

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: UNA REFLEXIÓN SOBRE LA DIABETES MELLITUS

SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH: A REFLECTION ON DIABETES MELLITUS

Adan Flores Garnica (<https://orcid.org/0000-0001-7259-1872>)^{1,2,3}
Donovan Casas Patiño (<https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>)^{1,3,4}
Alejandra Rodríguez Torres (<https://orcid.org/0000-0002-2582-0625>)^{1,3,4,5}
José Martín Reyes Pérez (<https://orcid.org/0000-0002-8443-6973>)^{1,3,4}

¹ Universidad Autónoma del Estado de México.

² Universidad de Guadalajara.

³ RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural

⁴ Cuerpo Académico “Nutrición Humana, Educación y Salud Colectiva”

⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social. UMF 73 Amecameca.

Comunicación con los Autores:

Adan Flores Garnica: lacamaraiam@gmail.com

Tipo de revisión: con revisión por tres pares revisores externos, a doble ciego.

RESUMEN

El presente documento tiene como objetivo mostrar una reflexión de la Diabetes Mellitus [DM] ante el proceso salud/enfermedad/atención [PSEA] como fenómeno social, desde el punto ontológico de la ciencia nutricional, con el fin de esclarecer y contextualizar a la Diabetes Mellitus a partir de los Determinantes Sociales de la Salud [DSS], desde nivel individual, familiar y colectivo, considerando 6 momentos dentro de la reflexión: *educación, social, cultural, economía, política y psicológico*, de esta forma se podrá entender la cascada de fenómenos nunca contemplados desde el área de la salud, y así dilucidar sobre diferentes estrategias de combate en torno a los DSS.

Palabras Clave: Determinantes Sociales de la Salud, Diabetes Mellitus, Salud, Enfermedad, Atención.

ABSTRACT

The objective of this document is to show a reflection of Diabetes Mellitus [DM] before the health / disease / care process [PSEA] as a social phenomenon, from the ontological point of nutritional science, in order to clarify and contextualize Diabetes Mellitus from the Social Determinants of Health [DSS], from an individual, family and collective level, the DSS to consider within the reflection are: *education, social, cultural, economy, society, politics and psychological*. In this way, it will be possible to understand the cascade of phenomena never contemplated from the health area, and thus determine different combat strategies around DSS.

Keywords: Social Determinants of Health, Diabetes Mellitus, Health, Illness, Attention.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus [DM] es una enfermedad crónica no transmisible [ECNT] caracterizada por el incremento permanente de la glucosa en el organismo a causa de la insuficiencia productiva del páncreas o por la utilización ineficaz de la insulina por el organismo (OMS, 2018) y se relaciona con factores de riesgo modificables como la obesidad o el sobrepeso, la inactividad física, y las dietas con alto contenido calórico de bajo valor nutricional (OPS-OMS, 2018). Hasta hace poco, solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se manifiesta en niños y adultos jóvenes (OMS, 2016).

Epidemiológicamente, la Diabetes Mellitus Tipo 2 [DMT2] representa tres cuartas partes de la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo, a la inactividad física y al tipo de dieta (OMS, 2018). A nivel mundial, se estima un total de 422 millones de adultos con diagnóstico de DM y su prevalencia se ha duplicado de 4.7% a 8.5% (OMS, 2016).

Socialmente, la DM es una enfermedad de alto impacto económico, que ha afectado por años a la población mexicana (ENSANUT, 2016); los costos, el sufrimiento, el olvido en la colectividad y la cronicidad, son elementos que representan para el paciente, su familia y la sociedad, un gran peso social (Guazo, 2016).

Es así que para poder realizar un análisis social respecto a la DM se considera la teoría de los Determinantes Sociales postulada por la Comisión sobre *Determinantes Sociales de la Salud* [CDSS] la cual fue instituida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para enfrentar las inequidades sanitarias padecidas por la población y que define a los DSS como: *“Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”* (OMS, 2008).

La CDSS señala que: Dichas inequidades sanitarias, resultan de un complejo sistema del orden mundial, nacional y local, en este sentido el contexto mundial afecta la

prosperidad de las sociedades, pues repercute en las relaciones internacionales, en las normas y políticas nacionales, generando una *estratificación* (posición y jerarquía social), donde el lugar que cada quien ocupa en dicha jerarquía social determina la afectación de su crecimiento, aprendizaje, vida, trabajo y envejecimiento, así como su vulnerabilidad ante la salud y a las consecuencias de la enfermedad (OMS, 2008).

En este mismo sentido, los DSS son integrados por Determinantes Estructurales [DE] (Educación, ocupación, ingresos, salud, cultura, valores, posición socioeconómica, clase social, género) y Determinantes Intermedios [DI] (Circunstancias materiales, comportamientos y factores biológicos, factores psicosociales) desde los cuales se categoriza a la sociedad promoviendo las desigualdades y determinándose las diferencias y vulnerabilidades, en las condiciones de vida, trabajo, disponibilidad de alimentos y en la adopción de comportamientos o estilos de vida (Álvarez, 2007; Caballero et al., 2012).

De esta forma podemos entender a la Diabetes Mellitus como *una enfermedad crónica degenerativa de alto impacto socioeconómico, que afecta el estilo de vida de la población portadora, la cual fue asignada y generada tanto por determinantes sociales como factores genéticos*, donde muchas de las veces su tratamiento está basado de un modelo biomédico curativo, olvidándose de otros aspectos designados por la simple razón del ser social en un colectivo asignado.

