

En este libro se presentan resultados de investigación sobre la alimentación y la salud, analizados desde diferentes abordajes teórico-metodológicos y como un ejercicio interdisciplinario e interinstitucional, para comprender las problemáticas y posibles soluciones en poblaciones con características socioculturales, políticas y económicas diferentes.

Las distintas miradas teóricas muestran la diversidad de condiciones de una misma cuestión y brindan un panorama específico de análisis y comprensión, más allá de integrar un cuerpo teórico homogéneo, ya que la realidad misma rebasa un solo anclaje teórico y se sitúa en un nivel de complejidad que requiere un esfuerzo colectivo de escucha, diálogo y construcción de saberes.

En una sociedad de consumo y mercado globalizado, la comida industrializada y de alto contenido energético ha desplazado la alimentación tradicional, dañando la salud de las poblaciones. En las políticas públicas hasta ahora diseñadas e implementadas en México, existen vacíos e inconsistencias en la promoción de formas de alimentación saludables para enfrentar las pandemias de obesidad y diabetes, principalmente. La necesidad de diálogo interdisciplinario, trascender el nivel individual e integrar las condicionantes estructurales y socioculturales, son esenciales para la construcción de soluciones que se reconocen complejas.



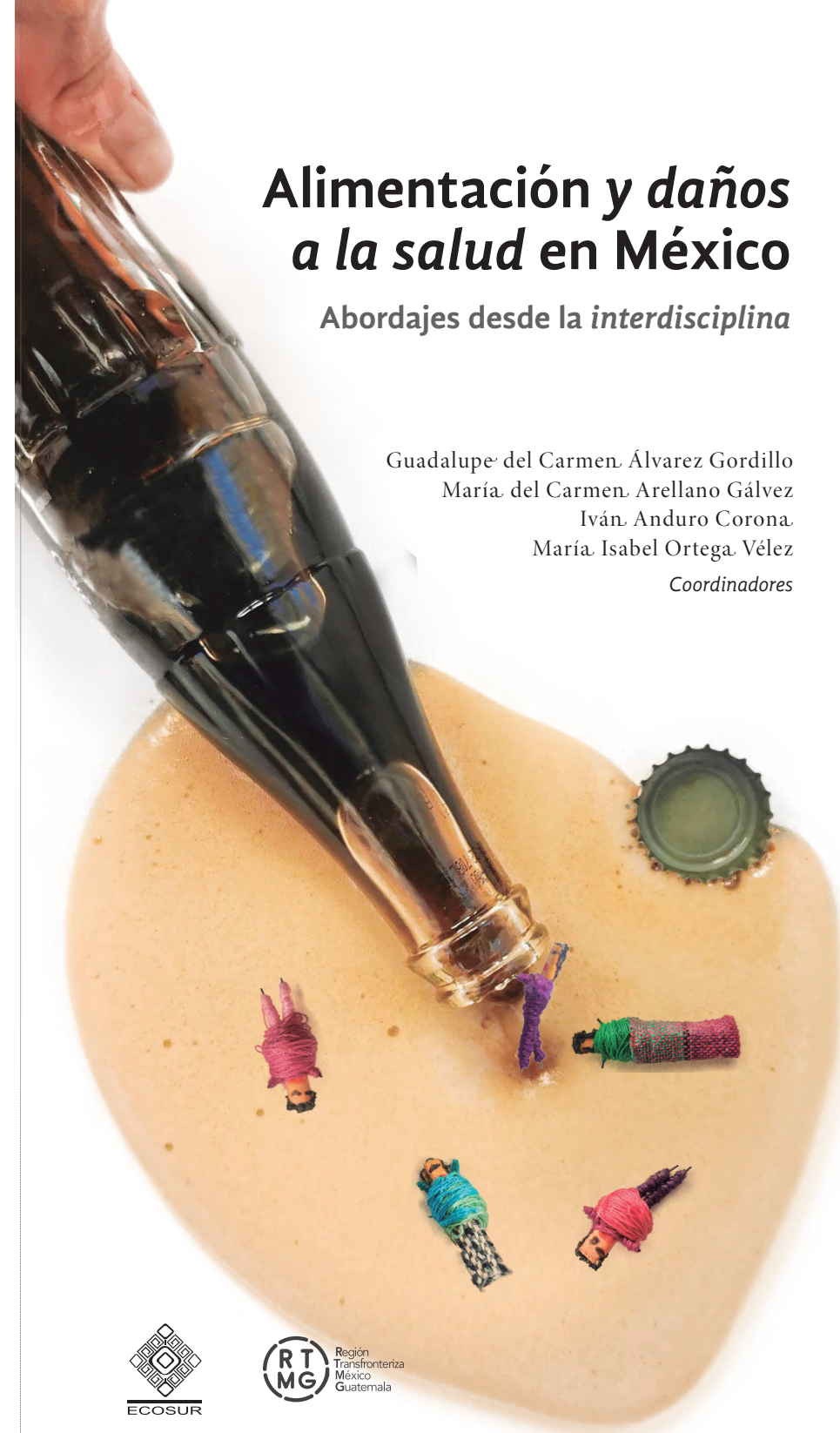
Alimentación y daños a la salud en México. Abordajes desde la interdisciplina



Alimentación y daños a la salud en México

Abordajes desde la *interdisciplina*

Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo
María del Carmen Arellano Gálvez
Iván Anduro Corona
María Isabel Ortega Vélez
Coordinadores



Alimentación y *daños* a la salud en México

Abordajes desde la *interdisciplina*

EE

612.30972

A4

Alimentación y daños a la salud en México : abordajes desde la interdisciplina / Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo, María del Carmen Arellano Gálvez, Iván Anduro Corona, María Isabel Ortega Vélez, coordinadores. Chetumal, Quintana Roo, México: El Colegio de la Frontera Sur, 2021.

219 páginas : fotografías, ilustraciones, mapas ; 13,5 x 23 centímetros

ISBN: 978-607-8767-28-1

Incluye bibliografía

1. Nutrición humana, 2. Diabetes, 3. Política de salud, 4. Cuencas transfronterizas, 5. Seguridad alimenticia, 6. Política alimentaria, 7. Cambio climático, 8. Estado nutricional, 9. Obesidad, 10. Obesidad en niños, 11. Nutrición infantil, 12. Estado de salud, 13. Alimentos procesados, 14. Atención a la salud, 15. Riesgos para la salud, 16. Chiapas (México), 17. Guatemala, 18. Cuenca del Río Usumacinta, 19. Comitán de Domínguez (Chiapas, México), 20. Reserva de la Biosfera Selva El Ocote (Chiapas, México), 21. Sonora (México), 22. La Trinitaria (Chiapas, México), 23. Huehuetenango (Guatemala), I. Álvarez Gordillo, Guadalupe del Carmen (coordinadora), II. Arellano Gálvez, María del Carmen (coordinadora), III. Anduro Corona, Iván (coordinador), IV. Ortega Vélez, María Isabel (coordinadora)

ALIMENTACIÓN Y DAÑOS A LA SALUD EN MÉXICO.

ABORDAJES DESDE LA INTERDISCIPLINA

Primera edición, abril de 2021

Esta publicación fue sometida a un estricto proceso de arbitraje por pares, con base en los lineamientos establecidos por el Comité Editorial de El Colegio de la Frontera Sur.

D. R. © El Colegio de la Frontera Sur
Av. Centenario km 5.5, C. P. 77014
Chetumal, Quintana Roo, México
www.ecosur.mx

Diseño editorial: *Hilda Castañeda*
Fotografía de portada: *Miguel A. Medrano*
Cuidado editorial: *Tlapalabrería Ediciones*

Esta obra fue financiada por el Fondo Institucional de Fomento Regional para el Desarrollo Científico, Tecnológico y de Innovación (FORDECYT). Los contenidos de los artículos son responsabilidad de los autores y no del FORDECYT.

Se autoriza la reproducción de esta obra para propósitos de divulgación o didácticos, siempre y cuando no existan fines de lucro, se cite la fuente y no se altere el contenido. Cualquier otro uso requiere permiso escrito de los editores.

- Permisos al correo electrónico : llopez@ecosur.mx

Impreso y hecho en México / Printed and made in Mexico

Alimentación y *daños* a la salud en México

Abordajes desde la *interdisciplina*

Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo
María del Carmen Arellano Gálvez
Iván Anduro Corona
María Isabel Ortega Vélez
Coordinadores



Índice

INTRODUCCIÓN	8
Alimentación y daños a la salud en México. Abordajes desde la interdisciplina	
<i>Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo</i>	
<i>María del Carmen Arellano Gálvez</i>	
<i>Iván Anduro Corona</i>	
<i>María Isabel Ortega Vélez</i>	
CAPÍTULO 1	24
Experiencias y nociones en torno a la «dieta» en personas que padecen diabetes. Una contribución desde la triada <i>disease, illness</i> y <i>sickness</i> .	
<i>Enrique Eroza Solana</i>	
<i>Cecilia Guadalupe Acero Vidal</i>	
CAPÍTULO 2	53
Políticas de salud en la cuenca transfronteriza del Río Usumacinta.	
<i>Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo</i>	
CAPÍTULO 3	80
Políticas mexicanas de seguridad alimentaria y el panorama alimentario en la Meseta Comiteca, Chiapas, México.	
<i>María Raimunda Araújo Santana</i>	
<i>Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo</i>	
CAPÍTULO 4	103
Salud y alimentación ante el cambio climático en la Reserva de la Biósfera el Ocote, Chiapas, México.	
<i>Adriana Caballero-Roque</i>	
<i>María del Carmen Arellano-Gálvez</i>	

CAPÍTULO 5 **120**

Seguridad alimentaria y obesidad en Sonora.

María Isabel Ortega Vélez

Sergio Sandoval Godoy

Ana Lucía Contreras Navarro

María Isabel Grijalva Haro

Alma Rosa Islas Rubio

Luz del Carmen Montoya Ballesteros

Zahid García López

Gloria Elena Portillo Abril

CAPÍTULO 6 **144**

Consideraciones sociales y culturales en
la atención de la obesidad infantil: estudio
de caso en Hermosillo, Sonora.

Javier Iván Quintana

Patricia Aranda-Gallegos

María del Carmen Arellano Gálvez

CAPÍTULO 7 **164**

Cuerpos engrosados, algunas vicisitudes
en su atención cuando de niños se trata.

Milagros Morales Vázquez

Raquel Ribeiro Toral

CAPÍTULO 8 **195**

Estado nutricional de la población infantil
menor de cinco años de edad, en la Región
Transfronteriza México-Guatemala.

Armando Camilo Hernández-Contreras

María Regina Solorzano Aguilar

Cecilia Guadalupe Acero Vidal

Gloria Margoth Coutiño Aguilar

Rosa María Lopez Morales

Jessica Paola Cruz Cruz



INTRODUCCIÓN

Alimentación y daños a la salud en México
Abordajes desde la interdisciplina

*Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo **

María del Carmen Arellano Gálvez

Iván Anduro Corona

María Isabel Ortega Vélez

En este libro se presentan resultados de investigación sobre la alimentación y la salud, analizados desde diferentes abordajes teórico-metodológicos y como un ejercicio interdisciplinario e interinstitucional, para comprender las problemáticas en poblaciones con características socioculturales, políticas y económicas diferentes. Este texto es uno de los productos derivados de varios intercambios académicos en forma de seminario permanente que durante cinco años ha tenido la participación de investigadoras e investigadores de distintas disciplinas e instituciones mexicanas. El objetivo del seminario ha sido reflexionar y analizar sobre la complejidad del proceso de alimentación en diferentes contextos de México y su relación con los procesos de salud-enfermedad-atención a la salud, enfermedad y muerte. Al presente texto precedieron discusiones académicas y diversas publicaciones sobre los abordajes y proyectos de investigación de las investigadoras e investigadores como un acercamiento interdisciplinario (Alvarez *et al.*, 2019; Martínez, Anduro y Bojórquez, 2020). El aporte de este libro muestra los esfuerzos académicos por comprender la relación entre alimentación y salud para desarrollar alternativas teóricas y metodológicas en el análisis y estrategias para el diseño de las políticas públicas de salud.

Las distintas miradas teóricas muestran la diversidad de condiciones de una misma problemática y brindan un panorama específico de análisis y comprensión, más allá de integrar un cuerpo teórico homogéneo, ya que la realidad misma rebasa un solo anclaje teórico y se sitúa en un nivel de complejidad que requiere un esfuerzo colectivo de escucha, diálogo y construcción de saberes. El intercambio de marcos conceptuales y experiencias de trabajo en diferentes espacios, muestra la necesidad de un análisis situacional de la alimentación y salud enmarcado en una sociedad de consumo y mercado globalizado, en el cual el acceso y consumo de alimentos industrializados y de alto contenido energético han desplazado el consumo tradicional de alimentos en las diferentes regiones de estudio, dañando la salud de las poblaciones.

Los distintos niveles de la problemática indican que las políticas públicas hasta ahora diseñadas e implementadas no han impactado en la mejora de la salud de las comunidades y grupos urbanos de las regiones estudiadas. Los estudios de poblaciones específicas nos permiten comprender los vacíos e inconsistencias de la puesta en práctica de las estrategias nacionales para promover una alimentación saludable y así evitar daños a la salud, como son la obesidad y la diabetes. La complejidad de la realidad en los distintos contextos de estudio que se analizan en estos capítulos, nos muestra la necesidad del diálogo interdisciplinario para comprender las limitantes de las estrategias de prevención y atención, que rebasan el nivel individual y se sitúan en condicionantes estructurales y socioculturales que poco son abordadas desde la realidad biomédica y política.

Un recorrido sobre el problema alimentario y la salud

La alimentación ha variado según las épocas, las regiones, las culturas y los modelos de desarrollo, siendo el proceso más importante para la reproducción biológica y social de la vida humana. En los procesos de producción de alimentos y su consumo, ha existido gran diversidad sociocultural y riqueza biológica, así como retos para resolver los problemas del incremento de la inseguridad alimentaria y los daños a la salud. En la historia moderna se ha documentado un rápido cambio nutricional que ha ido de la carencia de alimentos y desnutrición, a la variada y abundante oferta alimentaria que para las poblaciones más pobres se centra en alimentos densos en energía con poca calidad nutricional frecuentemente relacionados con la epidemia de obesidad y diabetes en nuestro país (OMS, 2020).

En México, los daños a la salud nutricional derivados de estos cambios se han documentado desde la década de 1940, mismos que han afectado a poblaciones de estados históricamente marginados como Chiapas, Guerrero y Oaxaca (Encuesta Nacional de Nutrición, 1988, 1999, 2006, 2012, 2016), y más aguda entre población indígena (Anderson, 1944; CONEVAL, 2009). A pesar de que la desnutrición y sus complicaciones se han reducido, prevalecen entre niños y niñas menores de 5 años de edad, con alto riesgo de infecciones y muerte.

Las estadísticas en México muestran el aumento acelerado del sobrepeso y obesidad. De 1988 a 1999 la obesidad en mujeres de 20 a 40 años aumentó de 9.5 a 24.9 % y el sobrepeso pasó de 25 a 36.1 %. Entre

1999 y 2006 se registró 39.8 % de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años de edad y para el último año la obesidad alcanzó una prevalencia de 32.4 %. En 2006 la prevalencia en mujeres fue del 76.8 % y 73 % en hombres, sobre todo en población urbana. En 2012 la prevalencia de sobrepeso y obesidad para adultos de 20 años y más fue de 71.3 % y para 2018 es del 75.2 % (ENSANUT, 2018). Parte de la problemática se relaciona con el mayor acceso a alimentos procesados en localidades urbanas y rurales del país en contraste con décadas pasadas en las cuales la población rural tenía menor acceso a alimentos industrializados y mayor prevalencia de desnutrición.

Los datos de la ENSANUT del 2018, abordaron la evaluación de las estrategias de dieta y ejercicio y encontraron que el 85.8 % de la población mayor de 5 años de edad consumen bebidas no lácteas azucaradas y solamente el 24.9 % de adolescentes y 44.9 % de adultos consumen verduras regularmente. El 61.3 % de la población percibe que tiene una alimentación saludable y el 67.3 % se percibe como físicamente activa; respecto a las barreras para realizar la actividad física, el 56.8 % refiere que es la falta de tiempo lo que le impide realizarla. El conjunto de datos de la ENSANUT 2018 nos invita a reflexionar sobre las estrategias de prevención y atención, así como en el acceso a la información y conocimiento que tienen las personas sobre la relación entre alimentación y daños a la salud. Si bien la información está disponible, las condiciones materiales y simbólicas para la toma de decisiones sobre las prácticas alimentarias y educación nutricional, aún no se acompañan de políticas públicas que generen cambios estructurales respecto al tema alimentario.

La seguridad alimentaria y políticas de atención.

Para atender el tema alimentario y del hambre a nivel internacional, como un acuerdo de la Cumbre Mundial sobre Alimentación en 1996, se elaboró un Plan de Acción en el cual se afirma que la seguridad alimentaria se logra cuando «todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana» (Cumbre Mundial sobre Alimentación, 1996 p. 5).

En México, desde la década de 1920 se iniciaron los programas asistenciales vinculados a la nutrición y con subsidios a la producción

agrícola y ganadera, a lo que le siguieron las regulaciones del mercado y apoyos para mejorar el abasto de productos básicos con el fin de apoyar la alimentación de la población en condición de pobreza. Las primeras acciones con objetivos nutricionales no fueron hasta 1940, teniendo un papel importante los subsidios a productores y consumidores, principalmente con la reducción de precios de alimentos.

