



INTER  
FACES  
CIENTÍFICAS

SAÚDE E AMBIENTE

ISSN IMPRESSO 2316-3313

E - ISSN 2316-3798

DOI - 10.17564/2316-3798.2019v7n2p73-90

---

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

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

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

---

Adan Flores Garnica<sup>1</sup>  
Maria de los Ángeles Maya Martínez<sup>3</sup>  
Alejandra Rodríguez Torres<sup>5</sup>

Donovan Casas Patiño<sup>2</sup>  
Yuridia Sánchez Repizo<sup>4</sup>

## RESUMEN

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

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

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

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

## PALABRAS CLAVE

Dieta. Diabetes Mellitus Tipo 2. Representaciones Sociales

## RESUMO

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

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

## PALAVRAS-CHAVE

Dieta. Diabetes Mellitus Tipo 2. Representações sociais.

## ABSTRACT

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

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

se constructed and reproduced by diabetics and, from its reality, the convergences and divergences around the diet. Thus, what is the social representation of diet in patients with type 2 diabetes mellitus [T2DM] with and without control? We had as objective to analyze and compare the social representations of the diet in the patient with T2DM with and without control. About the method, the present study is of qualitative type; a semi-structured interview was created and applied to a group of subjects with DM2 from the State of Mexico (Oriente). The discourses obtained with the help of Atlas ti V7 and Iramuteq software were analyzed and compared. As results, we had that the diet in Type 2 Diabetes Mellitus with control is associated with the generation and adaptability of healthy lifestyles centered on education, culture, society and economy, while in T2DM without control, diet revolves around discour-

ses of impossibility, difficulty and lack of time and money, related to social, ideological, economic and educational factors. Thus, we concluded that the diet, in the DM2, is reconstructed on the culture and society, since from them emanates the ideology and contextualization of the feeding but where is the reflection of social determinants that will affect in a positive or negative way the identity of the diet, its activity, its purpose, norms and values, position and relationship, surrounded in a sociopolitical and economic framework, that transforms the conception of the diet and relapses in the rise of the disease.

## KEYWORDS

Diet. Diabetes Mellitus Type 2. Social Representations

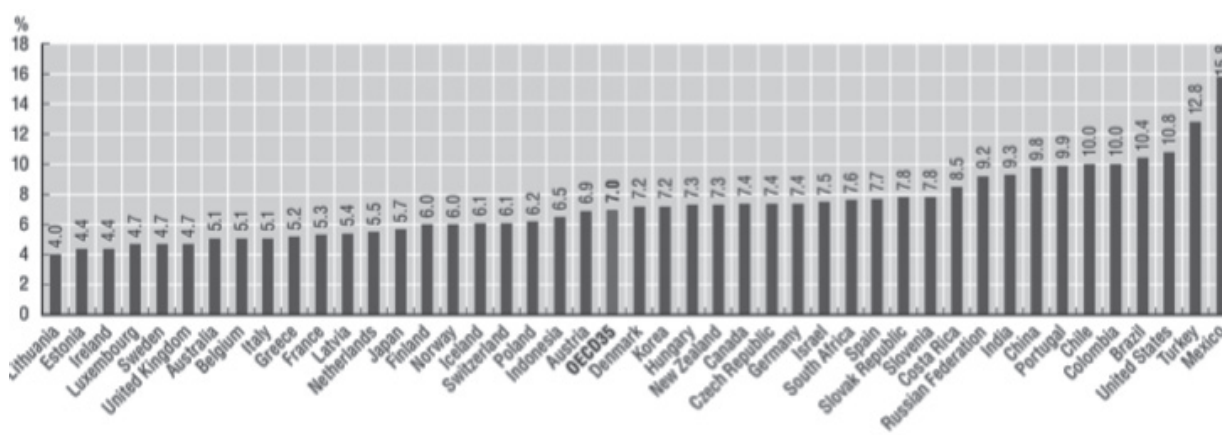
## 1 INTRODUCCIÓN

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

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

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

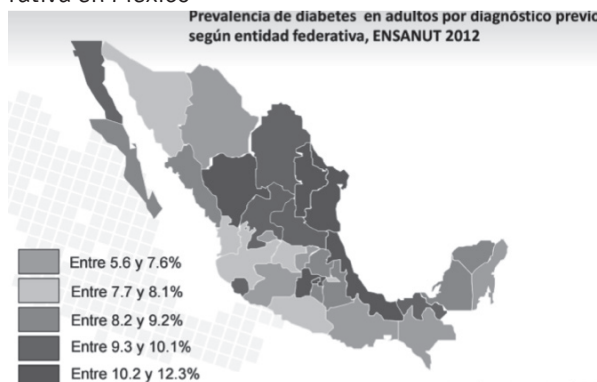
**Imagen 1** - Gráfica de prevalencia de Diabetes en el mundo



Fuente: OECD (2017), “Diabetes prevalence”, in Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-15-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-15-en).