PANORAMA CONTEXTUAL DE LA DM.

Si bien la DM es una ECNT que tiene una incidencia a nivel mundial y nacional que se encuentra al alza desde hace ya varias décadas, es también un eje de prioridad en atención médica y clínica, y cabe mencionar que el impacto directo reside en su relación directa con la dieta y los estilos de vida saludable –*ejercicio, consumo de alimentos nutritivos, ocio, jornada laboral de menos de 6*

horas al día, convivio familiar, entre otros-, los cuales se encuentran influenciados principalmente por la educación, la política y la economía.

De acuerdo a lo anterior, las políticas y programas en salud implementados a nivel mundial, nacional y estatal, no han logrado incidir en la disminución de nuevos casos de DM, además de no hacer mención de algún profesional de la salud como supervisor o encargado de llevar a cabo las estrategias, acciones o diseño de las mismas, añadiendo que no existen estudios que muestren la realidad social en dicha problemática con el fin de analizar los DSS asociados al fenómeno de la DM, alejándose de la realidad social del colectivo, el cual es quien vive y sufre con la enfermedad.

Las estadísticas de México, en materia de nutrición revelan un incremento drástico de dicha enfermedad en los últimos 6 años (ENSANUT MC, 2016), como referentes, desde 1985 hasta 2015, han fallecido, un millón setecientos mil habitantes por esta causa directa (OMS, 2016), y cada año mueren 96 mil personas de diabetes (Tourliere, 2016), cabe mencionar que en Noviembre del 2016, se declara en México a la DM como enfermedad con carácter de *Epidemia Nacional* (Guazo, 2016), haciendo más vulnerables a quienes la padecen y las generaciones que precederán, reduciendo tanto la esperanza de vida, como la calidad de vida y denotándose directamente a través de la reproducción de hábitos dietéticos y alimenticios que por sentido común del colectivo mexicano, y herencia cultural, son incorrectos.

De esta manera, los DSS develan los complejos nudos de esta enfermedad a partir de la *política pública en salud*, puesto que toda política debe estar orientada en forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos, en este caso la política pública en salud en México no genera las condiciones necesarias para acceder a una mejor calidad de *vida*, donde la *salud, educación, ingreso económico, cultura, equidad de género, sistema de salud*, entre

otros, son olvidados, es así que el precepto de búsqueda de estilos de vida saludables ante la DM, se nulifica ante políticas públicas descontextualizadas, donde la “fragmentación institucional” con la ausencia de una política pública clara y la multiplicación de programas y la deficiente aplicación de recursos económicos (Tourliere, 2016), vuelven a esta enfermedad en una artesanía muy a la mexicana, una enfermedad de *azúcar amarga*. En ese sentido, las herramientas de combate a las ECNT, en especial la DM por su alto impacto mundial y nacional, deberían regirse sobre procedimientos y técnicas adecuados en los procesos salud/enfermedad/atención con base en los DSS, impactando en la disminución de su mortalidad, morbilidad o prevalencia, generando un ajuste de objetivos sobre la DM en relación a preceptos políticos que normen las prácticas biomédicas sistematizadas desde organismos internacionales a locales.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA DM.

En el proceso de la patogénesis, se encuentran presentes múltiples condiciones determinantes del estado de salud y la calidad de vida de las personas, tal es el caso de quienes padecen DM para quienes incluso, implica una difícil convalecencia, así como el continuo ir y venir de los servicios de atención médica, dicha atención es abordada desde una perspectiva biomédica curativa dejando de lado el manejo desde una perspectiva social e incluyente.

Lo anterior denota una falta de entendimiento respecto a la multicausalidad de las enfermedades, el cual, ha sido ampliamente establecido a través de diversas investigaciones respecto a la DM, por tal motivo, el acercamiento a la enfermedad a través de los determinantes sociales de la salud develan la complejidad de esta enfermedad en diversas vertientes y no solo considerando la mirada biologicista (Rodríguez, 2014; Tafur, 2016; Grau, 2016; OPS, 2017; Muñoz, 2018).

REFLEXIÓN DE LA DM A TRAVÉS DE LOS DSS.

En la DM, los DSS han constituido un dinamismo y transición en torno a elementos de educación, sociales, culturales, políticos, psicológicos, y que trascienden en la población por medio de la alteración de la calidad de vida que, junto con la hipermodernidad y la globalización, se ven reflejados y, al mismo tiempo, adaptados a través de las conductas alimentarias y dietéticas, prácticas saludables, incremento de incidencias morbilidad y mortalidad, entre otros; y que finalmente, repercuten directamente sobre la salud del colectivo, condicionando estados perpetuos de ignominia y olvido. De esta manera la DM está condicionada a través de entramados de significaciones en torno a *educación, social, cultural, economía, sociedad, política y psicológico*.

EDUCACIÓN.