En 1990 Progres a y en 2002 el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, plantearon el uso de transferencias monetarias condicionadas como mecanismo que incentivara la inversión en salud, alimentación y educación de los niños con «propósito de lograr el desarrollo de capital humano y romper el ciclo intergeneracional de la pobreza». La población objetivo fueron las familias en condición de pobreza extrema. Como ejemplo de un programa especial se encuentra el Programa de Albergues Escolares Indígenas (PAEI), cuyo objetivo es el desarrollo integral de los pueblos indígenas, con apoyos a jóvenes y niños para que ingresen y culminen sus estudios en diferentes niveles académicos, además de salud y actividades de recreación y esparcimiento. En recomendación a las políticas internacionales se promovió el Proyecto Estratégico para la Seguridad Alimentaria (PESA), cuyo objetivo fue mejorar la seguridad alimentaria y contribuir a la reducción de la pobreza de manera sostenible en zonas rurales de alta marginación (Ávila, Flores y Rangel, 2011).

Según el CONEVAL (2009) después de una evaluación de los programas, persisten deficiencias en la aplicación y suministro de vitaminas, minerales y otros nutrientes, por ejemplo, el 40 y 50 % de los niños para quienes se diseñó un suplemento fortificado no lo consumía regularmente por falta de disponibilidad y el uso de un enfoque educativo muy tradicional y en condiciones inadecuadas. También se registró que las mejoras en la alimentación de menores de 5 años, se debieron al consumo de productos «Nutrisano» y no a un mejor consumo de otros alimentos, frecuentemente influida por las tradiciones familiares y la cultura que conlleva a una distribución de los suplementos entre todos los miembros del grupo familiar y no a los grupos de edad destinados. Otro hallazgo fue la disminución en la práctica de la lactancia materna entre población beneficiaria del programa. Además, se registró que los recursos económicos no se destinaban a la compra de alimentos de alto valor nutritivo. Por otro lado, el programa de abasto social de leche fortificada de Liconsa encontró una prevalencia del 21 % menor de anemia y 16 % menos en deficiencia de hierro en comparación con población que no la consumió (CONEVAL, 2009).

La Estrategia Nacional de atención al sobrepeso, obesidad y diabetes (2013) pretende «una línea de acción en materia de comunicación educativa e intervenciones para la regulación, control y sensibilización que reduzcan el consumo de alimentos y bebidas con alta densidad energética y bajo valor nutricional». Las acciones se dirigen a toda la población, particularmente a escolares y personas con sobrepeso y obesidad, así como a las que padecen enfermedades no transmisibles, principalmente diabetes (Secretaría de Salud, 2013 p.9). Dicha estrategia contempla acciones directas sobre el control del consumo alimentario y ejercicio, los pilares son la salud pública, la atención médica y la regulación sanitaria, y aunque parece ser una estrategia integral, se deja la responsabilidad al individuo y poco se analizan los aspectos estructurales con relación a las determinantes económicas y socioculturales.

La epidemia de obesidad

La epidemia de obesidad se presenta como uno de los principales problemas de salud pública mundial que se enfrenta hoy en día, por su relación directa con el incremento acelerado de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que encontramos la diabetes e hipertensión como principales causas de muerte. En el 2013, Estados Unidos de América ocupaba el primer lugar en frecuencia de obesidad, lo que representaba un incremento del 16-18 % en el gasto por persona para la atención médica, así como de las numerosas complicaciones observadas en estas poblaciones. México se encontraba en el segundo lugar de esta condición (OCDE, 2014), con la agravante de que la economía del país imposibilita una atención médica adecuada y que las complicaciones de salud potencian aún más el gasto por persona, en caso de tener acceso a ella. A mediados del 2013 la tendencia se revirtió posicionando a México como el primer lugar en obesidad a nivel mundial según los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En la actualidad existen numerosos estudios conducidos en poblaciones de países desarrollados que responden al esclarecimiento de aspectos médicos, biomédicos y moleculares en torno a la obesidad, sin embargo, pocos estudios relacionan el conocimiento biológico con aspectos sociales, culturales, étnicos, psicológicos, ocupacionales y de género, lo que se refleja en fallas de las políticas de atención y el incremento de sobrepeso y obesidad.

En México la interacción de procesos económicos, sociales y culturales se ha dinamizado para propiciar diversas transformaciones del proceso de alimentación que han influido en los hábitos alimentarios y en el perfil de salud-enfermedad-muerte, principalmente en la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes –primera causa de muerte en el país– y el sobrepeso y la obesidad con prevalencias de más del 75 % en población adulta.

Especialmente para la atención a la obesidad, se han propuesto diversos enfoques para su abordaje, privilegiando la orientación biomédica, sin embargo, esta postura no siempre refleja las condiciones sociales y culturales en los contextos de la sociedad moderna, con la promoción de estilos de vida «saludable» en las políticas de salud y ajustable a cada una de las realidades sociales. En ocasiones la adopción y la transformación de la cultura alimentaria no siempre es una elección libre para los hombres y mujeres principalmente de los estratos socioeconómicos más bajos, sino simplemente adaptan sus necesidades a la atención prioritaria del sustento diario.

Las estrategias de prevención y control basadas en cambios de conducta hasta ahora han tenido impacto limitado y de corto plazo en la población, ya sea por falta de análisis de las causas de fondo en los diferentes contextos, por la falta de aplicación en las realidades locales o por transmitirse de una manera dogmática y vertical. El poco contacto del sistema de salud con los determinantes socioculturales que influyen el desarrollo de la obesidad en las diferentes regiones no permite que se consideren las percepciones de la comunidad, la participación y sobretodo se obtenga un acceso real a una «dieta equilibrada» y «actividad física adecuada». Para la población en condiciones de marginación y pobreza, sobre todo para las mujeres, a las que culturalmente se ha asignado las tareas de los cuidados de la salud y alimentación, estos conceptos son vacíos ante la necesidad de conseguir la comida diaria, evitar otros daños y riesgos que trae consigo la vulnerabilidad social, así como la inequidad por género y etnia. Se trata de un fenómeno de «obesidad en la pobreza» (Peña y Bacallao, 2000), en donde convergen procesos de desarrollo y marginación con nuevos perfiles de salud y enfermedad, desnutrición y obesidad. Persisten aun la tuberculosis, desnutrición y el dengue, coexistiendo con nuevos retos de padecimientos emergentes como son diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y cáncer.

En un contexto de pobreza, la obesidad no debe interpretarse solamente como un signo de desarrollo o como un trastorno originado en un desequilibrio energético, sino como un desorden nutricional que puede coexistir con el déficit de micronutrientes y otras enfermedades carenciales, sobre todo en los grupos socioeconómicos más desprotegidos. Peña y Bacallao (2000) plantean que existen varios tipos de obesidad, con diferencias en los patrones geográficos, étnicos y culturales, cuya comprensión debe reflejarse en la perspectiva de investigación, en las políticas de salud y en la toma de decisiones para la implementación de programas que atiendan los problemas planteados, incorporando las condiciones sociales y culturales específicas de las regiones, los grupos étnicos y la perspectiva de género. Estos autores sustentan que los hábitos alimenticios y la predisposición a la obesidad se generan mediante un proceso de interrelación permanente de las condiciones sociales de pobreza, que dependen más de los factores económicos que de la educación nutricional, debido a que los alimentos se eligen por precio, grado de saciedad y situación económica familiar.

Predisposición genética, salud y alimentación.

Respecto a los determinantes genéticos de la obesidad en los individuos, se registra un cúmulo de tejido graso en exceso, principalmente en los individuos con predisposición genética a la obesidad (OMS, 2012; Razquin *et al.*, 2011). La predisposición genética se complejiza en regiones del país en las cuales el deficiente acceso a los servicios médicos, la inseguridad alimentaria y el limitado desarrollo humano, es el común denominador entre la población. Estos factores se encuentran presentes entre diversos grupos étnicos de México. Valencia *et al.*, (2005) registraron una alta prevalencia de obesidad en la población indígena Pima localizados en la Frontera norte de México y en Estados Unidos.

A pesar de que los integrantes de este grupo étnico están genéticamente predispuestos para el desarrollo de obesidad y diabetes, un estilo de vida más activo funcionó como factor protector contra estas enfermedades. En indígenas chontales de Tabasco Cruz *et al.* (2012) detectaron una apreciación normalizada del sobrepeso y obesidad. Alvarez *et al.* (2009) por su parte, reportaron una transición de la desnutrición hacia la obesidad en jóvenes de la zona fronteriza de Chiapas. En San Cristóbal de Las Casas en 2014, se encontró una subestimación

de la figura y el peso corporal en adultos que asisten a atención médica, así como falta de motivación para el control de peso (Matus *et al.*, 2016). En las poblaciones de interés en este proyecto, con una transformación acelerada del estado nutricional, tampoco se ha documentado la interacción entre los factores socioambientales y la predisposición genética.

La alimentación desde el enfoque sociocultural

Las prácticas socioculturales en diferentes grupos de edad que se manifiestan en el día a día, configuran la dimensión cultural de la alimentación y se modifica constantemente con el devenir de modelos del cuerpo y del bienestar en general. Las transformaciones económicas, políticas, de crecimiento poblacional, urbanización, migración; deterioro ambiental y pérdida de recursos alimenticios, cambios de estilo de vida (sedentarismo) y la creciente exposición al consumo de alimentos industriales son promovidas por estrategias de mercado (Eroza, 2013). A esto se suman las dimensiones afectivas y emocionales que son detonadoras de padecimientos y modificaciones fisiológicas y conductuales (Alvarez *et al.*, 2009).

Desde la perspectiva sociocultural, algunos estudios en Chiapas sobre alimentación reportan hasta el 62 % de desnutrición en niños menores de cinco años en el 2003 en la localidad El Triunfo, Municipio de Las Margaritas (Solís, 2003). Posteriormente con el estudio de los determinantes estructurales y el desarrollo como medida del cambio alimentario en dos localidades tojolabales, en donde los procesos de desarrollo –a través de la carretera principalmente– permitieron el ingreso de servicios, pero también del mercado de alimentos ultraprocesados altos en azúcares como los refrescos (Nájera y Alvarez, 2008).

Con relación a la mayor frecuencia de obesidad en mujeres por desigualdades de género, Cruz *et al.* (2012) documentan la obesidad en mujeres de la región Chontalpa de Tabasco y muestran los efectos de los factores socioculturales como limitantes en las prácticas de ejercicio al aire libre, así como el asumir que después de la maternidad es normal aumentar de peso, que la herencia de los padres es inevitable, no una enfermedad y que la pérdida de peso no deseable en distintas etapas de la vida se debe a la aceptación de modelos que se consideran normalizados.

En el estudio de Matus (2014), sobre las percepciones sobre control del sobrepeso y obesidad en San Cristóbal de Las Casas, encontraron que la auto percepción de la figura corporal, la aceptación como

enfermedad y los hábitos alimenticios en personas con sobrepeso u obesidad, influyeron negativamente en la motivación y acciones relacionadas con el control de peso. Otros factores fueron la ausencia de síntomas o molestias, el consumo de alimentos mediante las señales fisiológicas de hambre y saciedad, las herramientas para el control de alimentos por cuestiones emocionales y la importancia de la influencia familiar; todos se conjuntaron con un ambiente obesogénico que hace resaltar las dificultades de encontrar en los comercios las frutas y verduras a precios accesibles y las dificultades de seguir una dieta establecida por los servicios de salud.

En el norte de México, el contexto de la modernización alimentaria y el alto consumo de alimentos ultraprocesados ubicaron a Sonora en primer lugar a nivel nacional en obesidad infantil de acuerdo a los resultados de la ENSANUT 2012. Los resultados de medio camino de la ENSANUT 2016 y más recientes los publicados para ENSANUT 2018, indican que la obesidad infantil continúa en al menos 3 de cada diez niños escolares, mientras se mantiene en los primeros lugares de consumo de alimentos no saludables entre menores escolarizados. Si bien en el estado se han implementado programas de prevención como parte de los programas escolares, los datos epidemiológicos indican la necesidad de repensar las acciones de prevención y atención de la obesidad. Así lo demuestran diversas investigaciones desde el enfoque nutricional y de salud pública para analizar la situación alimentaria en población oriunda del estado, como las preferencias alimentarias (Sandoval y Camarena, 2011), los cambios alimentarios relacionados con la cultura alimentaria globalizada (Sandoval, Domínguez y Camarena, 2010), la obesidad infantil (Meléndez, Cañez y Frías, 2010; González *et al.*, 2018; Quintana, 2016), la relación entre alimentación y el cuerpo (Meléndez *et al.*, 2012), la cultura y seguridad alimentaria (Sandoval y Meléndez, 2008; Contreras y Ortega, 2019), asimismo, se han realizado proyectos de promoción a la salud para la prevención de diabetes y enfermedades cardiovasculares, padecimientos relacionados con la alimentación (Sabo *et al.*, 2018; Denman *et al.*, 2014, 2015).

Otras investigaciones han abordado la situación alimentaria entre población migrante proveniente principalmente de estados del sur y sureste mexicano, como Oaxaca, Guerrero, Puebla y Oaxaca, muchos de los cuales llegan a trabajar en los campos agrícolas de exportación. Entre esta población se ha analizado la situación de seguridad alimentaria, nutrición y salud (Castañeda *et al.*, 2019; Ortega y Castañeda 2018; Ortega *et al.*, 2007, 2008, 2012), las prácticas de alimentación

entre personas con diagnóstico de diabetes (Alcántara, 2014), las prácticas de alimentación en relación con el género (Arellano *et al.*, 2018), el campo y habitus alimentario (Arellano, *et al.*, 2019a y 2019b).

En el contexto de las regiones y datos publicados sobre la emergencia del problema de obesidad y ante los diferentes ámbitos que influyen en el proceso alimentario, sus orígenes y consecuencias en salud, es inminente la necesidad de un abordaje interdisciplinario que aporte información y una mayor comprensión de las interrelaciones de las diferentes determinantes de la salud, así como del conocimiento epistemológico de la experiencia de investigación bajo este abordaje.

Este libro nos deja más preguntas a indagar sobre los diferentes niveles de acción y análisis, desde lo estructural a los procesos comunitarios, familiares e individuales. A esto se suma la reflexión que desde la academia nos hacemos respecto a nuestros alcances en las propuestas y la posibilidad de ponerlas en práctica, reconociendo la relación entre condicionantes estructurales que posibilitan el fácil acceso a alimentos altos en azúcares, grasas y carbohidratos simples, así como al sedentarismo, por lo que nos preguntamos: ¿A qué nivel podemos incidir?, ¿Cómo articular los diferentes niveles de prevención y atención?, ¿Cómo posibilitar el diálogo entre los distintos actores sociales en los ámbitos de la economía y la salud?, ¿Cómo poner en práctica acciones de alimentación saludable y ejercicio en poblaciones vulneradas por el mismo sistema económico?, ¿Cómo relacionar los conocimientos de la ciencia con las tradiciones alimentarias?, ¿Cómo incluir las condicionantes de género en la toma de decisiones alimentarias?, ¿Cómo posicionar el tema alimentario como un asunto esencial de la vida humana y derecho humano fundamental?, ¿Cómo abordar la pandemia de diabetes y obesidad en contextos socioculturales diversos?, ¿Cómo articular los abordajes socioecológicos e interdisciplinarios con la salud? Estas preguntas muestran la complejidad e invitan a la discusión abierta y participación desde distintos ámbitos.

Contenido del libro

Entretejando nuestros diálogos, experiencias y análisis en alimentación y salud, este libro presenta enfoques, experiencias y metodologías para el conocimiento de un grupo interdisciplinario que busca dilucidar soluciones desde niveles micro hasta macroestructurales. Ante la complejidad del proceso alimentario y los daños a la salud,

en la lectura de cada caso mostramos los abordajes de autores expertos en estas problemáticas de gran envergadura para México, ante la complejidad del proceso alimentario y los daños a la salud.

De los ocho capítulos que integran esta obra, el primero aborda las experiencias de personas con diabetes en torno a la dieta, muestra las grandes dificultades para enfrentar el padecimiento para lograr conseguir y reconciliar una alimentación adecuada y completa en las personas que la padecen. El segundo capítulo analiza las políticas de salud en el ámbito de una cuenca transfronteriza para dar cuenta de la complejidad en la problemática socioambiental y de salud, así como la ausencia de políticas locales y específicas para poblaciones en estos espacios. En el capítulo tres se muestran las relaciones de las políticas y su impacto en la seguridad alimentaria en la meseta comiteca en Chiapas, históricamente dedicada al cultivo del maíz y que actualmente enfrenta un problema de inseguridad alimentaria.

El cuarto capítulo analiza la relación entre las áreas naturales protegidas con alta biodiversidad y las problemáticas de acceso a alimentos y servicios de salud que vulnera a la población que vive en estos espacios. En el quinto capítulo, se analiza la seguridad alimentaria en contextos urbanos en el estado de Sonora, con alto índice de desarrollo humano, el ambiente obesogénico y su impacto en la salud. En el capítulo seis se analiza el trabajo de cuidados de madres y padres de niños y niñas con diagnóstico de obesidad y que llevan un tratamiento medicalizado de la misma, mostrando los diversos elementos que influyen el cuidado de los menores. En el capítulo siete se reflexiona sobre el estado emocional de niños y niñas con obesidad y que son atendidos en espacios de salud, evidenciando la ausencia de un abordaje de salud mental.