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

**Imagen 2** - Prevalencia de Diabetes por entidad federativa en México



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

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

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

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

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

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

## 2 MÉTODO

### 2.1 MARCO TEÓRICO

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

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

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

## 2.2 MARCO METODOLÓGICO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Fuente propia.

### 3.1 IDENTIDAD

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

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

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

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

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

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

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

### 3.2 ACTIVIDAD

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

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

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

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

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

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

### 3.3 PROPÓSITO

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

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

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

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

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

### 3.4 NORMAS Y VALORES

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

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

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

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

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

### 3.5 POSICIÓN Y RELACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Figura 1** – Asociación referente a Dieta en DMT2 con control



Fuente: Propia.

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

Figura 2 – Asociación referente a Dieta en DMT2 sin control



Fuente: Propia.

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

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

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

## 4 CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

## REFERENCIAS

ABRIC, J. C. L'approche structurale des représentations sociales: développements récents. **Psychol soc**, v. 2, n. 4, p. 81-104, 2001.

ABRIC, J. C. La recherche de noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In: ABRIC, J.C. **Méthodes d'étude des représentations sociales**. Toulouse: Édition ERES, p. 59-80, 2005. Disponible en: <http://www.cairn.info/methodes-d-etude-des-representations-sociales--9782749201238.htm>. Acceso en: 15 nov 2017

ASCHNER, P. M. *et al.* Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. **Colombia Médica**, v. 47, n. 2, p. 109-30, 2016.

BOURDIEU, P. **La eficacia simbólica; Religión y política**. Edición. Buenos Aires: Biblos, 2009.

CANGUILHEIM, G. **Le normal et le pathologique**. Buenos Aires: Siglo veintiuno Argentina editores, 1971.

CASAS, D. P. *et al.* Representaciones sociales de Dieta en pacientes con enfermedad crónica no transmisible. **iMedPub Journals**, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2016.

CASAS, D. P. *et al.* Social Representations of the Diet in Patients with Diabetes Mellitus. **Divers Equal Health Care**, v. 14, n. 2, p. 46-52, 2017.



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

CONEVAL – Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. **Diagnóstico del avance en monitoreo y evaluación en las entidades federativas.** 2017. Disponible en: [http://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Diagnostico\\_2017/Diagnostico\\_ME\\_2017.pdf](http://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Diagnostico_2017/Diagnostico_ME_2017.pdf). Acceso en: 08 mar 2018

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OMS – Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. **Diabetes.** México: OMS. 2016b. Disponible en: [http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex_es.pdf?ua=1). Acceso en: 18 mai 2018

RATEAU, P.; LO MONACO, G. La teoría de las representaciones sociales: Las orientaciones

conceptuales, campos de aplicaciones y método. Medellín, Colombia. **CES Psicología**, v.6, n.1, p. 22-42, 2013.

RODRÍGUEZ, A. *et al.* Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México. **MEDWAVE**, v. 14, n. 7, p. 1-9, 2014.

SALDAÑA, I. Golpe a familias; se encarece canasta básica en enero. **El Universal**. Publ. en: 06 jan 2018. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/cartera/economia/golpe-familias-se-encarece-canasta-basica-en-enero>. Acceso en: 19 mai 2018

SEP – Secretaría de Educación Pública. 135 Delegación Federal de la Secretaría de Educación Pública en el Estado de México. 2017. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/253689/UR\\_135\\_delegacion\\_federal\\_de\\_la\\_sep\\_en\\_el\\_estado\\_de\\_mexico\\_16-JUL-2017.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/253689/UR_135_delegacion_federal_de_la_sep_en_el_estado_de_mexico_16-JUL-2017.pdf). Acceso en: 07 feb 2018

1 Universidad Autónoma del Estado de México.  
E-mail: [lacaramaiam@gmail.com](mailto:lacaramaiam@gmail.com)

2 Universidad Autónoma del Estado de México.  
E-mail: [capo730211@yahoo.es](mailto:capo730211@yahoo.es)

3 Universidad Autónoma del Estado de México.  
E-mail: [angelesmm\\_3@hotmail.com](mailto:angelesmm_3@hotmail.com)

4 Universidad Autónoma del Estado de México.  
E-mail: [ysrepizo@yahoo.com.mx](mailto:ysrepizo@yahoo.com.mx)

5 Universidad Autónoma del Estado de México, Instituto Mexicano del Seguro Social UMF 73 Amecameca. E-mail: [aledefra2013@gmail.com](mailto:aledefra2013@gmail.com)

---

Recebido em: **17 de Agosto de 2018**  
Avaliado em: **12 de Setembro de 2018**  
Aceito em: **1 de Outubro de 2018**

---