De acuerdo a la DRAE (2019), la educación es el desarrollo o perfeccionamiento de las facultades intelectuales y morales del individuo por medio de preceptos, ejercicios, ejemplos, etc. En el contexto de la salud, la educación representa un punto crucial para el mejoramiento de las políticas en salud y la adaptación de los modelos de atención en los individuos, de tal forma que la educación para la salud, entendida como un proceso de educación y participación del individuo (paciente o familiar) con el fin de adquirir conocimientos, actitudes y hábitos básicos para la promoción y defensa de la salud individual y colectiva (INR, 2020), tiene un papel importante en el control metabólico del paciente con DM, no solamente alimentaria sino la obtención y apropiación de los conocimientos, actitudes y hábitos en diabetes, con el fin de crear un panorama completo de concientización y correcto manejo (y automanejo) de la enfermedad (Hevia, 2016), proporcionar las herramientas y

diversidad de opciones en cuanto a tratamientos.

La educación en diabetes comprende diversos programas y políticas que en conjunto abordan temas de educación para la salud en el paciente con DM, abarcando una educación en salud desde perspectivas biológicas, psicológicas hasta sociales, promoviendo el bienestar de forma óptima, además de utilizar técnicas de grupos de apoyo designando el liderazgo de aquellos pacientes que se encuentran en un proceso de control, el colectivo se apoya en los ejemplos y recomendaciones que contribuirán en el mantenimiento y mejoría individual con la motivación grupal y reconocimiento por parte del equipo de salud a través de estímulos como son diplomas, constancias, premios simbólicos, etc (ISEM, 2017). Sin embargo, desde las políticas de salud en cuestión de atención como medio de prevención y promoción de la salud hasta las instituciones de salud, no han tenido la cobertura que se necesita para la atención oportuna, contemplando medios de difusión que no permite el alcance de la población en general dejando al colectivo desinteresado en su salud (ENSANUT, 2016; Casas, 2016; .ISEM, 2017).

Este elemento muestra qué a mayor conocimiento de la enfermedad, existe mejor manejo del tratamiento y procuración personal (como contextualización y regionalización de los tratamientos) (ISSSTE, 2011). En ese sentido, el paciente es quien conoce y quien determina su estilo de vida en relación al manejo de su enfermedad en todos los aspectos posibles, en este caso, la dieta como un elemento indispensable para el control y seguimiento de hábitos saludables dietéticos y, el farmacológico como una parte esencial, considerada en este colectivo como de menor impacto a causa de los posibles daños por el consumo a largo plazo (Casas, 2016; Rodríguez, 2017). En este sentido, se hace referencia hacia un *consumo dietético consciente*, en donde el paciente sabe lo que debe comer, puede comer, cómo comerlo y las actividades acompañadas en el

tratamiento *per se* y que el mismo paciente sabe cómo controlar la enfermedad (Rojas, 2019; Flores, 2019). Es imprescindible mencionar que no solamente es la *educación en el paciente* con DM sino a todo el *entorno nuclear* que le rodea, es decir, la familia, también educada en cuestiones de la enfermedad y sus tratamientos, además de la adaptación de estilos de vida saludables para la generación de una vida sana contemplando que dicho entorno social sea un apoyo más que una limitante por control y/o subyugación (Rodríguez, 2014).

Por otra parte, la cuestión estructural, referente a los 14 elementos de prioridad de atención de la salud en México, de los cuales, 8 elementos son indispensables en el país para el combate frontal a la diabetes, es disruptiva debido al déficit, debilidad o nula infraestructura y/o de recursos humanos que permitan el establecimiento y utilización de los mismos para mejorar la atención en DM e implementar la educación (CONAMED, 2019; semFYC, 2017), es decir, ¿Quién y dónde se educa al paciente?

Si bien, la educación es parte del proceso de atención, la educación generalmente queda a cargo de los médicos tratantes pero es hasta cierto punto de gran dificultad por la limitación del tiempo de consulta por paciente, una exigencia estructural limitada a cantidad más que a calidad, aunado al poco presupuesto destinado para el sector salud en materia de prevención. Por otra parte, la educación también queda limitada a una parte del trabajo social, donde generalmente no se cuenta con un espacio ni con el material para realizarlo. En algunas otras instituciones queda a cargo del área de enfermería o medicina preventiva, con las mismas condiciones (Aparecida, M., Hörner, B., y Guerreiro, D., 2017; Rodríguez, Jarillo, E., y Casas, D., 2019).

De esta forma, el proceso de la educación para la salud nutricional, aunque es un elemento indispensable y de vital importancia, debido al impacto directo sobre el estado general de mantenimiento en el control, monitoreo y prevención de la DM, la educación no depende de un solo personal del

equipo en salud, sino que, así como se trata de un tratamiento multidisciplinario, también es necesaria una educación multidisciplinaria. Lo anterior también repercute desde la educación donde, la dieta, también tiene un impacto muy alto, debido a la difusión de información a medias y la poca difusión de información respecto a promoción y prevención en nutrición. La educación, entendida como la poca o nula información que se difunde socialmente respecto a la nutrición, en cuestión de la dieta, sus alcances y límites.

Dentro de la educación en nutrición, para el colectivo, la dieta se ha conceptualizado como un castigo, puesto que se difunde discursivamente como “lo que no me gusta” “lo que debo comer” “me va a quitar todo”, condicionando un reforzamiento negativo y se crean conductas aversivas hacia la dieta y la práctica biomédica hegemónica nutricional, que de acuerdo a los modelos estructurantes, tales prácticas están determinadas y condicionadas hacia el tratamiento y no a la prevención, en lugar de educar, informar, orientar, expandir y concientizar al colectivo en la re-educación alimentaria-nutricional como medio de la generación del autocuidado en salud nutricional que por diversos años se ha criticado a diestra y siniestra como una práctica que impone y prohíbe.