En la colaboración y diálogo con el personal médico de la Jurisdicción Sanitaria en Comitán, Chiapas se presenta el capítulo ocho, donde se analiza la malnutrición en niños y niñas menores de cinco años de edad y su relación con los retos de los servicios de salud pública de la Región Transfronteriza México-Guatemala al ser persistente el problema de la desnutrición y al mismo tiempo el incremento del sobrepeso y la obesidad.

Los capítulos buscan aportar al conocimiento interdisciplinario e impactar en el diseño de políticas de salud que, desde un alcance general, se traduzcan en acciones y respuestas a nivel local, atendiendo las particularidades de los contextos y poblaciones que sufren los distintos daños relacionados con las transformaciones alimentarias.

Muestran a través de distintas metodologías los procesos locales que impactan a las poblaciones y las implicaciones para el sector salud en la atención de estas problemáticas.

Apuntamos la pertinencia de este libro sobre la alimentación y la salud en el contexto actual de la pandemia del COVID-19 que inició en marzo 2020, justo cuando este libro estaba en proceso de dictamen; para analizar y comprender el impacto de las transformaciones del proceso de alimentación en las condiciones de salud pública en México y principalmente de las regiones transfronterizas, donde los daños, la alta mortalidad y los escenarios de riesgo actual y futuro ante esta pandemia son mayores. El país enfrenta una grave emergencia por alta mortalidad, pérdida de empleos y la imposibilidad de llevar a cabalidad las medidas de prevención en relación con la economía de las familias que dependen del ingreso diario en trabajos informales. Desde el inicio de la pandemia a nivel nacional al 8 de Junio del 2020, las estadísticas de casos confirmados llegan a 120 102, los casos sospechosos a 46 398 y 14 053 defunciones por COVID-19. En varios estados de la República el incremento se hace notorio y alarmante, principalmente del sureste donde las condiciones de vulnerabilidad social, alta marginación y pobreza agudizan el panorama en ciertas regiones y determinan mayores consecuencias de esta pandemia. A pesar del incremento del 20 % al salario mínimo a partir de enero de 2020, (102.68 a 123.22 pesos diarios.), se logró solamente la adquisición de alimentos, mientras que el resto del gasto familiar tiene que conseguirse con el trabajo de toda la familia, incluyendo a los más jóvenes; de ahí que la mayor frecuencia de casos confirmados sea en el grupo de edad de 40 a 49 años de edad y en hombres (57.23 %), Secretaría de Salud-Gobierno de México, 2020). Como ha mencionado el Subsecretario de Salud Hugo López Gatell, «México tiene una población joven en comparación con otros países, pero la epidemia de COVID-19 encuentra a la salud deteriorada por una alimentación inadecuada que deriva en obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial» (Informe Secretaría de Salud, 04-04-2020). ■

Bibliografía

- Alcántara, Y. 2014. *A todo se acostumbra uno, menos a no comer... azúcar. Prácticas de alimentación ante la diabetes en grupos domésticos triquiés, inmigrantes en Sonora*. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales. El Colegio de Sonora. 166 pp.
- Alvarez-Gordillo, G.; E. Eroza-Solana y E. Ramírez. 2009. Diagnóstico sociocultural de la alimentación de los jóvenes en Comitán, Chiapas. *Medicina Social*. 4 (1):351.

- Alvarez-Gordillo, G.; R. Araújo-Santana, I. Anduro-Corona; M. Arellano-Gálvez; M. Ortega-Velez; M. Salas-Valenzuela; E. Eroza-Solana; I. Bojórquez-Chapela; L. Espinosa-Cortes; A. Caballero-Roque y A. Martínez-Espinosa. 2019. Experiencias interdisciplinarias en alimentación y daños a la salud en las fronteras sur y norte de México. *Revista Latinoamericana de Educación y Estudios Interculturales* 3(2): 8-18.
- Arellano-Gálvez, M.C.; G.C. Alvarez-Gordillo; E. Eroza-Solana, y E. Tuñón-Pablos. 2019. Campo alimentario: lógicas de la práctica alimentaria entre trabajadores agrícolas en Miguel Alemán, Sonora, México. *Región y sociedad*. Año 31:1-25. Disponible en: <https://doi.org/10.22198/rys2019/31/1143>
- Arellano-Gálvez, M.C.; G.C. Alvarez-Gordillo; E. Tuñón-Pablos y L. Huicochea-Gómez. 2018. El trabajo de alimentar: proceso alimentario entre trabajadores y trabajadoras agrícolas migrantes en Miguel Alemán, Sonora. *Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México*. e240:1-35. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.24201/eg.v4i0.240>
- Ávila-Curiel A.; J. Flores-Sánchez y G. Rangel. 2011. *La política alimentaria en México. Centro de Estudios para el Desarrollo Rural Sustentable y la Soberanía Alimentaria*. Cámara de Diputados, LXI Legislatura. México. 258 Páginas. Disponible en: http://biblioteca.diputados.gob.mx/janium/bv/cedrssa/lxi/polali_mex.pdf
- Barquera, S.; J. Rivera-Dommarco y A. Gasca-García. 2001. Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Pública de México*, 43(5), 464-477. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000500011&lng=es&tng=es.
- Bon, K. 2015. *Impacto de un programa de prevención de obesidad, en primarias con adopción de regulación oficial de alimentación saludable en Hermosillo, Sonora*. Tesis de Maestría en Ciencias. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. Hermosillo, Sonora, México. 113 Páginas.
- Castañeda, J.; G. Caire-Juvera; S. Sandoval; P. Castañeda; A. Contreras; G. Portillo e I. Ortega-Velez. 2019. Food Security and Obesity among Mexican Agricultural Migrant Workers. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 16(21): 4171. Disponible en: doi: 10.3390/ijerph16214171
- Contreras-Navarro, A.L. e I. Ortega-Vélez. 2019. Obesogenic Environment Case Study from a Food and Nutrition Security Perspective: Hermosillo City. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 16, 407 Páginas. Disponible en: 10.3390/ijerph16030407
- Cruz-Sánchez, M; E. Tuñón-Pablos; M. Villaseñor-Farías; G.C. Álvarez-Gordillo y R.
- Nigh-Nielsen. 2012. Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas chontales de Tabasco, México. *Población y Salud en Mesoamérica*. 9(2),1-22. disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=446/44623231003>
- Denman, C.A.; M.L. Bell; E. Cornejo; J.G. De Zapien; S.C. Carvajal y C. B. Rosales. 2015. Changes in health behaviors and self-rated health of participants in Meta Salud. A primary prevention intervention of NCD in Mexico. *Global Heart*. 10(1), 55-61. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ghheart.2014.12.007>
- Denman, C.; C. Rosales; E. Cornejo-Vucovich; M. Bell; D. Munguía-Carrasco; T. Zepeda; S. Carvajal y J Zapién. 2014. Evaluation of the effectiveness of the community-based disease prevention program Meta Salud in Northern Mexico, 2011-2012. *Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice, and Policy*. 11(1545-1151): 1-9.
- Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENSANUT). 2018. *Encuesta de Resultados*. 42 Páginas. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- González, V.D.G.; M.I. Grijalva; M. Montiel e I. Ortega. 2018. Identificación de factores predisponentes, reforzadores y capacitadores para una alimentación y actividad física adecuadas en escolares sonorenses. *Región y Sociedad*, No. 72,1-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22198/rys.2018.72.a893>
- Huesca-Reynoso, L.; R. López-Salazar; y M. Palacios-Esquer. 2016. El Programa de Apoyo Alimentario y la política social integral en la Cruzada contra el Hambre en México. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*. 61(227), 379-407. Disponible en: [https://dx.doi.org/10.1016/S0185-1918\(16\)30033-2](https://dx.doi.org/10.1016/S0185-1918(16)30033-2).
- Martínez, A.; I. Anduro, e I. Bojórquez. 2020. The biohabitus of scarcity: bio-social dispositions and the «obesity epidemic» in Mexico. *Sociology of health & illness*. Disponible en <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13080>
- Matus, N. 2014. *Percepciones y motivaciones en individuos con sobrepeso y obesidad y su influencia para el control de peso en San Cristóbal de Las Casas*. Tesis de Maestría. El Cole-

- gio de la Frontera Sur. 170 Páginas Disponible en http://aleph.ecosur.mx:8991/exlibris/aleph/a22_1/apache_media/914A2ASMLNURKJFAXJL5YT6CG5FGL3.pdf
- Matus, N.; G. Álvarez; A. Nazar y R. Mondragón. 2016. Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. *Estudios Sociales*. 24: 380-409.
- Meléndez, J.; F. Cañez y J. Frías 2012. Comportamiento alimentario durante la adolescencia. ¿Nueva relación con la alimentación y el cuerpo? *Rev Mex Invest Psic*. 4(S1): 99-111.
- Meléndez, J.; G. Cañez y H. Frías. 2010. Comportamiento alimentario y obesidad infantil en Sonora, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 8(2): 1131-1147.
- Nájera-Castellanos, A.J. y G.C. Álvarez-Gordillo. 2010. Del posol a la Coca Cola: cambios en las prácticas alimentarias en dos comunidades tojolabales. *Liminar* .8, n.1, pp.173-190. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/745/74516322011.pdf>
- OCDE. 2014. *México debe combatir el aumento de la obesidad, asegura la OCDE*. Disponible en https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2013-Press-Release-Mexico_in-Spanish.pdf
- OMS. 2018. *Obesidad y Sobrepeso*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- OMS. 2020. *Obesidad y sobrepeso*. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Ortega, I.; A. Castañeda y J. Sariago. 2007. *Los jornaleros agrícolas invisibles productores de riqueza. Nuevos procesos migratorios en el noroeste de México*. México: C I A D, Fundación Ford, Plaza y Valdés. 251 Páginas.
- Ortega, I.; C. Rosales; J. de Zapien; P. Aranda; A. Castañeda; S. Saucedo; C. Montañón y A. Contreras. 2012. Migration, Agribusiness and Nutritional Status of Children under Five in Northwest Mexico. *Int J. Environ Res. Public Health*. 9: 33-43.
- Ortega, M. y G. Alcalá. 2008. Pobreza, migración y seguridad alimentaria. En: Sandoval S. y J. Meléndez. (coords). *Cultura y Seguridad Alimentaria. Enfoques conceptuales, contexto global y experiencias locales*. Pp 177-194 Plaza y Valdez-C I A D. México.

- Ortega, M. y P. Castañeda. 2018. Ambiente alimentario y seguridad nutricional entre jornaleros migrantes en Sonora. *Psique, Boletín Científico Sapiens Research* 8(2): 18-28.
- Quintana, J. 2016. *Las cuidadoras de niños y niñas con diagnóstico de obesidad en Hermosillo, Sonora: Un estudio cualitativo con población atendida en la CONHIES*. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales. El Colegio de Sonora, Hermosillo, Sonora, México. 222 Páginas
- Peña, M. y J. Bacallao. 2000. *Obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. Washington: OPS. 145 Páginas. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/4006>
- Ramos, C. 2003. *La desnutrición en Justo Sierra, Municipio de Las Margaritas, Chiapas, México*. Tesis de Maestría en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural. El Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. 57 Páginas
- Sabo, S., C. Denman-Champion, M.L. Bell, E. Cornejo-Vucovich, M. Ingram, C. Valenica, M.C. Castro-Vasquez, E. Gonzalez-Fagoaga, J. Geurnsey de Zapien y C.B. Rosales. 2018. Meta Salud Diabetes study protocol: a cluster-randomised trial to reduce cardiovascular risk among a diabetic population of Mexico. *British Medical Journal Open* 8(3):1-12 Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/3/e020762#aff-1>
- Sandoval, S. y D. Camarena. 2012. Consumo de alimentos de la población sonorense: tradición versus internacionalización. *Estudios Sociales*. Segundo Número Especial: 53-72.
- Sandoval, S., Domínguez, S. y Cabrera, A. 2010. De golosos y tragones están llenos los panetones: cultura y riesgo alimentario en Sonora. *Estudios Sociales* (1): 151-179.
- Secretaría de Salud y Desarrollo Integral de la Familia. 2019. *Líneas de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria 2019. México: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia*. 131 Páginas. Disponible en: <http://sitios1.dif.gob.mx/alimentacion/docs/EIASA%202019.pdf>
- Secretaría de Salud. 2013. *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*. México: Gobierno de la República, Secretaría de Salud. 105 Páginas. Disponible en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/276108/estrategia_sobrepeso_diabetes_obesidad.pdf.

CAPÍTULO



Experiencias y nociones en torno a la «dieta»
en personas que padecen diabetes

Una contribución desde la triada *disease, illness y sickness*

Eroza Solana Enrique*
Cecilia Guadalupe Acero Vidal

* DEPARTAMENTO DE SOCIEDAD Y CULTURA
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.
enriquesol@yahoo.com

El presente texto se basa en un estudio de corte cualitativo, en torno a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), realizado en la Región Transfronteriza México-Guatemala, específicamente entre municipios fronterizos del estado de Chiapas en México y el departamento de Huehuetenango en Guatemala. Abordamos los casos de personas que padecen diabetes; el análisis de sus testimonios lo emprendemos a través de la interpe-lación de los mismos, con la triada conceptual *disease, illness y sickness* con referencia particular a lo que las personas entrevistadas refieren en torno a la relación diabetes/alimentación, a ideas causales, a las dietas prescritas, a las respuestas que opusieron, así como relación a los efectos que éstas tuvieron en su salud. Los hallazgos revelan que en calidad de pacientes, más que transitar en una secuencia lineal respecto a dicha triada a lo largo de sus trayectorias como enfermos, cada concepto, su implicación, conviven de manera tensa, a la vez que complementaria con los otros en sus narrativas, al grado de traslaparse o confundirse, lo que muestra la complejidad de la vivencia de este padecimiento. 📖

PALABRAS CLAVE

*Diabetes mellitus · alimentación · Región Transfronteriza
México-Guatemala · Chiapas · Huehuetenango*

Introducción

La relación alimentación-diabetes está presente durante la trayectoria de la enfermedad, desde factores de riesgo hasta la presencia de complicaciones. El sobrepeso y la obesidad, relacionados con la mala alimentación, al igual que los antecedentes familiares y el sedentarismo, son factores de riesgo asociados a la diabetes.

A partir del diagnóstico médico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone un tratamiento basado en el cambio de estilo de vida –dieta y ejercicio– añadiendo algún antidiabético oral, una combinación de éstos con insulina o solo insulina, a fin de disminuir las concentraciones sanguíneas de glucosa, aliviar los signos y síntomas, como prevenir o posponer la aparición de complicaciones (WHO, 2019). Así, la personas que padecen diabetes (PPD) inician la ruta del «Deber Ser» respecto a cambios de hábitos.

La propuesta teórica de la tríada *disease, illness* y *sickness*¹, permite analizar el dinamismo y la complejidad de la problemática que enfrentan las PPD ante los cambios de régimen alimenticio, ya que pone en escena la interpretación por parte de éstas, de los conocimientos sobre los riesgos de no seguir una dieta como la indicada en los espacios biomédicos, así como los obstáculos, subjetividades y circunstancias para adherirse a las prescripciones en su propio contexto social.

Diversos estudios sobre la región transfronteriza México-Guatemala (RTMG) muestran que existe un *continuum* en ambos lados de la frontera, debido a lazos históricos, costumbres seculares compartidas y relaciones comerciales (Chavarochette, 2014). Se distingue también por un bajo desarrollo económico, precariedad de las fuerzas productivas y el escaso impulso del comercio y los servicios (Villafuerte, 1998, p. 319).

Chiapas es un estado del sureste de México que cuenta con 124 municipios, siendo su capital Tuxtla Gutiérrez. Limita al este y sureste con los departamentos² guatemaltecos de Petén, Quiché, Huehuetenango y San Marcos. A su vez, Huehuetenango se sitúa en la región noroccidental de Guatemala, colinda al norte y oeste con México; posee 33 municipios y la cabecera departamental lleva el mismo nombre.

Como lo señala Fábregas (1998), la relación entre poblaciones chiapanecas y guatemaltecas es «intensa y añeja», los intercambios económicos, religiosos y sociales son constantes entre las poblaciones situadas a uno y otro lado de la frontera. Lo anterior resulta de vínculos culturales, relaciones de parentesco y migraciones laborales –particularmente de guatemaltecos hacia el Soconusco (Ponce, 1985)–, así como de crisis

¹ Por lo impreciso que podría resultar su traducción al español, se utilizan los términos en inglés, mismos que son definidos en el marco teórico del presente trabajo. ↗

² Lo que en México se conoce como estados, en Guatemala se denominan departamentos. ↗

políticas y sociales, como lo fue la guerra civil guatemalteca de inicios de los ochenta que ocasionó la búsqueda de refugio de esta población, mediante su movilidad hacia tierras chiapanecas (Kauffer, 2000). A partir de esto es que se observan migraciones temporales, intermitentes o definitivas como expresión de la continuidad lingüística y religiosa observable en romerías de chiapanecos a Santa Ana Huiúta, San Antonio Huiúta y San Mateo Ixtatán en el territorio de Guatemala (Chavarochette, 2014 y Hernández, 1989).

