en una *saciedad alimentaria satisfactoria* del individuo para su continuidad de la dieta como estilo de vida saludable.

- Control mediático y regulatorio a las televisoras y radiodifusoras respecto a vender una imagen de completa delgadez asociándolo a medicamentos y productos milagro;
- Zonas y parques donde se pueda realizar actividad física y recreación;
- Jornadas laborales donde el individuo y la colectividad puedan satisfacer sus necesidades espirituales, personales y sociales, ya que esto condicionará el buen vivir;

El avance en esta investigación muestra que la realidad del paciente con obesidad está distorsionada y coaptada, que definitivamente existen factores de determinación social que condicionan que la obesidad tenga una magnitud mayor de carga para el sistema de salud mexicano por lo que en los próximos años aumentará, condicionando que la multipatología asociada a la obesidad no pueda combatirse desde ningún punto, en consecuencia *la prevención y la educación para la salud* deben ser el pilar fundamental de combate a la obesidad.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) Beca Apoyo Complementario para la Consolidación Institucional de Grupos de Investigación 2013, y al IMSS-Seción Estado México Oriente por el apoyo prestado para la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, J. (2004). *El contexto social y teórico del surgimiento de la teoría de las representaciones sociales*. En Eulogio Romero (ed.), *Representaciones sociales. Atisbos y cavilaciones del devenir de cuatro décadas*. México: Benemérita Universidad de Puebla: pp. 29-53.
- Abric, J. (2004). *Prácticas sociales y representaciones*. 1era reimp. Editorial Coyoacán México D.F. pp. 7-32.
- Abric, J. (1994). *L'organitation interne des représentations sociales: système central et système périphérique*, en Cristian Guimelli (dir), *Structures et transformations des représentations sociales*, Delachaux et Niestlé, Gêneve, pp. 73-84
- 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
- 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.
- Bray, G. (2002). *The underlying basis for obesity: relationship to cancer*. The Journal of Nutrition: 132: 345 1S-455S.

- Brownell K, Farley T, Willett M, Popkin B, Chaloupka F, et al (2009). *The public health and economic benefits of taxing sugar-sweetened beverages*. N Engl J Med Oct; (361); pp 1599-1605. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMhpr0905723>
- Delval, J. (2000). *Aprender en la vida y en la escuela*. 1era ed. Editorial Morata, Madrid, España: pp. 15-34.
- Franco, S. (2012). *Obesity Update 2012*. Organization for the Economic Cooperation and development (OECD); Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/obesityandtheeconomicsofpreventionfitnotfat.htm>
- Galván, E. (2013). *Dinero: reuniendo votos para la reforma energética*, Lupita Caso: Santander, Bill Gates en Coca-cola y Televisa. La Jornada. 24 de octubre del 2013. Sección Opinión. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2013/10/24/opinion/008o1eco>
- Gratzler D, Guénette J (2012). *Are soda taxes a cure for obesity? Montreal Economic Institute: ideas for a more prosperous nation*. Montreal Economic Institute: Economic Note.
- González, R. (2013). *Pobres, 52 de cada 100 mexicanos, nivel tan alto como hace 20 años*. La Jornada. 18 de diciembre del 2013. Sección Economía. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2013/12/18/economia/028n1eco>
- Hariri, N.; L. Thibault (2010). *High-fat diet-induced obesity in animal models*. Nutrition Research Reviews: 23; pp. 270-299.
- Hawkes, C. J. Jewell; K. Allen (2013). *A food policy package for healthy diets and the prevention of obesity and diet-related non-communicable diseases: the NOURISHING framework*. Obesity Reviews Nov.: (supl 2); pp. 159-168.
- Jodelet, D. (1986). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. En Moscovici, S. (Ed.) Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. 4ta ed. Editorial Paidós, España, Barcelona; pp. 469-506.
- 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.
- Li J, Zhang N, Li Z, Rui L, Cong L (2010). *Effects of changing dietary fat content on plasma gut hormone concentrations in diet-induced obese and diet-resistant rats*. British Journal of Nutrition: (105); pp. 879-886.
- 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.
- 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.
- Meiklejohn A (1953). *Diet and Obesity. Proceedings of the Nutrition Society*. Vol 12: (1); pp 19 – 24 [Consultado el 28 de noviembre del 2013]. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1079/PNS19530008>
- Moscovici S (1988). *Notes towards a description of social representations*. European Journal of Social Psychology; 18: pp. 211-250
- Moscovici, S (1994). *Psicología Social Tomo 1 y 2*. 3era ed. Editorial Paidós, España Madrid; pp. 37-49.
- Moscovici S, Hewstone M (1988). *De la ciencia al sentido común*. En: Psicología Social I y II. 3 era. Editorial Paidós, España Barcelona: pp. 39-78.
- 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>
- 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.
- 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>
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva no. 311[en línea]. Mayo 2012.<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- 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.
- Remesar X, Rafecas I, Alemany M, Fernández J (2000). *La obesidad ¿factor de riesgo para el cáncer? Nutrición y Obesidad*; 3: 194-01.
- 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.
- Secretaría de Salud (SS) (2013). *Dirección General de Epidemiología. Compendio de Anuarios de Morbilidad 1984-2006*. [Consultado el 25 de junio de 2013] http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/inicio_anuarios.html
- Timasheff, N. (2006). *La teoría sociológica*. 21 reimp. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, D.F. pp. 141-154.
- 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.
- Wagner, W. (1994). *Introduction: aspects of social representations theory*. Social Information, SAGE; 2 (33): pp. 155-161.