SOCIAL.

Acorde al momento *social*, en relación a las prácticas alimentarias y dietéticas, los tratamientos de primer contacto, toman un sentido de prohibición y restricción por el colectivo con DM que parte de la familia y el equipo de salud, que si bien no le brindan opciones, si están dispuestos a decir lo que “*no se puede hacer*”, y con esto, el colectivo crea un sentido de rechazo tanto a la información en salud como al mismo tratamiento, desvalorando la importancia esencial de la enfermedad, por el sentido de control y biopoder que ejercen los actores del entorno sobre él, siendo que, el entorno social

que rodea al colectivo, se genera sobre una práctica en donde la gastronomía mexicana no es una limitante respecto a su uso pero, como un corpus biocultural alimentario, se presenta desfavorablemente ante las adecuaciones necesarias para adaptarse a objetivos que pretenden cubrir los tratamientos encaminados a estilos de vida saludables como hábitos de prácticas colectivas (Flores, A., 2019)

La dieta, como tratamiento de primer contacto en el paciente con DM, emana el sentido común y contextualización de la alimentación pero donde se halla el reflejo social que afectará de manera positiva o negativa la identidad de la dieta como un instrumento al que se puede o no acceder por ciertas condiciones, su actividad por el tipo de prácticas individuales y colectivas, su propósito por el (des)conocimiento real de su aplicación y abundante (mal)información por medios (in)convenientes, las normas y valores por su impacto en la salud, y la posición y relación respecto al entorno micro y macro social que responde como apoyo o limitante. Lo anterior, transforma la concepción de la dieta recayendo en la alza de la enfermedad, es así, que, la sociedad, de acuerdo a las prácticas dieto-alimentarias, se tornan hacia una dieta estratificada por su tipología y acceso a la misma, lo cual dilucida el estrato social, razón por la que se denota un estado de pobreza y supervivencia versus riqueza y placer, revelando en cuanto a seguridad alimentaria y también en cuanto a educación para la salud nutricional se refiere, los propósitos que la dieta tiene sobre el colectivo como una reconstrucción de 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, en contraste con el sentido original por una actividad dietética relacionada a “lo que se manda, se impone, se obliga, se da”, es decir que la dieta se

reconfigura en la carencia por la desigualdad y pobreza.

Siendo, la dieta, un objeto social aceptado como un medio para lograr objetivos y no como un derecho para utilizarlo sobre la generación de salud nutricional, se opta por el consumo de “prestigio” y no de alimento-salud (alimentación saludable). De esta forma, lo que antes se consideraba como, la dieta, un acto de consumir alimentos (alimentos, platillos, etc.) en convivencia social de manera saludable por cuestiones morales en la cultura grecolatina (Lejavitzer, 2016), parte de la tradición mexicana, se ha inclinado más por el acto del “pasa-tiempo”, con un profundo enlace en el proceso socio-histórico actual que considera la transición y recombinación del posmodernismo-hipermodernidad que es parte de una cultura del consumo y, entendido estrictamente, al acto de consumir un alimento sin propósito fisiológico y se pueda continuar con la siguiente actividad, así como, un pretexto y no una finalidad, un motivo y no un objetivo (Parnet et al. 2016).

Según Lejavitzer (2016), esta breve consideración epistolar, muestra como la relación entre lo espiritual y lo físico-biológico conlleva una relación a través del cuidado de la dieta combinado con el ejercicio, pero poniendo especial atención en la dieta, ya que la principal preocupación eran los alimentos al natural, no solo para tener salud biológica sino salud moral.

CULTURAL.

La *cultura alimentaria*, no muy alejado del momento social, se encuentra la internalización de un elemento indispensable en la salud, sobre todo la salud nutricional (la dieta), el cual se considera el eje de vida, por el que este elemento, de manera biocultural en una escala micro, genera hábitos que son íntimamente dependientes de las tradiciones, usos y costumbres de la población, las cuales involucran prácticas curativas que no del todo están regidas ni obedecen a un modelo estructural en salud que depende de un sistema específicamente estructurado.

Si bien, la dieta mexicana, se construye como prácticas de alimentación sana haciendo referencia a los tipos de cocción, con una mayor importancia en los tiempos prandiales más que en las cantidades o tipos de alimentos, considerando prácticamente las acciones que generan estilos de vida saludables, como son, actividad física regular, ejercicio, consumo de agua simple durante todo el día, higienización alimentaria y realizar cada tiempo de comida sin estrés a causa del tiempo o lugar y de la misma forma los tipos de alimentos en la preparación y consumo suelen ser más apegados a una dieta correcta debido a la dedicación en tiempo y forma, también se conformó por muchos años tomando como base el maíz junto con carnes, legumbres, oleaginosas y leguminosas, la actividad física en combinación con la alimentación natural era la base de la salud y promovían un estado óptimo de salud y cuidado autónomo, sin embargo, la modernidad junto con el neoliberalismo ha promovido el exceso de carbohidratos en el 95% de los alimentos que consumimos diariamente, dotados de grandes cantidades de sodio en diversas presentaciones, lo cual condiciona a una conducta alimentaria de desinterés en la salud y mayor interés en la palatabilidad, puesto que todo está hecho básicamente de lo mismo, hidratos de carbono simples, grasas saturadas y sodio.