La relación es más estrecha en la extensión fronteriza que comprende Huehuetenango y la meseta Comitca, donde se ubican los municipios estudiados, pues como menciona Chavarochette (2014) la división no es étnica, ni militar, ni física, pues no la demarca un río como en otras secciones de la frontera entre México-Guatemala. Algunos pobladores de esta región comentaron durante el trabajo de campo, que son los olvidados de las políticas y apoyos, tanto de gobiernos federales como estatales, debido a la lejanía con dichos centros administrativos.

En ambos contextos de estudio, se observa una gradual pérdida de capacidad para producir alimentos, debido a transiciones económicas y deterioro ambiental así como una profusa oferta de alimentos industrializados altos en calorías que propicia un ambiente obesogénico a nivel comunitario (Powell, *et al.*, 2010 y Swinburn *et al.*, 1999).

Estudios de corte cualitativo en torno a la diabetes en México.

Algunos estudios cualitativos realizados en México revelan las dimensiones socioculturales que inciden en la DM2 en poblaciones indígenas y pobres. Identifican baja utilización de servicios públicos de salud, manifiesta en complicaciones y mortalidad (Page, Eroza y Acero, 2018). Muestran también exclusión de minorías étnicas en el ámbito de la salud, al prevalecer los índices más negativos entre quienes menos tienen y reciben atención deficiente y culturalmente inadecuada (Lerín, Juárez y Reartes, 2015).

Se han señalado carencias económicas como un obstáculo para cumplir con las prescripciones médicas (Moreno, 2006 y Acero 2012) y como causa de complicaciones (Yáñez, 2016 y Acero, 2019). Otros más revelan el rol de las emociones en la causalidad y manejo adecuado del control médico (Dominguez, 2012; Pereyra, 2015; Page, Eroza y Acero, 2018; Eroza, Álvarez y Acero, 2019 y Juárez, Théodore y Eroza, 2019).

Algunos más abordan la relación diabetes/alimentación en contextos indígenas y rurales de México, señalando el cambio alimentario

Políticas sanitarias

México

En 1994 se estableció en México la Norma Oficial número 015 para la prevención, tratamiento y control de la DM (NOM-015-SSA). Señalaba como primer paso un tratamiento no farmacológico (plan de alimentación, control de peso y actividad física) durante los primeros seis meses. Si las metas no se alcanzan, el médico prescribiría tratamiento farmacológico (SSA, 2010. 11.3.6). Pero de acuerdo con estudios previos (Acero, 2012; 2019; Page, Eroza y Acero, 2018), en la mayoría de los casos esto no sucede, el diagnóstico es tardío y las PPD inician a la par ambas fases.

El plan institucional se basaba, hasta inicios de 2019, en un programa de apoyo económico, llamado Prospera, dirigido a mujeres y a sus hijos en edad escolar. Era condicionado con la realización de chequeos médicos periódicos de las mujeres y sus familias. Amén de influir en una mayor incidencia de detección de diabetes, promovió el contacto entre PPD y las instituciones de salud, propiciando una relación entre ambas partes en contextos de pobreza, gestándose una dependencia hacia el apoyo económico.

Producción y consumo alimentario

En México «el sector agropecuario no genera alimentos suficientes para alimentar a la población. Desde 1995 impera una balanza comercial agroalimentaria deficitaria» (SAGARPA, 2014, p. 13).

(Alvarado, et al., 2001; Baštarrachea, et al., 2001; Montesi, 2017 a y b; Eroza, Muñoz, 2020) y el aumento en el consumo de refrescos embotellados como factores conducentes a la DM2 y obstáculo de las medidas de control médico (Page, 2013).

Los estudios en Guatemala se limitan a trabajos de la facultad de ciencias médicas, químicas y farmacológicas, ninguno desde las ciencias sociales. Los temas más sobresalientes son factores de riesgo (Pérez, 2013; Bravo, et al., 2014); diabetes gestacional (Cardona de León, 2014; Ortiz, 2015; Juárez, 2016); manejo de complicaciones crónicas en el área de medicina interna (Martínez, 2016; Chacón y Chacón, 2017; Sánchez, Sánchez y Contreras, 2018); y la relación de la hemoglobina glucosilada como elemento para evaluar la adherencia al tratamiento (Carvajal, 2005 y López, 2017).

Metodología

La información documentada se obtuvo mediante un estudio que recuperó las trayectorias de personas diagnosticadas con diabetes desde

Guatemala

En 2016 surgió en Guatemala el primer protocolo de vigilancia epidemiológica de DM a fin de «Contar con un sistema que permitiese la recolección periódica y sistemática de información para el análisis y difusión de la magnitud de la problemática de la diabetes y sus factores de riesgo, para implementar medidas de promoción, prevención y control de forma oportuna» (MSPAS, 2016, p.2). Se menciona la promoción de estilos de vida saludables en las acciones de control y prevención, enfocadas en dietas sanas y mantenimiento del peso ideal, actividad física y prevención del consumo de tabaco y otros adictivos. La alimentación benéfica se refiere a «disminuir consumo de: sal, azúcares, carbohidratos, grasas saturadas, así como al aumento en la ingesta de frutas y verduras, cinco porciones al día» (MSPAS, 2016, p. 6). Pero aunque existe un programa de enfermedades crónicas degenerativas, la DM no está en las prioridades del Ministerio de Salud, debido a otros programas que demandan mayor atención, pese a que entre las principales causas de muerte están la DM y la hipertensión arterial. De tal suerte, la relación que las PPD sostienen con las instituciones resulta menos estructurada respecto a México, lo que al parecer propicia mayor necesidad de recurrir a servicios privados.

En Guatemala, los cultivos anuales concentran la producción de granos básicos y hortalizas, base de la seguridad alimentaria y nutricional del país, pero debido a varios factores, ha disminuido la superficie cultivada, en especial del maíz, lo que coincide con el cambio climático, sequías largas y periodos de lluvia cortos e intensos, y con el aumento de la superficie de cultivos permanentes (INE, 2016, p.13).

una perspectiva autobiográfica. En este documento enfocamos el diálogo entre la mirada médica tal y como es referida por las PPD, y su relación con la alimentación como causal, como medida de control, así como en lo que se refiere a complicaciones de salud. Exploramos, a través de su mirada, dimensiones subjetivas e intersubjetivas de dicho diálogo, sin dejar de considerar los aspectos socioculturales que operan como trasfondo de los testimonios en distintas escalas, desde lo global hasta lo local e incluso lo personal.

Para el presente texto, se abordan testimonios de 31 personas, 18 mexicanas (diez hombres y ocho mujeres) y 13 guatemaltecas (siete mujeres y seis hombres), residentes de diez municipios fronterizos; cinco mexicanos: Mazapa de Madero, La Independencia, La Trinitaria, Las Margaritas y Motozintla; y cinco guatemaltecos: Cuilco, Jacaltenango, La Democracia, Nentón y Santa Ana Huiñá. La investigación se realizó entre octubre de 2018 y abril de 2019 en el proyecto *Región transfronteriza México-Guatemala: Dimensión regional y bases para su desarrollo integral*. Para la selección de los casos a entrevistar, se informó sobre los objetivos de la investigación, las guías de entrevistas

y la confidencialidad de la información a los médicos tratantes en las unidades de salud. En conjunto con las investigadoras y el personal médico se seleccionaron para visitas en sus domicilios a personas (hombres y mujeres) ya diagnosticadas con diabetes mellitus, que estuvieran llevando, en ese momento, su tratamiento farmacológico; con edad máxima de 70 años, debido a la pérdida de recuerdos del inicio de la enfermedad, como se encontró en estudios previos (Acero, 2019). Se incluyeron aquellas personas que voluntariamente dieron su previo consentimiento informado. En las Tablas 1 y 2 se pueden observar las principales características de estas personas.

Tabla 1 y 2 Personas entrevistadas que padecen diabetes

Fuente: Trabajo de campo, 2018-2019

CHIAPAS, MÉXICO

Municipio	Nombre	Edad	E. civil	Escolaridad	Ocupación
<i>Mazapa de Madero</i>	Eloísa	57	Unión libre	Secundaria	Ama de casa
	Loli	37	Unión libre	Secundaria	Ama de casa
<i>La Independencia</i>	Alan	64	Casado	Primaria	Campesino
	Jorge	56	Casado	Primaria	Campesino
	Rubén	54	Casado	Secundaria	Campesino
	Manuel	40	Unión libre	Primaria	Mecánico
<i>La Trinitaria</i>	Mari	69	Soltera	Primaria incompleta	Ama de casa
	Flor	68	Casada	Primaria incompleta	Ama de casa
	Blanca	49	Unión libre	Ninguno	Ama de casa
	Darío	68	Viudo	Ninguno	Campesino
	Miltón	54	Soltero	Preparatoria	Construcción
	Raúl	45	Soltero	Secundaria	T. de radiadores
<i>Las Margaritas</i>	Mirna	54	Casada	Normal incompleta	Promotora C.
	Paola	57	Casada	Ninguno	Ama de casa
	Omar	60	Casado	Primaria incompleta	Velador
	Alejandro	57	Casado	Primaria incompleta	Sin ocupación
<i>Motozintla</i>	Doris	37	Unión libre	Primaria	E. doméstica
	Rogelio	44	Casado	Licenciatura	Administrador

Marco teórico conceptual

Desde la sociología y la antropología médica, con fines analíticos, en la tradición angloparlante, se han propuesto tres conceptos asociados a un mismo significado, tendientes a distinguir tres aspectos de la enfermedad: *disease, illness y sickness*.

Disease consiste en una disfunción fisiológica que resulta en una real o potencial reducción de las capacidades físicas o de las esperanzas de vida. A nivel ontológico es un fenómeno orgánico (evento fisiológico) independiente de la experiencia subjetiva y de convenciones

HUEHUETENANGO, GUATEMALA.

Localidad	Nombre	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación
Cuilco	Arturo	48	Casado	Ninguno	Campesino
Jacaltenango	Carmen	66	Casada	Ninguno	Ama de casa
	Marta	65	Casada	Ninguno	Ama de casa
La Democracia	José	65	Casado	Ninguno	Conserje
	Ángel	57	Casado	Diversificado*	P. ambulancia
	Ernesto	47	Casado	Bachiller	Enfermero
	Carlos	44	Casado	Técnico	Intendente e
Nentón	Ana	68	Casada	Ninguno	Ama de casa
	Adriana	62	Unión libre	Ninguno	Ama de casa
	Elvia	59	Casada	Ninguno	Ama de casa
	Pati	50	Casada	Ninguno	Ama de casa
Santa Ana Huista	Celia	70	Casada	Primaria	Ama de casa
	Mario	39	Casado	Primaria incompleta	Campesino

* En Guatemala, la educación secundaria (educación de nivel medio) comprende un ciclo básico o de formación general, de tres años de duración, y un ciclo diversificado o de formación profesional, cuya duración es de dos o tres años según la carrera elegida (Información obtenida en campo).

sociales. Epistémicamente, es medible por medios objetivos. *Illness* consiste en estados sentidos (por ejemplo, dolor y debilidad), percepciones de lo adecuado del funcionamiento del cuerpo y/o sentimientos de competencia. Ontológicamente es un estado subjetivamente vivido, a menudo referido como síntomas. Epistémicamente solo puede ser observado por el sujeto y accesible a otros a través de reportes del propio sujeto. *Sickness* es una identidad social, la mala salud o el problema o problemas de salud de un individuo, definido por otros en referencia a su actividad social. Un fenómeno constituido en un nuevo esquema de derechos y obligaciones, ontológicamente situado en la sociedad y por tanto partícipe del sistema social. A nivel epistémico se accede a él midiendo los niveles de rendimiento en referencia a las actividades sociales esperadas cuando tales niveles no alcanzan los estándares sociales esperados (Twaddle, 1968; 1994). Este autor destaca la secuencia *disease*, *illness* y *sickness*, cuyo caso paradigmático es cuando *disease* conduce a *illness*, que entonces resulta en *sickness*. *Disease* demanda acciones de la profesión médica para identificar y tratar la ocurrencia y tratamiento de la persona; *illness* cambia las acciones del individuo, haciéndolo comunicar su perspectiva personal del evento a otros, por ejemplo, pedir ayuda. *Sickness* demanda la determinación del estatus social de la persona enferma, al decidir quién está sujeto a tratamiento y a derechos económicos, y quién ha de ser exento de sus deberes sociales (Twaddle, 1968, 1994). Al respecto Parsons (1951) arguye que *sickness* implica que quien lo sufre asume un rol de «desviación sancionada» en el que *sickness* significa que la persona se desvía del estatus de «estar bien», mantiene un rol que conlleva expectativas y obligaciones socialmente reconocidas, junto con una *disease* o *illness* reconocida. Sin embargo, los dos primeros aspectos del rol de *sickness* están condicionados por un tercero: el reconocimiento de la persona en cuestión de que su estado es indeseable y por ende está obligada a recuperar su salud. En dicho sentido, Young (1982) ve *sickness* como un proceso de socialización de *disease* e *illness*, una construcción social que ocurre en parte a través del sistema médico (*disease*) y de formas de sufrimiento (*illness*), y posteriormente asociado a normas y valores.

Sin embargo, existe una dialéctica en referencia a esta triada, por ejemplo, los profesionales en salud confían en que ellos tratan *disease*, las instituciones sociales asignan el rol del enfermo (*sickness*), pero la persona implicada no está enferma, no está al tanto de estarlo o no se asume como tal, o al menos no enteramente. *Disease*, *illness*

y *sickness* por tanto, no son conceptos estáticos, se influyen mutuamente y las demarcaciones entre ellos no son del todo claras, por lo que pueden ser pensados como interdependientes (Twaddle, 1994, Hofmann, 2002). Por otra parte, aunque la discusión teórica de estos conceptos es significativa para las prácticas de atención a la salud y para las ciencias sociales, resulta complicado identificar su total distinción desde la perspectiva de quienes experimentan la enfermedad. La mayoría de los signos o síntomas de aflicción, son reflejo de las experiencias personales y culturales de quienes sufren. Se trata de procesos relativos a *illness* y *sickness*, más que solo *disease*, tal y como es entendida por la profesión médica (Vivien y Noor, 2014). Es justamente por lo impreciso de sus demarcaciones, así como por su dinamismo e interdependencia, que consideramos esta triada un marco analítico *ad hoc* al abordar los testimonios aquí expuestos en torno a la diabetes, pero también para ponderar su utilidad.

Con fines analíticos de la relación entre DM2 y alimentación, tomando en cuenta la dialéctica entre la mirada médica y la de las PPD, a sabiendas de que *sickness* mantiene implicaciones de mayor amplitud en torno a lo social, al no ser solo un concepto asociado a la profesión médica y sus instituciones, distinguimos aquí su acepción macrosocial propia de la biomedicina (Kleinman, 1988; Good, 1993), así como la transubjetividad (Jodelet, 2008) que atraviesa a los individuos desde el discurso médico. La dimensión macrosocial ha sido denominada por Kleinman (1988) como *sickness* y alude a la forma en que la enfermedad se vierte a las poblaciones desde una posición dominante, que busca imponer su perspectiva, junto con las implicaciones políticas, económicas e institucionales inherentes a la misma (Kleinman, 1988; Good, 1993). Como podrá observarse en los testimonios, el discurso médico se difunde por medio de una transubjetividad que influye en la mirada y el sentir de las PPD, quienes sin embargo, no solo debaten con tal transubjetividad, también la enriquecen desde su subjetividad y a lo largo de los procesos intersubjetivos por los que su experiencia transita, territorio –por excelencia– de *illness*, pero también de *sickness* con sus otras acepciones, es decir, aquellas de las que su propio entorno cultural les provee.

El carácter general de los testimonios en ambos lados de la frontera.

Las personas entrevistadas dan cuenta de experiencias muy similares en términos de su marco de referencia sociocultural y experiencial, en

lo que concierne a temas como ideas causales de la DM y sobre todo en relación a su diálogo con el discurso médico, respecto al consumo de comestibles y bebidas. Es de aclarar que aunque la política pública en torno a la diabetes está más desarrollada en México, los entrevistados de ambos países aportan testimonios que muestran su interacción con referentes de la medicina alopática. Esto se debe que en ambos casos las personas habían sido por lo menos diagnosticadas y prescritas en ámbitos médicos. El presente capítulo no busca comparar los testimonios vertidos por las PPD de cada contexto, sino observar las problemáticas y dificultades que enfrentan en relación a la dieta como parte del control de la enfermedad.

México: experiencias de la diabetes entre personas que residen en la región fronteriza de Chiapas

De acuerdo con lo reportado por las personas en Chiapas, los signos iniciales de su diabetes fueron los siguientes síntomas: la pérdida de peso, debilidad, inapetencia, o bien hambre intensa, apetencia por lo dulce, sed extrema que ocasiona constante necesidad de orinar; a excepción de dos de ellas que manifestaron no haberlos presentado. Experiencias que desde nuestra perspectiva analítica pueden ser categorizadas como *illness*, en tanto que las personas no refieren haber tenido antecedentes de por lo menos saberse en riesgo de contraer la enfermedad pese a experimentar tales síntomas: «Me sentí que estaba acabado ¡me acabé!, los pantalones daban vuelta [adelgazó], de una vez y se secaba mi boca, se pegaban los dientes, mis labios, pero era azúcar no era otra cosa» (Alejandro, 57 años, Las Margaritas).