Este tipo de alimentos condicionan a la dieta, lo que trae como consecuencia una repercusión negativa en la salud, además de agregar el tiempo de preparación de la dieta y la búsqueda de los alimentos que son necesarios para poder llevar de manera íntegra el plan de alimentación, el colectivo prefiere optar por algo ya preparado y que no le quite tanto tiempo, puesto que las cuestiones laborales comprenden horarios desadaptados a la salud de los empleados, los tiempos de comida en el trabajo son reducidos y la preparación de alimentos es larga, aunado a los pocos y casi nulos lugares para encontrar alimentos o platillos que están preparados de manera natural y/o en equilibrio para tratar de adecuar los alimentos que se

venden en locales, puestos, etc., al plan de alimentación que se debería llevar para cuidar de la salud, encontrando una sobreoferta de alimentos excesivamente refinados, industrializados y ya preparados para su consumo inmediato.

De esta forma, la cuestión ambiental, genera un ambiente obesogénico en una cuestión cultural alimentaria, condicionando la alimentación y dieta de la población mexicana, limitando las opciones por cuestiones indirectas que afectan de manera directa la salud nutricional. Es decir, que la dieta se constituye como una imposibilidad debido a su complejidad y dificultad para encontrar los alimentos necesarios (para la salud) y, que, por cuestiones de horarios, el tiempo impide llevarla como un régimen con las características adecuadas en preparación y tiempo de dedicación para el consumo. Los factores ambientales, contemplan en esta categoría, un punto desafiante en cuestión de los horarios de trabajo, los horarios para consumo alimentario, los lugares de alimentación, los pocos o nulos intereses por la educación física en espacios laborales con el fin de reducir el estrés, los tipos de alimentos preferidos y condicionados por los horarios laborales y de transportación, lo que en pocas palabras se conocen como ambientes obesogénicos. Por último, y que representa un reto para el área de la salud, en este caso salud nutricional, la inculcación de hábitos dieto-alimentarios, en donde, no solamente se trata con hábitos que para el paciente representa un cambio de actitud y aptitud ante una enfermedad, sino una forma de difícil adaptación a hábitos que se han llevado durante toda una vida, con su respectiva carga sociocultural.

ECONOMÍA.

La dieta tiene prácticas condicionadas imperantemente por la economía, siendo uno de los determinantes más sobresalientes en la construcción social de la dieta. El papel de la economía se erige en el concepto de la autorrealización, de la meta. En este caso la

dieta toma un constructo de medio para lograr un objetivo que no implica directamente la salud sino, más bien, es aplicado a la alimentación funcional, condicionando el motivo de la dieta y traspasando su práctica promotora y preventiva a lo que se conoce como “un medio para un fin”, es decir que no se internaliza el objetivo de una dieta, sino que se le atribuye el significado del alimento que sirve para algo (Casas, 2017).

Económicamente, la dieta, se convierte en un objeto cada vez más lejano y fuera de las posibilidades del colectivo, siendo el salario el primer factor de impedimento para la implementación y práctica de la misma. El incremento de la canasta básica y su impacto dentro de las leyes de la alimentación juegan un papel crucial en el mantenimiento de la salud nutricional, teniendo en primera instancia a la transición alimentaria que recombina los patrones de una dieta regionalizada tradicional con los patrones de la industrialización, generando la adopción de hábitos dieto-alimentarios malsanos, inclinándose hacia los alimentos hipercalóricos carentes de nutrientes y, consecuentemente, condicionando la manera de nacer, vivir, enfermar y morir del colectivo (FAO, 2018).

Es así, que, la dieta determinada por la economía en la sociedad es un motivo de estatus social, al adquirir un alimento que no cubre saciedad en cuestión fisiológica (biológica) pero cubre satisfacción en relación con la posición en la que el individuo se siente y cree tomar en relación con su adquisición, por motivo de pertenencia al grupo de clase social o estatus social.

Por otro lado, la economía y los aparatos ideológicos (instituciones educativas, religiosas, organizaciones internacionales y nacionales, entre otras) determinan, socialmente, la ideología colectiva de la salud, entendiéndola como aquellos individuos que pueden adquirir alimentos más caros y perceptiblemente naturales y vistosos son, entonces, más saludables, contrariamente a aquellos que no pueden adquirirlos y optan por versiones cercanas o alimentos que

dentro de su estatus socioeconómico lo determine superior, es así que, la dieta se ha construido socialmente como un lujo, puesto que los alimentos naturales son más caros y un conjunto de ellos, como un platillo, es una forma de comer que no está al alcance de cualquier nivel socioeconómico (Rodríguez, 2017).

El poder adquisitivo en México es muy bajo y los precios de los alimentos son cada vez más altos, de esta forma se limita al consumo y ya no se habla de accesibilidad alimentaria, de la misma forma se condiciona a la elección de soluciones rápidas en el consumo, no solamente hablando en cuestiones de comidas rápidas, sino también en cuestiones del tratamiento como son los productos milagro a pesar de tener aun costos demasiado elevados pero con gran aceptación por el colectivo, lo cual recae en el punto social, en cuanto a convivencias dentro de los tiempos de comida, el colectivo, encuentra como problema el seguimiento de la dieta cuando se encuentra más gente, y finalizando en el abandono de la dieta, por lo que crea un factor de estrés psicológico en cuanto a frustración y depresión, lo que origina una mala alimentación afectando de forma hormonal dentro del colectivo con DM.

Así, el colectivo con DM, teniendo un significado de la dieta como algo imposible de adquirir respecto al ingreso per cápita total y los horarios tanto de trabajo como de transportación, resulta en la desintegración de la dieta por descontextualización alimentaria, develando pobreza y miseria en el consumo diario por “sacrificios alimentarios”, es decir, condicionando un constante juego entre tiempo vs dinero vs hábitos, sumando la poca accesibilidad y asequibilidad alimentaria.

POLÍTICO.

Desde la *política*, la dieta es un eje prioritario cuando de salud se habla, en organismos de nivel global/mundial se expone como “*la alimentación: un derecho y herramienta para erradicar el hambre*” tomando en cuenta que la dieta y la alimentación son conceptos muy

distintos como lo son hambre y nutrición, sin embargo, desde varias décadas atrás, ha sido ignorada como herramienta de combate y generación de salud en diversos planes nacionales y estatales, e incluso en la implementación de normas oficiales mexicanas, siendo, la dieta y alimentación, uno de los principales derechos de todo individuo para la generación de salud, además de estar enfocados, en su mayoría, al tratamiento y monitoreo, más que a la promoción y prevención, determinados por intereses políticos empresariales que sobrepasan los derechos, arrasando desinteresadamente con la salud y colocando al individuo/colectivo como un objeto generador de riqueza y no como un ser humano (PND, 2012-2018).

La dieta puede ser vista desde un enfoque jurídico entendido como un derecho internacional por cuestiones de igualdad y generación de bienestar social, además de promover nutrición adecuada y seguridad alimentaria (ONU), pero no se ha podido concientizar como un acto fundamental de la salud, encontrándose, la dieta, en auge hacia la satisfacción del individuo en forma colectiva (OMS, 2015). Por lo tanto, jurídicamente, la dieta, a pesar de ser un derecho reconocido mundialmente como el derecho a la alimentación, no es reconocida como un derecho a la dieta. Si bien, se “brindan” los medios para que la alimentación pueda ser cumplida como un derecho, es decir, como el proceso de cadena de distribución inequitativa debido a su inasequibilidad e inaccesibilidad, no es asegurado como lo que la dieta, por definición social, involucra, como lo es una dieta regionalizada o contextualizada y, en efecto, se elimina por completo como derecho (Solar, 2010).

Las normas de acuerdo a los abordajes en tratamientos de la DM toma un rumbo de control al justificar que es el único medio de tratamiento por parte del equipo de salud, es también, la generación conflictiva en un modelo micro social respecto a la dieta y alimentación respecto al entorno familiar

PSICOLÓGICO.

La dieta en la DM, desde una perspectiva *psicológica*, es la generación de actitudes por medio de refuerzos en cuestiones de su consumo, puesto que no se generan por ningún medio, los apoyos necesarios para el sentido de pertenencia sobre el colectivo y, que, por causa de limitantes en el entorno (llámese entorno en salud, familiar, urbano, etc.), el colectivo, se siente incomprendido, controlado, sin sentido humano, centrándose en sí mismos como un “algo” y no “alguien” (Abalo, 2016).

La satisfacción del colectivo, en relación a la dieta, es un factor estrechamente ligado a los intereses económicos, los cuales sobrepasan el derecho global a la alimentación y se interpone, de forma estratégica mercadotécnica, como un acercamiento a un estatus social determinado. La satisfacción de los sentidos, en especial *el gusto*, trabajado por Bourdieu (2010) en donde señala que el gusto limita nuestras preferencias, nuestras actitudes, ideas, acciones, etc., debido a que conforma el criterio propio hacia las cosas y se definen relaciones antagónicas con la cultura respecto al capital cultural y el mercado del que se obtiene, son factores que han condicionado la transformación constante de la concepción de la dieta, delimitados y, a su vez, determinados por el ambiente y contexto psicosocial.

En México, la dieta se ha convertido en un bien mercantil, se ha transformado su verdadero origen transgrediendo a la salud, salud nutricional, primeramente, al cambiar el objetivo de saciar una necesidad fisiológica (de sentido biológico) por saciar una necesidad de autorrealización (de sentido psico-social). Puesto que brinda un estatus social mejor visto y adaptado a las representaciones sociales de la alimentación (Aranda, 2014).

Estos comportamientos alimentarios están basado en la premisa “de tal palo tal astilla”, aunque no es una regla, la adquisición de

estos hábitos alimentarios es fuertemente influenciado por la cultura, las emociones, las necesidades nutricionales, la motivación y el contexto social, tales ya son preconcebidos precozmente antes de nacer (durante el desarrollo fetal) y se incrementa al tener la capacidad de elección (Parnet, 2016).