Aunque se reconocen hábitos de consumo como causantes de diabetes, los entrevistados también aluden a causas como el factor herencia: «¡Saber!, no lo sé por qué. ¿Por qué da?, algunos médicos dicen que es por herencia porque los padres también tuvieron, otros dicen que por un suño, alegría o disgusto, la otra causa puede ser la mala alimentación» (Mari, 69 años, La Trinitaria). «Ha de ser la vida sedentaria, la alimentación, te dejás engordar, en comida era muy exagerado con la tortilla. Aunque a veces yo me pongo a pensar en gente gorda y no tiene diabetes, por eso creo que es más hereditario» (Rogelio, 44 años, Motozintla).

Un tema central relativo a las indicaciones de control médico, lo constituyen las dietas. Se trata de un proceso, en la que además de hacerle saber a las PPD lo que ocurre o puede ocurrir con su organismo,

se les pide asumir responsabilidades propias de su rol, una vez diagnosticada. Así, al adquirir el estatus de paciente, la persona asume una nueva categoría social relativa al concepto de *sickness* que conlleva derechos y obligaciones.

No obstante, en lo que concierne a la prescripción de dietas, los entrevistados en Chiapas revelan que son los deberes los que tienen mayor peso desde la unilateralidad del discurso y la postura médica, basadas en una visión estandarizada de la DM2 que difícilmente repara en las posibilidades que las PPD tienen para seguir dichas pautas: «Un médico dijo que no puedo comer carne de res, puerco, pollo de granja. Puedo pollo de rancho. Nada de grasa, pura agua, tres litros diario» (Jorge, 56 años, La Independencia). «Los doctores evitan todo, que nada debemos de comer. Tortilla de maíz ya nos la prohibieron, que no tomar pozol» (Paola, 57 años, Las Margaritas).

Entre las personas entrevistadas en Chiapas, se puede notar la presencia de una política sanitaria en torno a la detección, atención y control de la diabetes, que posibilita dar cierto seguimiento a las PPD y proporcionarles información sobre el tipo de alimentación que deben mantener, con lo que los mensajes en torno a la dieta no se limitan a un periodo inicial, sino que son continuamente reforzados por nutriólogos durante los seguimientos. Se trata así de un contexto de interacción entre médicos y PPD, en el que la noción de *sickness* adquiere preponderancia. Es de agregar que el comportamiento que se espera respecto a las PPD, se ve reforzado por un programa social cuyo eje resulta un apoyo económico, llamado Próspera, el cual opera como condición para que las personas mantengan prácticas de control médico: «He pasado con nutriólogo, es requisito de Próspera, debo cumplir con el lineamiento. No da dieta escrita, solo recomienda» (Alan, 64 años, La Independencia). «La nutrióloga da pláticas, hay que comer frutas, verduras, no consumir carnes rojas, pollo desfileado o asado, no mucho caldo, hace mal si en la tarde, descompones el estómago. Las pláticas ayudan bastante, es la vida de uno» (Omar, 60 años, Las Margaritas).

De cualquier modo, los mensajes que acompañan a la prescripción de dietas, suelen hacer uso de información biomédica relativa a complicaciones de salud que se corre el riesgo de afrontar en caso de que las PPD no se adhieran a las dietas. Se puede decir que el significado social de la enfermedad, *sickness*, se apoya en el discurso explicativo de los procesos orgánicos asociados a la diabetes para enfatizar los riesgos de incumplir los mandatos médicos y así inducir al

paciente al acatamiento de los mismos. Tenemos así, una confluencia entre *disease* y *sickness* para asegurar que la persona enferma asuma su rol. En respuesta, las PPD, movidas por miedo, denotan al menos la disposición a obedecer, con lo que –se podría decir– incorporan ambas categorías en su racionalidad al actuar, sin dejar de lado la noción de *illness*. No obstante, los entrevistados, dan también muestra de que en ocasiones son las consecuencias de su no adherencia, lo que los impele a seguir las indicaciones médicas: «Tengo que dejar de comer todo lo que me dijeron, si no en la presión se me va notar y voy a empeorar, no me curaré, esto aumentara mi presión» (Blanca, 49 años, La Trinitaria). «Estuve internado, me daban manzana cocidita, tortilla solo dos, y la diabetes no la tenía descontrolada. Consiste en uno, si lo agarra como capricho se va uno a matar. Hay cosas que hacen daño, mejor no consumirlo, o un poquito» (Omar, 60 años, Las Margaritas).

Aunque en el papel, los entrevistados refieren haber seguido los mandatos médicos en referencia a su régimen alimentario, traslucen ambigüedades en palabras de algunos. Por ejemplo, no asumir la necesidad de seguir enteramente las indicaciones, postura que se interpela con la noción de *illness*: «Si se puede controlar y vive uno un poquito más de tiempo. [...] tratar de llevar un poco la dieta, no al cien por ciento pero sí hacerla» (Loli, 37 años, La Independencia). «Como le digo a mi familia: de balde estamos en tratamiento, mejor no nos curemos, mejor comemos de todo, refresco, pues ya» (Alejandro, 57 años, Las Margaritas).

Lo anterior se corrobora en lo que concierne en algunos casos en que los entrevistados reportaron un recordatorio de lo que habían ingerido durante las últimas 24 horas: «Desayuné chicharroncito con frijol, pero la cáscara sin carne; comí caldo de huvo pasado por agua y frijoles; casi no ceno, tomé café amargo con galletita de animalito» (Raúl, 45 años, La Trinitaria). «Cené pescado con camarón, no debí porque me hace daño, ya el desayuno fue pollito asado y mi comida un caldo de camarón» (Miguel, 54 años, La Independencia).

Los testimonios ponen de relieve la complejidad que reside detrás de la ambigüedad de las respuestas en torno a las dietas. Se advierte en primera instancia, que la adopción de las mismas conlleva un proceso de renuncia en términos de hábitos, al consumo de todo aquello a lo que se había estado acostumbrado durante toda la vida, con lo que en algunos casos, se menciona que la adopción de la dieta resultó gradual y al parecer dolorosa. En otros ejemplos empero, por lo referido, se observa que se trató de algo que no se consumió el todo. Hay quienes

refieren transgresiones tendientes a otorgarle algún gusto al paladar ante la imposibilidad de seguir disfrutando las acostumbradas apetencias. Se trata, podríamos decir, de un difícil diálogo entre *disease* y *sickness* por un lado, con su omnipresencia en la conciencia de las PPD, e *illness* por otro, expresado en la autocomplacencia para con las apetencias, que les permite hacer armonizar tales transgresiones con los mandatos médicos.

Ya no tomo café ni pan; como un pedacito de salvadillo, ya no tomo refresco. Es poquito lo que debe uno comer, la carne salada, sólo un pedacito como el gato. Antes comía mojarra con salsa ¡burro!, lo bueno que lo comí antes, ya no lo deseo. Me hace daño la mojarra por la grasa, me da dolor de cuerpo. Mi corazón pide pero ya no puedo. Antes comía caldo de res, mi mamá compraba en el mercado su penca de gordo pal caldo. Caldo de pata con frijol ¡qué rico!. ¡Está de la chingada!, a veces cuando está uno bueno también creo por mal cuidado, por mal comer, después lo sufre uno (Alejandro, 57 años, Las Margaritas).

Lo anterior denota ser parte de las dimensiones emocionales del padecer, las cuales revelan la necesidad de conciliar los rígidos e impersonales mandatos médicos, que por añadidura responsabilizan a los pacientes del cuidado o descuido de su salud. Tal necesidad parece responder a la de manejar las propias emociones ante el día a día de vivir con el padecer aún a riesgo de afrontar recaídas y complicaciones. Todo ello se relaciona con la noción de *illness* en su dimensión subjetiva o personal, hablando en un estricto sentido. Sin embargo, los testimonios muestran que *illness* también encierra profusos trasfondos socio-culturales, en ocasiones relacionados con un sentido de pertenencia colectiva, ante el que la observancia médica plantea por un lado, la renuncia a goces que van más allá de la satisfacción de la sola apetencia culinaria en determinados espacios sociales, como lo son los eventos festivos. Tal dilema no obstante, también supone el riesgo de estigmatización, lo cual no resulta fácil manejar: «En las fiestas yo como de todo, aunque sea una cervecita, es bueno porque no tiene azúcar, es amargo» (Eloisa, 57 años, Mazapa de Madero). «Los amigos echan bullying por esta enfermedad. Me han provocado para que altere mi enfermedad y muera, he vivido esas cosas» (Miguel, 54 años, La Independencia).

Otra dimensión que se podría atribuir a *illness* alude a las dificultades que a nivel individual las personas dicen enfrentar para seguir las medidas dietéticas que se les indican. Éstas son de muy diversa índole, desde el descontento, hasta el hecho de juzgar incongruentes ciertos

mandatos. Algunas hablan de alimentos a incluir, que no conocen o son de difícil acceso, otras de la necesidad de medir cantidades, de adherirse a horarios, o bien de excluir alimentos considerados esenciales por ellos, como el maíz en sus diferentes preparaciones.

Las dificultades también tienen que ver con los ritmos de trabajo, con el tipo de actividades laborales, o de recursos económicos para adquirirlos, en contextos en que la producción de alimentos se ha visto impactada por procesos de orden ambiental y económico. Hablan también de su falta de disponibilidad para comprarlos en ciertos contextos del estudio, lo que requeriría trasladarse a centros de población mayores. Aunque de manera paradójica, ello contrasta con la disponibilidad a nivel local, de consumibles inconvenientes para la salud.

En referencia al impacto de procesos estructurales en la dificultad de producir alimentos propios, también parece mediar el hecho de que en algunos ámbitos familiares de contextos agrícolas, la incursión en otras actividades económicas de sus miembros, repercute en la dificultad de contar con la cooperación de los mismos en dicho sentido.

Entre los impedimentos referidos, destaca también la relación que algunas personas señalan entre las demandas de esfuerzo físico propias de sus labores y la necesidad de alimentarse lo suficiente para poder desempeñarlas.

Cuando voy a trabajar desayuno bastante, aunque sea verdura; tortilla, lo suficiente. Por eso no he podido controlar, no come uno a sus horas, debe haber una hora de desayuno, una de comida, cada tres horas debo comer, luego no hay tiempo. Me paso la hora, ya con hambre como bastante.

Miltón, 54 años, La Trinitaria

Es difícil encontrar algunas cosas en la comunidad, tendría que ir a Comitán y luego no hay recursos. No puedo llevar a cabo la dieta porque es estricta, no puedo eliminar alimentos que el cuerpo necesita, si no te vuelves anémico.

Rubén, 54 años, La Independencia

Operan igualmente dimensiones culturales, en parte sustentadas en percepciones de que no alimentarse lo suficiente, no solo adelgaza el cuerpo, también lo debilita e incluso conduce a la muerte en caso de adherirse a una dieta rigurosa. Ideas que además de nutrirse de la experiencia, también de las referencias relacionadas con lo que se asume ocurrió a otras personas. Todo lo anterior nos muestra diversos criterios a partir de los cuales los individuos emprenden acomodos relaciona-

dos con sus hábitos alimentarios, para sobrellevar la DM2 con la finalidad de poder seguir operando en su cotidianeidad.

En términos analíticos por tanto, *illness* debiera ser pensado como una compleja amalgama de todo cuanto conforma la experiencia personal y social de padecer diabetes. En su acepción social se refiere, entre otras cosas, al hecho de condicionar la posibilidad de seguir los preceptos médicos.

El cuerpo deviene así, en un territorio de disputa entre los tres conceptos, en torno a sus estados y sus signos acerca de lo que se considera salud y enfermedad, así como lo que conduce o no a la muerte, pero también participa su volición para saciar el hambre y mantener su equilibrio desde la óptica de las PPD.

La dieta me va a matar, la azúcar no, hay personas con diabetes, siguen dieta rigurosa y están flaquitos. Yo estuve así, pero por tener tantos hijos y no quiero volver a estar. Le dije a la doctora: dos tortillas no me va a llenar, algunas frutas me gustan, otras no. Me dijo, –ni modo, coma otras cosas, eso sí muchas verduras. A veces me pongo temblorosa y sé que me falta azúcar.

Mirna, 54 años, Las Margaritas

Algo que podríamos pensar como una expresión del concepto de *illness*, se refiere al aprendizaje que las personas con DM2 pueden alcanzar en lo que concierne a los procesos fisiológicos relacionados con su diabetes, modulados por la forma en que llevan sus hábitos alimenticios. Se puede hablar de un proceso de autoconocimiento referido a las reacciones del cuerpo, derivadas de los hábitos de consumo, lo cual permite que quienes padecen la enfermedad adopten, al parecer no sin riesgos, estrategias para mediar con las prescripciones médicas, tomando en cuenta las sensaciones de su cuerpo y/o los resultados de laboratorio.

Subió [la glucosa] porque me descuidé, me estaba propasando de comida y de trabajo. Esa vez me desmandé, hubo cumpleaños; los nietos me dieron bombón, comí tres y al otro día era mi estudio, en la noche me sentí mal, mucha sed y muchas ganas de hacer pipí, se me descompone el estómago.

Omar, 60 años, Las Margaritas.

Guatemala: la diabetes entre personas
de la región fronteriza de Huehuetenango

Las PPD guatemaltecas también dijeron haber inicialmente cursado algunos síntomas mencionados por sus contrapartes chiapanecas: pérdida

de peso, inapetencia, debilidad, sudoración nocturna, sed y dolor de cuerpo. Solo un hombre menciona haber asumido sus síntomas como un indicativo de tener que consultar a un médico, ya que laboraba con uno de ellos, quien le practicó un examen mediante el cual obtuvo su diagnóstico.

Pesaba 165 lbs. (74.8 K), me sentía bien, pero llegó un día en que comencé a tener problemas y fue después de tres días, viene en mi turno, aquí trabajamos con el doctor y le dije: –tiene tres días que comencé con una gran sed, y me pide tomar Coca o Pepsi. –Usted está jodido Don Miguel, pero venga para acá, le haré su examen. Cierto, ese problema me apareció, 545 tenía yo de alta.

Miguel, 65 años, La Democracia

Aunque algunas de las personas en Guatemala identifican un espectro amplio de las causas de la diabetes, también mencionan las señaladas por la mirada médica, como lo son la herencia y sobre todo los hábitos alimenticios. Esto sugiere que en este contexto también interactúan visiones socioculturales y aquellas relativas a la medicina alópata, como argumentos conjeturales acerca de las propias causas, lo cual nos lleva a suponer también en este caso, que la representación del campo médico de la diabetes, se ha popularizado, socializado y mezclado con las visiones locales en torno a procesos somáticos que quizá en el pasado no contaban con tantos referentes explicativos de orden biomédico.

Podemos pensar por consiguiente, en lo que compete a las atribuciones causales de la diabetes, que el nivel de incidencia y la familiaridad con esta enfermedad, al menos en esta región de Guatemala, propician también la confluencia entre *disease e illness*. Acerca de la alimentación empero, los participantes aportan también visiones más amplias. Por un lado mencionan la exposición a la oferta de alimentos descompuestos, en lo que también se incluye el imaginario relativo al impacto de eventos ambientales en la calidad de los alimentos disponibles y por lo mismo su impacto en la salud más allá de la diabetes. Esto último, al parecer influenciado por la reciente erupción del volcán de Fuego en Guatemala. Óptica que revela una dimensión más de la noción de *sickness*; propia de los significados socioculturales no médicos, atribuidos a la enfermedad.

Estaba muy gordito, pesaba doscientas cuarenta libras (108 K).

Era muy glotón, comía mucha comida chatarra, papas fritas, muchas

sodas, mucha cerveza. Debido a eso elevé mi peso y me resultó diabetes.

Ernesto, 47 años, La Democracia

Ahora el tiempo ya se volvió muy difícil, escuchamos que hay temblores, que hay volcanes, la contaminación del aire, todo eso llega a nuestra siembra a través del viento, y queda pegado [impregnado] en las hojas de nuestra verdura y hasta el agua mismo que viene de la lluvia ya está contaminado. Así es como inicia este tipo de enfermedad. Solito inicia. Es la alimentación.

Adriana, 62 años, La Trinidad, Nentón

Como ocurre con los informantes chiapanecos, en el caso de Guatemala, las dietas son parte de las obligaciones que adquieren las PPD al tener que asumir su rol de enfermos. Es una de las fases del enfermar y atenderse en que *sickness* alcanza preponderancia. En la respuesta de las PPD se advierte que en el apego al control alimentario, media en ocasiones el miedo a afrontar complicaciones, lo que en algunos casos, por lo que se entrevé, se basa en vivencias tenidas. No obstante, ciertos testimonios referidos a este tema, muestran atisbos de discrepancia y resistencia. En cualquier caso, todo ello sugiere que también en este contexto, la dimensión *illness* permanece en alguna medida, mediante la postura de las PPD.

Lo dulce me lo quitó, que papa no comiera, ni remolacha, he cumplido. Tortilla que también le bajara, pero no como mucha. Me dio un listadito de lo que podía comer y de lo que no, pero no he cumplido. Entonces me dijo, –con que usted solo me cumpla con esto, yo considero que no hay necesidad de medicamento.