La dieta no solo representa una herramienta y un hábito que contribuirá al mejoramiento del estado de salud en cuanto a fisiología se refiere, sino que va más allá de un tratamiento individual. La dieta, a nivel nuclear, tiene un gran impacto en cuestión de que representa no solo un tiempo(s) de comida sino que se convierte en una convivencia puramente social, una práctica social con la familia, amigos, pareja, etc., que se ha transformado en un hábito y/o un modo de vida, en dónde el tiempo de comida es una oportunidad para compartir experiencias y realizar un consumo dietético con el interés principal en la satisfacción del sentido de pertenencia, la afección emotiva y la autorrealización. Sin embargo, las condiciones en las que se ha dado seguimiento en los DM que no se encuentran en control, este elemento microsocial representa un punto disruptivo al generar distanciamiento y malestar por una condición de enfermedad.

CONCLUSIÓN.

La DM es una enfermedad pluridireccional, multicausal y multifactorial, dentro de un entramado de significaciones en torno a temáticas de *educación, cultura, economía, sociedad, política y psicológica*, los cuales repercuten de forma directa sobre el proceso salud/enfermedad/atención al encontrarse sometidos en cuestiones de globalización e hipermodernidad, además de contemplar en cada uno, un cierto desinterés por la salud que se encuentra en juego con intereses tanto colectivos como individuales en niveles de orden mundial, nacional y estatal, de esta manera, los DSS en la DM estratifican al colectivo y denotan un estado de precariedad y pobreza en la atención de la salud, lo cuales, desvirtúan en cierta medida las prácticas

sociales en salud y la praxis del equipo de salud, condicionando la manera de enfermar, vivir y morir del colectivo.

El dinamismo de los DSS está centrado en la economía a través de la des-información, la ideología, las prácticas inmediatas y las relaciones de poder (familia-sujeto-médico); representando un significado directo de reconfiguración de una práctica meramente nutricional y fisiológica sobre un entramado de redes de información influenciadas por la educación, la sociedad, ideología, cultura, propósitos y relaciones de poder y el derecho a la salud.

Es así, finalmente, que los Determinantes Sociales de la Salud son el eje primordial de atención en los procesos de salud/enfermedad/atención para el combate directo de las enfermedades crónico no transmisibles, en este caso, la Diabetes Mellitus. Por lo que es necesario, profundizar en los elementos que determinan a esta enfermedad y generar un enlace de soluciones prácticas en beneficio del colectivo, es decir, generar la traslación del conocimiento que existe ya en diversas fuentes de información y promover un vínculo interinstitucional entre sectores público y privado como modelo de atención pluridireccional, multicausal y multifactorial con el fin de generar el bienestar y promover la salud con base en soluciones afines a la realidad del colectivo.

BIBLIOGRAFÍA.

- Abalo, G. J. A. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud & Sociedad*. Universidad Católica del Norte Antofagasta, Chile. 7(2). 138-166. Disponible en http://www.redalyc.org/pdf/4397/4397475760_02.pdf
- Álvarez, P., García, F., y Bonet, G., (2007). Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Revista Cubana Salud Pública Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología*, 33 (2) Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200013

Aparecida, M., Hörner, B., y Guerreiro, D., (2017). Atención primaria a las personas con diabetes mellitus desde la perspectiva del modelo de atención a las condiciones crónicas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 25:e2882 DOI: 10.1590/1518-8345.1474.2882

www.eerp.usp.br/rlae

Aranda, P.S. (2014). Alimentación en México. *Cuicuilco*, 21(61), 373-378. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35135452019>

Bourdieu, P. (2010). El sentido social del gusto. Elementos para una sociología de la cultura. Siglo XXI editores. Buenos aires. Argentina.

Caballero, G., Moreno, Gelis., Sosa, C., Mitchell, F., Vega, H., y Columbié, P., (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos *Revista Fac. Nac. Salud Pública*. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2012/ifd1215d.pdf>

Casas, D. Alves de Oliveira, W. Torres, A.R. Oliveira, C.C. Ibarra, A.M.D. Torales, A.P.B. Martínez, M.M.A. (2016). Representaciones sociales de Dieta en pacientes con enfermedad crónica no transmisible. *iMedPub Journals*, 12(1), 1-9.

Casas, D. P., Rodríguez, A. T., Contreras, G. L., Casas, I. P., Maya, M. A. M. (2017). Social Representations of the Diet in Patients with Diabetes Mellitus. *Diversity and Equality in Health and Care*, 14(2): 46-52.

CONAMED [Consejo Nacional de Medicina]. (2019). Boletín CONAMED. Órgano de difusión del Centro Colaborador en materia de Calidad de la Atención Médica y Seguridad del Paciente. Disponible en <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin23/b23-3.pdf>. (Acceso el día 10 jun, 2020).

DRAE [Diccionario de la Real Academia Española]. (2019). Disponible en <https://dle.rae.es/educar?m=form>.

ENSANUT MC. (2016). Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de salud. Informe Final de Resultados. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016.

Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

ENSANUT MC. (2016). Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de salud. Informe Final de Resultados. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Recuperado de http://transparencia.insp.mx/2017/auditorias-insp/12701_Resultados_Encuesta_ENSANUT_MC2016.pdf

Ezzahra F. H. (2016). La antropología nutricional y el estudio de la dieta. *Actualización en nutrición*. 17(3); 87-93. Recuperado de http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_17/num_3/RSAN_17_3_87.pdf

FAO (2018). Papel de la FAO en la nutrición. *Nutrición. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura*. Recuperado de <http://www.fao.org/nutrition/es/>

Flores, A., Maya, M., Rodríguez, A., Casas, D., y Sánchez, Y. (2019). Representaciones sociales de la dieta en pacientes con diabetes mellitus controlada y descontrolada. *Interfaces Científicas Saúde e Ambiente Aracaju*, 7 (2), 73 – 90. Disponible en <http://www.journalijcar.org/sites/default/files/isue-files/10430-A-2020.pdf>

Grau, A., y Jorge, A., (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud & Sociedad. Redalyc*. 7(2), pp. 138-166. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439747576002.pdf> (Acceso el día 10 de Jun, 2020).

Guazo D. (2016). Datos epidemiológicos de la Diabetes Mellitus. *El Universal. Sección Investigaciones Especiales*. 15 de noviembre del 2016. Link:

<http://interactivo.eluniversal.com.mx/2016/muerte-por-enfermedades-en-mexico/>

Hevia, P. (2016). Educación en Diabetes. *REV. MED. CLIN. CONDESA*. Santiago de Chile. 27(2):271-276. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864016300165>

INR [Instituto Nacional de Rehabilitación], (2020). Educación para la salud. Enseñanza. Información general. Gobierno de México. Disponible en <https://www.inr.gob.mx/e75.html#:~:text=La%20Educaci3n%20para%20la%20Salud%20individual%20y%20colectiva>.

ISEM [Instituto de Salud del Estado de México]. (2017). Centros de Atención al Diabético (CAD). Recuperado de <http://salud.edomexico.gob.mx/html/CAD.html>

ISSSTE [Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado]. (2011). Programa de Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE). Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Recuperado de <http://sgm.issste.gob.mx/medica/diabetes/doc/tos/Curso%20de%20Induccion%20al%20MIDE/Introduccion%20al%20programa%20MIDE.pdf>

Lejavitz, L.A. (2016). Dieta saludable, alimentos puros y purificación en el mundo grecolatino. *Nova Tellus*, 33(2), 109-121. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59146029007>

Muñoz-Rodríguez DI, Arango-Alzate CM, Segura-Cardona AM. (2018). Entornos y actividad física en enfermedades crónicas: más allá de factores asociados. *Univ. Salud*. 20(2):183-199. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.122>

OMS. 2015. Alimentación sana. Nota descriptiva N°394. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>

OMS. (2018). Diabetes. Temas de Salud. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/

OPS-OMS. (2018). Diabetes. Enfermedades no transmisibles y salud mental. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=671

diabetes&catid=4475%3Adiabetescontent2&Itemid=39446&lang=es

Organización Mundial de la Salud. (2005 – 2008). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. ¿Qué es, por qué, y cómo? [PDF file]. Suiza. Recuperado de: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/

Organización Mundial de la Salud. (2016). Centro de prensa. Diabetes: nota descriptiva. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). Centro de prensa. Diabetes, México: OMS. Recuperado de http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex_es.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Condiciones crónicas y enfermedades debidas a causas externas. *Santé dans les Amériques*. OMS, PAHO. Disponible en https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=316&lang=fr

Parnet, P. et al. (2016). L'expérience sensorielle et nutritionnelle des parents et leur état métabolique orientent le comportement alimentaire de leur descendance. *Med Sci (Paris)*, 32(1), 85-92. Doi: <http://dx.doi.org/10.1051/medsci/20163201014>

Plan de Nacional de Desarrollo. 2012-2018. Gobierno de la Republica. Recuperado de <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>

Rodríguez, A. Camacho, E.J. Escoto, M.C. Contreras, G. Casas, D. (2014). Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México. *MEDWAVE*, 14(7), 1-9.

Rodríguez, A., Jarillo, E., y Casas, D., (2018). La consulta médica, su tiempo y duración. *Medwave*. 18(5). Disponible en <https://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/enf/ques/Ensayo/7264.act>. (Acceso el día 10 jun, 2020)

Rodríguez-Torres A, Casas-Patiño D. (2017). Determinantes sociales de la obesidad en

México. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 26(4):281-90. Disponible en http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/rt/printerFriendly/889/924

Rojas, R. (2019). Apego al tratamiento y atención multidisciplinaria, claves contra el pie diabético. Saludiaro. Salud. Disponible en <https://www.saludiaro.com/apego-al-tratamiento-y-atencion-multidisciplinaria-claves-contr-el-pie-diabetico/semFYC> [Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria]. (2017). La gestión del paciente diabético: en el marco de la implementación de las estrategias de atención a la cronicidad en España. Documento de conclusiones del ciclo de jornadas con expertos. Disponible en: https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2017/05/Documento-La-gesti3n-del-paciente-diab3tico_final1-1.pdf. (Acceso el día 10 jun, 2020)

Solar O, Irwin A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). WHO Library Cataloguing-in-Publication. Switzerland. Recuperado de: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

Tafur, C. L. A. (2016). Epidemiología de las enfermedades crónicas. Colombia Médica, North América. 22(3). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/2564>

Tourliere M. (2016). Combate a obesidad y diabetes fracaso por "fragmentación institucional": ONG. Revista Proceso Sección Opinión 8 de noviembre del 2016. Link: <https://www.proceso.com.mx/461831/combate-a-obesidad-diabetes-fracaso-fragmentacion-institucional-ong>