Ángel, 57 años, La Democracia

A diferencia de lo reportado en Chiapas, solo en un caso se menciona la presencia de una nutrióloga en uno de los centros de salud de Guatemala, lo cual parece ratificar una atención institucional menos estructurada de la diabetes en este país: «Sé que vino una señorita al centro de salud que es nutrióloga pero no he pasado con ella» (Ángel, 57 años, La Democracia).

Algunas PPD guatemaltecas aceptan la relevancia de observar la dieta para un adecuado control. Se aprecia que en varios casos no obstante, ello ha sido parcial, o bien que tan solo se ha reducido la cantidad de consumo de bebidas y comestibles contraindicados, o bien espaciado, sin que ello signifique que se alcancen los estándares médicos.

Existe no obstante un contraste entre lo que mujeres y hombres reportan al respecto; las primeras en su mayoría refieren no haber afrontado mayor dilema con la dieta prescrita en la medida que señalan que de por sí estaban acostumbradas a consumir mayormente verduras. Los hombres tienden a expresar lo difícil que les resultaba ceñirse por completo a la dieta. Es probable que ello se explique por el hecho de que las mujeres entrevistadas en Guatemala eran indígenas, y por tanto tal hábito alimentario era preexistente entre ellas, lo que parecía reducir la tensión entre *sickness e illness*. Se trata de un dato que difiere con lo observado en contextos indígenas de Chiapas, donde las personas están fuertemente expuestas al consumo de bebidas y comestibles industrializados (Eroza, Aguilar, 2012). No obstante, esto no equivale a decir que este tipo de respuesta en el contexto guatemalteco fue la regla; en ciertos casos se habla de la difícil disyuntiva de reducir el consumo de tortilla, cuando se considera el alimento principal, o bien privarse de las comidas que se consumen durante las fiestas de la comunidad, que también son dilemas que se han observado en otros contextos indígenas (Eroza, 2016; Page, Eroza y Acero, 2018), a lo que también habría que agregar que en algunos casos reportados por este estudio, se reconoce por parte de algunas mujeres la dificultad de conseguir ciertos alimentos prescritos en el contexto local, o bien la de contar con recursos económicos para adquirirlos.

Aunque en un sentido inverso y paradójico, hay quien menciona la carencia de dinero para comprar por ejemplo, carne, alimento contraindicado al que de cualquier modo es difícil acceder. Esto remite a la discrepancia entre el tipo de verduras y frutas que los médicos prescriben, que a menudo requieren de ser compradas, y aquellas a las que las personas pueden acceder en su entorno, cultivándolas o recolectándolas.

En relación a todo lo anterior, sobresale un testimonio femenino, el último de la sección siguiente, que nos hace saber del sufrimiento que puede ocasionar no poder consumir más los alimentos tradicionalmente preparados durante periodos festivos, por ejemplo, en contextos indígenas.

Refresco no tomo, en la casa casi no compramos cosas con grasa, refrescos de por sí no tomamos, y nuestra comida no le ponemos mucha sal. Solo comemos verduras, frijolitos y lo que encontramos es lo que comemos.

Ana, 68 años, Nentón

Mi comida ya no la como por esta enfermedad, me da tristeza; cuando viene el día de la Santa Cruz y la Semana Santa, compro pan y carne. Ya no puedo comerlo, me pone triste el corazón. Recuerdo cómo comía antes, es diferente, a veces sube o baja, si tomo refresco, grasa, peleas en casa y tristeza rápido me pongo mal.

Elvia, 59 años, Nentón

En contraste, por lo que la mayoría de los hombres reporta, se advierte que ellos estaban expuestos a consumos más problemáticos en términos de salud, con lo que la dificultad que les representaba adherirse a las dietas les significaba, como algunos de ellos arguyen, una difícil adaptación que al parecer no se completaba. Un argumento que subyace, es la gran dificultad de renunciar a prácticas de consumo a las que se está habituado, que también resulta manifiesta entre algunas mujeres. Por consiguiente, sus testimonios en torno a este tema, aunque refieren seguir las prescripciones, se observan inconsistencias que ellos mismos admiten, conllevaban consecuencias para su salud.

En lo que compete a los propios hombres, solo en un caso se menciona la necesidad de comer más de lo prescrito para poder trabajar, aparejada a la convicción de no seguir dieta alguna.

Casi toda la familia comemos igual. Soy algo desobediente, soberbio, ahí que lo que yo quiero comer y mi familia dice, –no comas esto. –Miren, les digo, lo que yo me como siento que me cae bien, déjenme comer lo que yo quiero.

José, 65 años, La Democracia

En consecuencia se advierte también cierto contraste entre lo reportado por la mayoría de las mujeres y los hombres respecto al recordatorio alimentario de las últimas 24 horas, durante la entrevista que se les realizó. Las primeras denotaron consistencia con los hábitos alimentarios que refirieron. Lo mismo se puede decir de los segundos, aunque en su caso, algunos evidenciaron aún más los alcances de sus transgresiones dietéticas: «Desayuné huevitos con frijol con una tortilla, almorcé un caldito de res, no mucho, me gusta con dos tortillas. Para la cena compré frutas» (Ángel, 57 años, La Democracia). «Desayuné frijolitos y un pedacito de plátano, dos tortillitas, agua. Almorcé arroz con chipilín y una salsita, tres tortillas, agua. No cené, sólo unos

mangos y un pedacito de sandía, normalmente ceno frijol, queso y salsa» (Ernesto, 47 años, La Democracia).

Tenemos así, que mientras en el caso de las mujeres, la noción de *sickness* no denota, en términos de la alimentación de la mayoría de las entrevistadas, mayor conflicto, en lo que corresponde a los hombres se encuentra con una noción de *illness* manifiesta en resistencias mediadas por hábitos a los que les es difícil renunciar y por lo mismo recurren a mediaciones que no dejan de ser problemáticas en términos de recaídas y complicaciones, y por lo mismo, pareciera que no dejan de ocasionarles ansiedad.

La premisa de que alimentarse, no es solo un acto tendiente a atender una necesidad fisiológica, también una experiencia sociocultural que conlleva placeres y valores, como dilemas asociados a la convivencia. En lo concerniente a personas con diabetes, se traduce en la dificultad de abstenerse a ingerir ciertas bebidas y comestibles. Por tal razón, en términos de *illness* la disyuntiva de evitar consumir aquello que es contraindicado, supone pequeños dramas. Por lo mismo, la decisión de adherirse a una dieta puede conducir a un relativo aislamiento.

Solo miro que mis hijos comen y me antojan más comer carne y tomar refrescos, a veces lo hago. Viene un deseo en mí de comer eso. Pero hay veces en que lo como. Son los que hacen más daño por su contenido de grasa y azúcar.

José, 52 años, Nentón

A veces hay señoras que ofrecen a uno su vasito de refresco con azúcar y uno se siente mal, –si viera que no lo puedo tomar, ¿no tiene agua pura? A veces recibimos y nos tomamos un vasito sabiendo que eso es malo, todo eso afecta.

Ernesto, 47 años, La Democracia

De sumo interés, resulta también el hecho de que en la dificultad de adherirse a las dietas intervenga la idea de que la diabetes actúe con voluntad propia, que incremente la necesidad de comer en exceso y produzca apetencias, sobre todo, de aquello que es prohibido. Se podría sugerir que se trata de una reconfiguración de *disease* desde los dominios de *illness* a partir de un imaginario nutrido por la experiencia del cuerpo.

La enfermedad hace que se nos antoje, más frutas, es lo que me gusta mucho: sandía, papaya; lo pide la enfermedad, hasta me levanto por las noches a comerlo y si no lo como siento que me muero, porque no le doy lo que me está pidiendo.

Elvia, 59 años, Nentón

Una última paradoja reside en el hecho de que si bien una condición para prevenir recaídas y complicaciones, es evitar estados emocionales que las ocasionan, la necesidad de mantener un estricto régimen alimentario opere en un sentido inverso. Podríamos proponer que esto último constituye un retorno a la implicación de *illness* como una experiencia personal, solitaria y en cierta medida vacía, propiciada por todos los dilemas suscitados a través del diálogo con *disease* y *sickness*, insertos en la conciencia de los individuos con diabetes: «En cuanto al consumo de alimentos, no es igual que cuando uno está bien, ya tengo que preocuparme para evitar que el azúcar suba» (Jesús, 46 años, Jacaltenango).

Conclusiones

A partir de los testimonios es posible corroborar que la secuencialidad de *disease*, *illness* y *sickness*, en tanto proceso personal/social, dista de ser unívoca. Hemos constatado el dinamismo, la interdependencia y sobre todo los constantes traslapes que pueden darse entre estas categorías. Todo esto se observa en los casos y temas abordados a lo largo del texto, permitiéndonos ver cómo *illness*, lejos de ser una perspectiva únicamente centrada en dimensiones psicológicas, se nutre de múltiples significados culturales, así como de procesos sociales, suscitados tanto en los niveles locales como en aquellos referidos a la escala macro.

Al situar analíticamente estos conceptos en el contexto sociocultural de los entrevistados, tenemos que *illness* debe ser pensado como un ámbito de la experiencia vital en el que entran en escena e interactúan dimensiones somáticas, emocionales, psicológicas, afectivas y socioculturales, enmarcadas todas ellas por constreñimientos sociales que también se amalgaman para dar forma a las visiones y respuestas de los personas al afrontar la DM2, así como en su relación con los profesionales de la salud, con sus instituciones y con sus discursos referentes a *disease* y *sickness*.

La utilización de esta triada por parte de profesionales en salud y de académicos centrados en temas de salud parece haber privilegiado el abordaje de procesos eminentemente médicos y en el marco de las relaciones entre médico y paciente, lo cual no significa que no hayan considerado marcos de referencia más amplios y hecho en dicho sentido, valiosas contribuciones. Sin embargo, de cara a los efectos de mayor alcance y más duraderos de illness, es conveniente redimensionar esta última categoría más allá de lo que implica como evento relativo al campo de lo médico, y ponerlo en perspectiva en términos de la biografía del individuo y del carácter de las relaciones que conforman su mundo social, principalmente en contextos en que las desigualdades resultan más determinantes e impactan en diferentes áreas en la vida de las personas.

En lo concerniente al vínculo diabetes-alimentación, éste resulta la principal arena de debate entre el personal de salud y las PPD. En Chiapas y en Guatemala se advierte que los dramas de los entrevistados tienden a ser los mismos, amén de la relación más estructurada en Chiapas como efecto de una política que va más allá del tema de la diabetes. En uno y otro contexto se observa el impacto de procesos estructurales en la disponibilidad y calidad de alimentos, y por consecuencia, en la salud. Esto último, pese a que los participantes no dieron cuenta de vivir en condiciones de pobreza extrema, aunque sí de afrontar diversas limitaciones para adherirse a un control de su enfermedad, acorde con los estándares médicos.

Se revelan también dimensiones que confieren relevancia a los hábitos del cuerpo y sus placeres en materia culinaria, que colisionan con los mandatos médicos y conllevan sufrimiento, tanto si son obedecidos o transgredidos. Las voces de los entrevistados nos recuerdan que la alimentación es una experiencia social que intensifica el drama ocasionado por las dietas al limitar la convivencia de las personas con diabetes con los miembros de su círculo familiar y comunitario. No es posible afirmar que todo esto resulta particular en ámbitos como los estudiados. Podríamos decir no obstante, que al tratarse de sociedades más orientadas culturalmente a la colectividad, la disyuntiva de la dieta se torna aún más dramática.

Sobre la triada conceptual, aunque los testimonios fueron referidos solo por personas que padecen diabetes, no se puede decir que por ello prevaleció la noción de illness. Se advierte un conflicto de difícil resolución entre *disease*, *sickness* e *illness*, que además se complejiza con la acepción de *sickness* propia de la perspectiva cultural de las PPD.

Éstas anteponen un vínculo entre alimentación y salud en un sentido amplio, que al diferir sobre qué es lo que nutre al cuerpo manteniéndolo saludable y activo, contraviene la mirada biomédica, complejizando aún más el debate alrededor de la conveniencia de adherirse o no a las prescripciones alimentarias.

Los testimonios muestran, sin embargo, que los elementos de tal disputa, conviven controversialmente pero también se complementan al ser articulados por las PPD mediante su aprendizaje como tales, pero sobre todo en la totalidad de su experiencia, tanto subjetiva, incluyendo sus procesos orgánicos, como intersubjetiva, que dificulta distinguir las tres categorías y demanda abordar una problemática como la diabetes con una mirada más íntegra y dinámica. Ello no significa anular la utilidad heurística de la tríada conceptual, en la medida que permite identificar por ejemplo, los aspectos constituyentes de problemáticas interculturales en salud que pueden suscitarse en cualquier contexto. 📌

Bibliografía

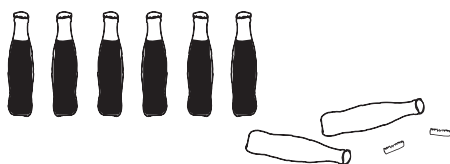
- Acero V., C. G. 2012. *Viviendo con la enfermedad. Comparación de cómo viven la diabetes mellitus tipo 2 las personas que acuden al centro de salud Los Pinos, en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas*. Tesis de maestría. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS. Pp. 178. México.
- Acero V., C.G. 2019. *Prácticas y representaciones sociales de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 y su influencia en el surgimiento de complicaciones crónicas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas*. Tesis de doctorado. Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Pp. 334. México.
- Alvarado, C.; F. Millán y V. Valles. 2001. Prevalencia de diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes. *Salud Pública de México*, 43(5), 459-463. Disponible en http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2001/200143_459-463.pdf
- Bastarrachea-Sosa, R.; H. Laviada-Molina y L. Vargas-Ancona. 2001. La obesidad y enfermedades relacionadas con la nutrición en Yucatán. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9 (2), 73-76.
- Bravo López, M.; J. Aguilar; D. J. Flores; D. A. Delgado; A. Zamora, E.; D. A. Hurtarte; F. Chew; A. M. Cruz y M. R. Girón. 2014. *Factores de riesgo de diabetes mellitus 2*. Tesis de Licenciatura en Medicina. Universidad de San Carlos de Guatemala. Pp. 120. Guatemala. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9365.pdf
- Cardona, V. 2014. *Tratamiento de la diabetes gestacional en pacientes ingresadas*. Tesis de maestría. Universidad de San Carlos de Guatemala. Pp. 58. Guatemala. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9235.pdf
- Carvajal, M. 2015. *Adherencia al tratamiento nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a un programa educativo en diabetes*. Tesis de maestría. Universidad de San Carlos de Guatemala. Pp. 58. Guatemala. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_3910.pdf
- Chacón, A. B. y J. A. Chacón. 2017. *Neuropatía autonómica cardíaca detectada mediante el Test de Hand Grapen pacientes de la clínica de diabetes*. Tesis de maestría. Institución y páginas ciudad/país. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10672.pdf
- Chavarochette, C. 2014. Identificaciones regionales entre las zonas fronterizas de Comitán, México y Huehuetenango, Guatemala. 1824-2001. *Liminar* 12(2), 181-194.

- Eroza-Solana, E. 2016. El cuerpo como texto y eje vivencial del dolor. Las narrativas del padecimiento entre los tsotsiles de San Juan Chamula. *Publicaciones de la Casa Chata*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS. Pp. 416. México.
- Eroza-Solana, E. y R. Muñoz. 2020. Alimentación y diabetes, un pequeño gran dilema: el caso de los tzotziles y tzeltales de los Altos de Chiapas. *Entre diversidades*. 2(15), 245-279.
- Eroza-Solana, E. y R. Aguilar. 2012. La obesidad y el sobrepeso: sus múltiples paradojas entre los mayas de los Altos de Chiapas, en: Page P., J. (Coord.) *Enfermedades del rezago y emergentes*. Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste-Instituto de Investigaciones Antropológicas-UNAM. Pp. 129-146.
- Eroza, E.; G. Álvarez, y C. Acero. 2019. Experiencias y prácticas en la alimentación de personas que padecen diabetes en la frontera sur de Chiapas México. *Revista Latinoamericana de Educación y Estudios Interculturales*, 3(2), 74-90.
- Fábregas-Puig, A. 1998. Vision de la frontera sur mexicana. *Comercio exterior*. 48(4), 309-331. Disponible en <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/345/7/RCE7.pdf>
- Federación Internacional de Diabetes, FID. 2015. *Atlas de la Diabetes de la FID*. Séptima edición. Disponible en <http://fmidabetes.org/atlas-de-la-idf-7-edicion/>
- Good, B. 1993. *Medicina, racionalidad y experiencia, una perspectiva antropológica*, Editorial Bellaterra. Pp. 174. Barcelona.
- Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, INE. 2016. *Encuesta Nacional Agropecuaria Superficie cultivada y producción 2015*. Pp. 37. Guatemala. Disponible en <https://www.ine.gov.gt/sistema/uploads/2016/10/04/PqrbKvotCXAOf3A1TR7rlwL7R545PAZ4.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística, INE. 2019. *Estimaciones de la Población total por municipio. Período 2008-2020*. Pp. 6. Guatemala. Disponible en [http://www.oj.gob.gt/estadisticaj/reportes/poblacion-total-por-municipio\(1\).pdf?fbclid=IwAR3R4NZWDUW76O-JAAYxkl3-LcUCv2lx_Tz021AVSECBWHfrwQVRDMRTwdG8](http://www.oj.gob.gt/estadisticaj/reportes/poblacion-total-por-municipio(1).pdf?fbclid=IwAR3R4NZWDUW76O-JAAYxkl3-LcUCv2lx_Tz021AVSECBWHfrwQVRDMRTwdG8)
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística, INEGI. 2018a. *Cuentame. Información por entidad*. México. Disponible en <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chis/poblacion/comotu.aspx>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística, INEGI 2018b. *Encuesta Nacional Agropecuaria 2017*. Pp. 2. México. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/programas/ena/2017/>
- Jodelet, D. 2008. El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Revista electrónica de Ciencias Sociales* 3(5), 32-63. Disponible en www.ojs.unam.mx/index.php/crs/article/download/16356/1556.
- Juárez-Ramírez, C.; L.F. Théodore y E. Eroza-Solana. 2019. *Las tramas socioculturales de la diabetes entre Mayas peninsulares*. *Sistema de Investigación y Desarrollo Tecnológico del Estado de Yucatán (SIDETEY)*. Editorial SIDETEY y ediciones de la calle 70. Pp. 328. México.
- Juárez-Valdéz, H. I. 2016. *Complicaciones maternas y fetales del embarazo en pacientes con diabetes*. Tesis Maestría en Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala. Pp. 24. Guatemala. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10116.pdf
- Kauffer-Michel, E. 2000. Refugiados guatemaltecos en México: del refugio a la repatriación, del retorno a la integración. *Boletín de migración internacional*. Consejo Nacional de Población. Año 4, No. 12. Pp. 7-12. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/319422713_Refugiados_guatemaltecos_en_Mexico_del_refugio_a_la_repatriacion_del_retorno_a_la_integracion
- Kleinman, A. 1988. *The illness narratives. Suffering, Healing, and the human condition*. Editorial Basic books. Pp. 284. Estados Unidos.
- Lerín, S.; C. Juárez y D. Reartes. 2015. Creencias de indígenas chiapanecos en torno a la diabetes y posibilidades de atención intercultural. *Salud Problema*. Segunda época / año 9 / No. 17.
- López L., C. M. 2017. *Asociación de microalbuminuria con valores de hemoglobina glucosilada A1C en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del club de diabéticos del Centro de Salud de Cobán, Alta Verapaz*. Tesis de ciencias médicas, médico cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala. Pp. 137. Guatemala. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/17/17_0931.pdf
- Martínez, J. G. 2016. *Relación de retinopatía diabética y niveles elevados de hemoglobina glucosilada en pacientes con diabetes mellitus tipo II pertenecientes al club amigos diabéticos*

- de Cobán, Alta Verapaz. Universidad de San Carlos de Guatemala. Pp. 101. Tesis ciencias médicas, médico cirujano. Guatemala. Recuperado de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/17/17_0568.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS. 2016. *Protocolo de vigilancia epidemiológica diabetes*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Pp. 108. Disponible en <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202016/Protocolos/Protocolo%20Metabolicas%20%20junio%202016.pdf>
- Montesi, L. 2017a. Ambivalent food experiences: Healthy eating and food changes in the lives of Ikojts with diabetes. *International Review of Social Research*. 7(2), 99–108.
- Montesi, L. 2017b. La diabetes como metáfora de vulnerabilidad. El caso de los ikojts de Oaxaca. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*. 12(23), 46–76.
- Moreno-Altamirano, L. 2006. *El drama social de las personas con diabetes*. Tesis doctoral. Escuela Nacional de Antropología e Historia, ENAH. Pp. 312. México.
- Ortiz-Castro, L. E. 2015. *Diagnóstico de diabetes gestacional a partir de la prueba de tolerancia a la glucosa*. Tesis en Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia. Universidad de San Carlos de Guatemala. Pp. 68. Guatemala. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9547.pdf
- Page-Pliego, J. T. 2013. Refresco y diabetes entre los mayas de Tenejapa, San Cristóbal de Las Casas y Chamula Chiapas. *Liminar*, 11(1), 118–133.
- Page-Pliego, J.; E. Eroza y C. G. Acero. 2018. *Vivir sufriendo de azúcar: representaciones sociales sobre la diabetes mellitus en tres localidades de los Altos de Chiapas*. Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur. UNAM. Pp. 363. México.
- Parsons, T. 1951. *The Social System*. Glencoe, IL: The Free Press. 557 pp. Estados Unidos.
- Pereyra-Patrón M.A. 2015. *Un dulce sufrimiento. Experiencias y dramas Sociales de la diabetes y las amputaciones derivadas de su complicación en Kinchil, Yucatan*. Tesis de Maestría en Antropología Social. CIESAS Sureste. México. 159 pp. México.
- Pérez-Ramírez, E. M. 2013. *Factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en etnias indígenas mayas de los grupos lingüísticos Kaqchikel y Q'eqchi*. Tesis ciencias médicas, médico cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala. Pp. 141. Guatemala. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9179.pdf
- Ponce-Jiménez, P. 1985. *Palabra viva del Soconusco*. Centro de Estudios Superiores en Antropología Social y Secretaría de Educación Pública. 97pp. México
- Powell, P.; K. Spears, y M. Rebori. 2010. *What is Obesogenic Environment?. University of Nevada: Cooperative Extension*. Fact Sheet-10-11. Disponible en <https://www.unce.unr.edu/publications/files/hn/2010/fs1011.pdf>
- Sánchez-Sánchez, P.H.; D.D. Sánchez-Ríos y C.G. Contreras. 2018. *Prevalencia de enfermedad renal oculta en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: Estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal realizado en los municipios de: El Progreso y Jutiapa del departamento de Jutiapa*. Tesis ciencias médicas, médico cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala. Pp. 83. Guatemala. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_11058.pdf
- Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, SAGARPA y Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, FAO. 2014. *México: el sector agropecuario ante el desafío del Cambio Climático*. 290pp. Disponible en <http://www.fao.org/3/a-i4093s.pdf>
- Secretaría de Gobierno, SEGOB. 2016. *Prospera*. Pp. 3. Disponible en <https://www.gob.mx/prospera/documentos/que-es-prospera>
- Secretaría de Salud, SSA. 2010. Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-2010), para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria. DOF: 23/11/2010. Pp. 34. México. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010.
- Swinburn, B.; G. Eggar y F. Raza. 1999. Dissecting obesogenic environments; the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*. 29 (6), 563–570.
- Twaddle, A. C. 1968. *Influence and illness: Definitions and definers of illness behavior among older males in Providence, Rhode Island*. Tesis doctoral. Brown University. 624pp. Estados Unidos.
- Twaddle, A. 1994. Disease, illness and sickness revisited. En A. Twaddle y L. Nordenfelt. (Eds.) *Disease, Illness and Sickness: Three Central Concepts in the Theory of Health: a Dialo-*

- gue Between Andrew Twaddle and Lennart Nordenfelt, P. 1-18. Editorial Department of Health and Society, Linköping University. 54 pp. Suecia.
- Villafuerte-Solís, D. 1998. Interrelaciones económicas y sociales en la frontera sur de México. *COMERCIO EXTERIOR*. Vol. 48, No. 4. Pp. 314-323. Disponible en <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/345/8/RCE8.pdf>
- Vivien W.C.Y. y M. N. Noor. 2014. Anthropological Inquiry of Disease, Illness and Sickness. *Journal of Social Sciences and Humanities*. 9(2), 116-124.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. 2019. *Diabetes*. Pp. 3. Suiza. Recuperado de https://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html
- Yáñez Moreno, P. 2016. *Sufrimiento en cuidadores de familiares con diabetes mellitus tipo 2 y amputación, en Guadalajara, Jalisco*. Tesis doctorado. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS, México. P.p. 616.
- Young, A. 1982. The anthropologies of illness and sickness. *Annual Reviews of Anthropology*. 11, 257-285.

CAPÍTULO



Políticas de salud en la
cuenca transfronteriza
del río Usumacinta

Guadalupe del Carmen Alvarez Gordillo*

* DEPARTAMENTO DE SOCIEDAD Y CULTURA
El Colegio de la Frontera Sur.
San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.
galvarez@ecosur.mx

Con el objetivo de identificar las principales problemáticas y políticas de salud en la Cuenca del Río Usumacinta, se elaboró un diagnóstico de los programas y las políticas públicas de salud.

MÉTODOS: Revisión bibliográfica, normas, leyes y procedimientos en salud pública en México y Guatemala, así como de municipios que conforman la Cuenca Usumacinta en ambos países.

RESULTADOS: Los programas y políticas de salud están principalmente encaminadas a la atención de la alta mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, enfermedades isquémicas del corazón y cáncer, en combinación con la persistencia de enfermedades respiratorias y diarreicas, principalmente en la región transfronteriza. Los servicios de salud han sido insuficientes para el control de estas enfermedades lo que se agrava ante el panorama de cambio climático.

CONCLUSIONES: Mientras persista la pobreza y desigualdad social relacionadas con cambios estructurales del desarrollo y en el proceso alimentario, las políticas públicas verticales y los servicios de salud serán insuficientes ante los escenarios de riesgo del cambio climático. Se recomienda un abordaje de cuencas transfronterizas para incluir los aspectos socio-ambientales en las políticas públicas hacia estrategias transfronterizas para la atención de los principales problemas de salud pública, así como ampliar la coordinación y colaboración con otros sectores ambientales, sociales y políticos que permitan vislumbrar las dinámicas socio-ambientales en las cuencas. 📌

PALABRAS CLAVE

Salud · Cambio Climático · Cuencas
Transfronterizas · Río Usumacinta

Introducción

El incremento en estudios de cuencas con enfoques de hidropolítica y conflictos internacionales (Kauffer, 2011; 2014), hace notoria la ausencia de la integración de la salud humana relacionada a problemas socioambientales como el cambio climático en estos territorios (Alvarez, 2018). Al enfocarse en el territorio se tiene el control de las enfermedades a través de la cooperación transfronteriza (Garrido, 2017) y a nivel local son un ejemplo los antecedentes de trabajo de cooperación entre México y Guatemala en la región fronteriza de Chiapas y Huehuetenango (Alvarez, 2020). Las políticas en salud nacionales son rebasadas ante una cuenca transfronteriza que comparte territorio y panoramas de salud-enfermedad-muerte marcadas por los flujos migratorios, el uso de los recursos naturales, las características y problemáticas socioambientales, así como las visiones de fronteras políticas y la pobreza de estas regiones.

Planteamos el imperativo de la necesidad de una acción transfronteriza para la salud de la población en territorios o cuencas transfronterizas, en México y Guatemala como una respuesta a las condiciones de salud transfronteriza y los retos donde los recursos y riesgos para la salud se comparten.

La cuenca del Río Usumacinta es una de las cuencas compartidas más extensa de América Latina y abarca los países de Belice, Guatemala y México, con una superficie total de 77 226.55 km². El río Usumacinta se origina en Guatemala y posteriormente forma la frontera fluvial entre Chiapas y el Petén. La parte baja de la cuenca corresponde al Estado de Tabasco. Al final, el Usumacinta se une al río Grijalva para desembocar en el Golfo de México. Los estados del país que componen la cuenca Usumacinta son Chiapas, Campeche y Tabasco; en Guatemala los departamentos de Alta Verapaz, Baja Verapaz, Huehuetenango, Petén, Quiché, Quetzaltenango y Totonicapán.

La importancia ecológica y socioeconómica de la cuenca transfronteriza del río Usumacinta, radica en la riqueza de la biodiversidad a pesar de la explotación de recursos y deterioro del suelo y vegetación, todavía es una de las zonas mejor conservadas entre México y Guatemala. Sin embargo, aunque corresponde a las áreas de mayor biodiversidad en el planeta, en el aspecto social y cultural confluyen muchas de las dinámicas poblacionales fronterizas de riesgo, además de ser una zona con alto rezago en infraestructura y servicios (Mapa 1).

Mapa 2.1. Cuenca del Río Usumacinta

Fuente: Valencia Emmanuel. 2019. Sistema de Información Geográfica, SIG Ecosur



Hoy en día, se reconoce que la problemática ambiental es de carácter complejo, al sujetarse a elementos físico-biológicos del entorno, factores económicos, tecnológicos, culturales y de la organización social. Asimismo, confluyen múltiples procesos y se involucran varios subsistemas interrelacionados de diversos modos y a diferentes escalas, con elementos heterogéneos que están en el dominio de distintas ramas de la ciencia, caracterizados por la mutua dependencia de las funciones que cumplen dichos elementos dentro del sistema total (García, 2011).

En el caso de la salud, las transformaciones epidemiológicas que se han presentado en la historia de la humanidad han respondido a la complejidad de dimensiones que intervienen en las respuestas biológicas y sociales, que actualmente podrían agravarse con amenazas emergentes como la actual pandemia de COVID19 y el Cambio Climático, con consecuencias devastadoras en desastres e inseguridad alimentaria.

Los determinantes sociales de la salud, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, y dependen a su vez de las políticas adoptadas hasta hoy, relacionadas a las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países respecto a la situación sanitaria (OMS, 2008). Como hecho social, están relacionados principalmente con las inequidades sociales de los grupos poblacionales (Laurell, 2008).

A partir de la epidemiología crítica, se construye una mirada desde la complejidad y se asume a la salud como un proceso multidimensional constituido por el movimiento e interrelación entre procesos colectivos e individuales. Este enfoque enlaza los procesos generales de la sociedad, que definen la lógica de su desarrollo y las grandes formas de relación o metabolismo con la naturaleza, los modos de vida de sus grupos particulares, así como los procesos individuales *sociobiológicos* de los individuos (Breihl, 2013). Con este enfoque también nos explicamos el proceso salud-enfermedad-atención con respecto del modo de determinación de los patrones colectivos de salud, entrelazando el movimiento de la lógica general de la sociedad, con los modos de vivir más o menos saludables o malsanos de las clases y los grupos sociales típicos, que ocurren en un espacio y tiempo determinados, con los estilos de vida y condiciones *biopsicológicas* de los individuos (Breihl, 2013).

Una cuenca desde su definición hidrográfica y para fines de organización territorial, es toda aquella superficie de terreno cuyas corrientes superficiales de agua drenan de manera natural hacia una corriente principal (río) y ésta puede o no drenar directamente al mar. Esta definición varía según el contexto en que se aplica, y podemos encontrar definiciones naturales hasta sociales y culturales desde una visión más amplia; para fines de este estudio, la cuenca es una construcción social basada en una interpretación de un espacio geográfico que incluye las dimensiones social, histórica, ecológica e hidrográfica (García-García y Kauffer-Michel, 2011). El interés de delimitar nuestro análisis a la relación humana con los recursos de la naturaleza, son los vínculos específicos de las condiciones de salud de las poblaciones y su entorno en una cuenca transfronteriza, en donde se comparten recursos y riesgos.

Los escenarios de riesgo para la salud por el aumento de la temperatura global, pero también relacionado con los cambios climáticos que ya se perciben en los entornos locales, están encaminados directamente a un incremento en enfermedades transmitidas por vectores, infecciones respiratorias agudas (IRAS) y diarreas por contaminación del aire y del agua, que son también más frecuentes y de mayor impacto en entornos socioambientales de alta vulnerabilidad.

Principales causas de mortalidad

En el 2015, los estados de Chiapas y Tabasco, al igual que la República Mexicana, las cuatro principales causas de mortalidad fueron las enfermedades del corazón, la diabetes, los tumores malignos y accidentes. Sin embargo, la diabetes en Tabasco presenta una tasa de 95.3/100 mil habitantes, bastante alta a diferencia de 65.6 en Chiapas y a nivel país de 82.4/100 mil habitantes (Secretaría de Salud, 2016).

En los municipios de la cuenca Usumacinta pertenecientes a Guatemala, a diferencia de México, llama la atención que la primera causa de muerte son las neumonías y la cuarta causa las agresiones con armas de fuego (Ministerio de Salud de Guatemala, 2016)

Las principales causas de mortalidad en los municipios de la cuenca del río Usumacinta, como son la diabetes, las enfermedades isquémicas del corazón y el cáncer se han incrementado debido principalmente a las profundas transformaciones alimentarias y de estilos de vida, con altos costos para alcanzar la calidad de vida de las personas, y que a su vez representan un mayor costo para el sistema de

salud. En los últimos años, aunque se menciona la importancia de que las políticas de salud se encaminen más a la prevención, promoción y educación para la salud, el incremento de estos padecimientos es cada vez más acelerado y muestra las limitaciones en la aplicación de estas políticas.

Aún en una alta complejidad y multidimensionalidad de los problemas de salud, el sistema de salud en México y Guatemala tienen las tareas de normar la prevención y control de las enfermedades y emergencias epidemiológicas. En el caso específico de la cuenca transfronteriza del Río Usumacinta, no se encontraron antecedentes de abordajes binacionales o integrales que permitan estrategias efectivas ante una población que se moviliza constantemente hacia ambos lados, y menos aún, abordajes de la salud con un enfoque específico en esta cuenca. Por tanto, revisamos las políticas de salud de ambos países, los datos estadísticos sobre mortalidad y morbilidad más relevantes, así como algunas recomendaciones encaminadas al abordaje transfronterizo de la salud.

Una de las premisas para nuestro análisis deriva de la Agenda 2030, que menciona que «Los gobiernos locales y regionales, como actores claves en el proceso de implementación y territorialización de la Agenda 2030, tienen la ocasión de sacar el máximo provecho a la cooperación Sur-Sur transfronteriza, facilitando la planificación conjunta de acciones concretas de implementación, fortaleciendo capacidades propias y colectivas, así como el intercambio de experiencias y de conocimientos con sus pares en zonas de frontera, con quienes comparten intereses y realidades similares» (Ojeda-Medina, 2019, p. 52).

Para la cooperación Sur-Sur Transfronteriza con objetivos de desarrollo, «resultará clave trabajar con objetivos transversales e interconectados entre sí y con coherencia de políticas locales y nacionales; dar apertura a la participación de todos los actores relevantes e interesados posibles; adecuar los marcos normativos e institucionales que sean necesarios para que estos se conviertan en aceleradores de procesos; crear o fortalecer los sistemas de registro, monitoreo y evaluación de la implementación de las políticas públicas de desarrollo» (Ojeda-Medina, 2019, p. 59). Por tanto, se hace incapié en la coherencia y el cumplimiento de políticas nacionales en contextos y territorios en los cuales la salud está determinada por las relaciones socioambientales transfronterizas.

Métodos

Se realizó revisión bibliográfica sobre el perfil epidemiológico de salud-enfermedad-muerte del nivel nacional, estatal y municipal de la Cuenca del Río Usumacinta. Para la revisión de políticas públicas se enfatizaron los programas, estrategias y actividades del Sistema de salud de México y de Guatemala en los planes sexenales, y los cambios y continuidades de atención en los programas de salud enunciados como consecuencia del cambio climático, así mismo se hizo para las regiones y municipios de la Cuenca del Usumacinta.

Identificamos los alcances de los discursos de políticas de salud nacionales y las ausencias de políticas locales desde los determinantes sociales de la salud y el cambio climático como variable ambiental, anunciada como la principal amenaza y escenario de riesgo para la salud con mayor impacto en las regiones más pobres. En términos de salud en una región transfronteriza como la de México y Guatemala, los perfiles epidemiológicos son similares, pero la respuesta institucional política está dividida por diferentes esquemas caracterizados por las carencias históricas en la atención a la salud, que a través de este informe mostramos para ambos países.

En el perfil de morbilidad y mortalidad de los municipios con alta marginación, se revelan cambios a través del tiempo; las primeras causas de mortalidad, las enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias, cambiaron a enfermedades crónicas, las cuales se explican principalmente por los cambios en las condiciones de vida.

Para el análisis de información se incluyeron los municipios que conforman la Cuenca Usumacinta (Mapa 1). Los niveles de marginación de estos municipios en Tabasco y Chiapas se han considerado alto grado de pobreza y marginación, principalmente aquellos localizados en áreas geográficas aisladas y con poblaciones indígenas. Los municipios que corresponden a la Cuenca Usumacinta, en la región fronteriza de México, son de alta y muy alta marginación (INEGI, 2018).

Resultados

Problemática socioambiental en la cuenca y sus impactos en la salud

En la última década se han realizado diversas investigaciones con el interés de obtener diagnósticos multidisciplinares sobre las

problemáticas socioambientales en las cuencas transfronterizas de México, Guatemala y Belice, principalmente en las cuencas de los ríos Grijalva y Usumacinta (Kauffer et al., 2019; González et al., 2014). Las problemáticas que se enuncian son la falta de conservación de los recursos forestales, agua, flora y fauna, además de las transformaciones en los sistemas productivos y sociales en las comunidades, que en general han ocasionado deterioro y desertificación de los suelos e incremento de los riesgos socioambientales a desastres principalmente de origen hidrometeorológico. En temas sociales se abordan la configuración territorial, los medios de vida, estrategias de supervivencia y respecto al tema de la salud, la contaminación del agua por metales con la presencia de cadmio y mercurio en la cuenca Grijalva y daños a la salud después de los desastres de origen hidrometeorológico (Alvarado et al., 2012; González et al., 2014).

Otros grupos de estudios se enfocan a la delimitación de las problemáticas de las cuencas transfronterizas desde la hidropolítica, la gestión integrada de los recursos hídricos, especialmente las dificultades en la implementación de las políticas ambientales, el acceso y el aprovechamiento de las aguas de los ríos compartidos, así como la organización y participación social, los que han dado cuenta de los conflictos por el agua, la vulnerabilidad social y los riesgos por inundaciones (Kauffer, 2013, 2014).

En la cuenca Usumacinta, a pesar del deterioro en los recursos ambientales se conserva una gran riqueza natural en flora y fauna propia de la selva tropical o subtropical, principalmente en respuesta a las políticas de conservación en las Áreas Naturales Protegidas (ANP). En esta misma cuenca existen importantes yacimientos de petróleo y gas, así como abundancia de agua en cauces superficiales o subterráneos, que corresponden al 34.4 % del total nacional. Sin embargo, en algunas áreas desde el 2003 se reportó cambio en la coloración, olores fétidos y mortalidad de peces en los lagos Tepancoapan, Balantetik, Bosque Azul y La Encantada que pertenecen al Parque Nacional Lagunas de Montebello, cuyas principales amenazas son el cambio del uso del suelo, la presión sobre el uso doméstico del agua y del uso para riego agrícola, la contaminación del agua y suelo debido a actividades agropecuarias y el vertido de las aguas residuales domésticas principalmente de la ciudad de Comitán de Domínguez, Chiapas (Ávila, 2017). En la región algunas localidades han cambiado el uso de la tierra de cultivo a la ganadería, el cultivo de plantaciones comerciales como el jitomate rojo (Álvarez et al., 2018),

así como la explotación de los recursos hídricos a través de cuantiosas inversiones en los grandes proyectos hidráulicos realizados en Chiapas, destinados a cubrir las necesidades de energía eléctrica del centro del país, sin que tuvieran un efecto detonador del desarrollo económico del estado; esto causó desplazamientos de población y pérdida de tierras aptas para el cultivo (Comisión Asuntos Fronterizos Sur, 2015).

Ante estas problemáticas, en el entendido de que la salud es social y biológica depende de la adecuada relación de los seres humanos con el ambiente, especialmente los recursos disponibles para la subsistencia como la alimentación, las condiciones de la vida (vivienda, servicios básicos, educación y salud), los panoramas y transformaciones en los medios de producción y condiciones de los recursos de los que dependen las poblaciones. Nuestra propuesta es abordar a la salud en una dimensión amplia de determinantes ambientales y sociales en espacios territoriales como la cuenca Usumacinta; ya que se identifican pocos estudios que establecen las relaciones del incremento de enfermedades crónicas como la diabetes, cáncer y dengue, con las transformaciones en las prácticas alimentarias, de medios de

TABLA 2.1 · Principales causas de
mortalidad en México, 2015

Elaboración: Estadísticas de mortalidad de la Dirección General de Epidemiología, México.

Causa de mortalidad	Nacional		Chiapas		Tabasco	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Total	655,688	548.6	26,519	508.2	12,666	528.8
<i>E. del corazón</i>	128,731	107.7	3,988	76.4	2,389	99.7
<i>E. isquémicas del corazón</i>	88,144	73.7	2,682	51.4	1,582	66.0
<i>Diabetes mellitus</i>	98,521	82.4	3,423	65.6	2,283	95.3
<i>Tumores malignos</i>	79,514	66.5	3,046	58.4	1,334	55.7
<i>Accidentes</i>	37,184	31.1	1,326	25.4	958	40.0
<i>T. vehículos de motor</i>	16,035	13.4	658	12.6	620	25.9
<i>E. del hígado</i>	35,718	29.9	2,048	39.2	567	23.7
<i>E. alcohólica del hígado</i>	11,863	9.9	470	9.0	193	8.1
<i>E. cerebrovasculares</i>	34,106	28.5	1,179	22.6	650	27.1

TABLA 2.2 · Principales causas
de mortalidad en Guatemala, 2017

Causa	Guatemala	Alta Verapaz	Baja Verapaz
<i>Neumonía, o. no especificado</i>	135,98	48,85	45,78
<i>Infarto agudo del miocardio</i>	80,07	9,56	28,46
<i>Diabetes mellitus, no especificada</i>	46,44	5,5	16,08
<i>Paro cardíaco</i>	44,24	ND	8,35
<i>Hipertensión esencial (primaria)</i>	25,39	3,41	20,72
<i>Insuficiencia cardíaca</i>	24,87	2,2	8,04
<i>Diarrea y gastroenteritis origen infeccioso</i>	23,57	14,29	16,08
<i>E. alcohólica del hígado</i>	22,60	3,96	3,4
<i>Accidente vascular encefálico</i>	19,84	2,09	19,8
<i>Otras septicemias</i>	18,30	4,01	4,64

vida, cambios climáticos y de los sistemas productivos (Nájera y Alvarez, 2009; Alvarez *et al.*, 2018; Morales *et al.*, 2019).

Mortalidad y morbilidad en la Cuenca Usumacinta.

Los registros de mortalidad en municipios mexicanos y guatemaltecos de la cuenca Usumacinta difieren en sus principales causas; por ejemplo, a nivel nacional se tiene en los primeros lugares a las enfermedades crónicas como la diabetes y las enfermedades isquémicas del corazón, en cambio en Guatemala se encuentra en primer lugar la neumonía, seguida de infarto agudo al miocardio, mientras que la diabetes ocupa el tercer lugar y el paro cardíaco el cuarto. Algunas diferencias son probablemente debidas a los criterios del personal que realiza los certificados de defunción y la clasificación de las causas. Por ejemplo en México, debido a las múltiples causas de un paro cardíaco, los certificados de defunción con este diagnóstico se registran en el grupo de las causas mal definidas (Tablas 1 y 2).

Elaboración propia con base a defunciones del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), Guatemala, 2017.

Huehuetenango	Petén	Quetzaltenango	Quiché	Totonicapán
58,9	18,78	34,42	35,1	69,33
23,13	9,14	17,37	7,84	9,05
15,08	11,62	21,06	7	19,47
4,66	5,56	18,35	8,34	18,1
7,24	11,37	14,01	4,33	7,86
6,58	4,08	15,85	4,84	5,46
11,38	4,57	ND	9,75	14
5,25	2,35	14,77	4,33	6,49
5,84	2,97	5,1	4,17	2,73
7,83	6,18	4,99	5,25	3,07

Devenires del Sistema Nacional de Salud en México en las últimas décadas

Aunque ha habido avance en materia de políticas públicas en el reconocimiento de que el proceso salud-enfermedad debe analizarse como un hecho social, la responsabilidad de la salud ha recaído en un sistema de salud desarticulado de los sectores ambientales, sociales y culturales. México ha tenido un sistema de salud dependiente de la deuda externa. En 1983 acordó con el Fondo Monetario Internacional (FMI), un préstamo puente condicionado a un severo ajuste fiscal que significó la caída del presupuesto público de salud en un 35 % y la introducción de pagos en los servicios. Este hecho concuerda con el surgimiento de la Ley General de Salud en 1983; desde entonces comenzaron a descentralizarse los servicios de salud que estaban disponibles para la población no derechohabiente y se dieron cambios hacia una mayor cobertura de atención en la administración de la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS; Secretaría de Salud, 2001).

En los años siguientes, ante las transformaciones sociales, demográficas, económicas y epidemiológicas en nuestro país, se impulsó un sistema de salud que le apostaba a un «modelo universal, participativo y plural» (Secretaría de Salud, 2001). También se veló por las necesidades y demandas del desarrollo industrial y económico y se creó la seguridad social para la clase trabajadora. Por otro lado, la población campesina y de la ciudad no derechohabiente quedó bajo el cobijo de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2001).

El cambio estructural del sistema de salud se inauguró en 1995 después del tercer derrumbe de la economía mexicana. Como parte del acuerdo con el FMI, el gobierno aceptó la «condicionalidad» para reformar el sistema público de salud, empezando por el IMSS, para abrirlo a administradores y prestadores privados para garantizar su presencia. En un ambiente político de alta conflictividad, esta reforma se impugnó masivamente por diversos sectores sociales, entre ellos trabajadores y altos exfuncionarios del IMSS, académicos y organizaciones no gubernamentales (ONG; Laurell, 2015).

En el año 2000 a través de una reforma en la Ley General de Salud, se reorganizó el Sistema Nacional de Salud. Como resultado de esa reforma, surgió el Sistema de Protección en Salud (SPSS), cuyo componente operativo fue el Seguro Popular (SP). Su intención era alcanzar la llamada «cobertura universal» para ciertas enfermedades en un paquete de servicios básicos de prevención y control (Uribe *et al.*, 2013).

Sin embargo, el Seguro Popular tuvo una limitada capacidad de cubrir las enfermedades que más afectan a la población mexicana. Las ECNT representan un gasto importante para el sistema de salud, por ende el Seguro Popular se vuelve insostenible. Igualmente estas enfermedades tienen un alto costo social y de calidad de vida de las personas, por ello para mejorar las condiciones de salud, se debería estar en la lógica de prevención, de permitir ambientes y contextos sanos en donde las decisiones sobre los estilos de vida no estén permeados por un mercado agroindustrial o farmacéutico (Uribe *et al.*, 2013).

Para el 2005 la diabetes mellitus era la principal causa de muerte tanto en hombres como mujeres. Las siguientes cuatro causas eran enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebro vasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cardiopatía isquémica para las mujeres. En hombres después de la diabetes eran enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis y enfermedades hepáticas, enfermedad cerebrovascular y enfermedad obstructiva crónica (Secretaría de Salud, 2007).

Por otro lado, en 2006 se registran al sobrepeso y la obesidad, dislipidemias e hipertensión, como principales causas de morbilidad según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006). Para 2007, La Secretaría de Salud declara que el 70 % de los adultos mexicanos tenían sobrepeso u obesidad (Secretaría de Salud, 2007), cuando todavía no se habían reducido de manera importante la desnutrición y las enfermedades infecciosas, como dengue y malaria en áreas rurales de los estados del sureste de México.

En un abordaje más amplio de la prevención, los programas integraron líneas de acción y estrategias para prevención y control a nivel nacional, dentro de las cuales se encontraron los padecimientos de interés en la Cuenca Usumacinta, que se perfilaron a una mayor coordinación entre sectores y políticas más integrales contra los riesgos sanitarios principalmente las fuentes de abastecimiento de agua y enfermedades transmitidas por vectores como dengue y paludismo (Secretaría de Salud, 2007).

Sin embargo y a pesar del mayor interés y acciones específicas en la prevención y la promoción de la salud, las estrategias para el control de brotes epidemiológicos de enfermedades transmitidas por vectores han tenido impacto limitado en áreas endémicas. El ejemplo más palpable es el dengue en Chiapas, estado número uno en tasas de incidencia en México (Dirección General de Epidemiología, 2019).

Programas Sectoriales de Salud en Chiapas

Los programas sectoriales de prevención y control de enfermedades en Chiapas se enmarcan dentro de la estrategia nacional y describen estrategias específicas para padecimientos más comunes que afectan a la población del estado. Estos programas se habían caracterizado «por una integralidad en un marco de atención humanista, con infraestructura y equipo médico moderno o de última generación, así como por la reorientación de esfuerzos para alcanzar una verdadera cobertura universal» (Secretaría de Salud, 2007). En el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se planteó responder y garantizar el derecho a la salud a toda la población chiapaneca en los tres niveles de atención: prevención, curación y rehabilitación, además del desarrollo social y el combate a la desigualdad (Plan Nacional de Salud, 2007-2012).

Los objetivos vinculados a los temas de interés para la región de la Cuenca Usumacinta fueron: disminuir la prevalencia de la

desnutrición en los niños y niñas menores de 5 años de comunidades marginadas mediante programas integrales de nutrición, educación y salud. Así también disminuir la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas tales como cáncer, diabetes y cardiovasculares; transmisibles como el SIDA; las infecciones gastrointestinales, tracoma y padecimientos curables asociados a entornos insalubres y sin servicios públicos, favorecidas por la desnutrición y mala alimentación. También se planteó disminuir las muertes por adicciones, violencia y accidentes.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, enmarcó el llamado «Programa Sectorial de Salud», que intentaría cimentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal. En este programa se enfatiza que el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles, las cardiovasculares, tumores malignos y las relacionadas con lesiones, representarían un importante desafío para el sistema de salud mexicano. Además se reconoce que la población más vulnerable, que vive en condiciones de pobreza y rezago social, enfrentan al mismo tiempo las enfermedades transmisibles e infecciosas, como la diarrea y/o enfermedades respiratorias y la epidemia de la obesidad y sobrepeso y por ende de las enfermedades crónicas no transmisibles. Por tanto las políticas clave del sexenio pasado fueron la Cruzada Nacional Contra el Hambre y la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (Gobierno de la República, 2013).

En este Programa Sectorial de Salud, se desarrollan a otro nivel de concreción las líneas de acción, sin embargo, las propuestas se siguen centralizando en la responsabilidad individual sobre los hábitos saludables o no saludables, así como en la participación comunitaria y/o de la sociedad. Al menos para los objetivos de políticas públicas en salud enfocados en el cambio climático son limitados y no se observan líneas de acción que el Estado proponga promover hacia cambios estructurales para la sustentabilidad y la salud.

Por tanto, el gran reto continúa siendo la eficacia de medidas preventivas de programas, campañas y acciones, relacionadas con mejorar las condiciones de vivienda para evitar el nacimiento de larvas (de vectores que transmiten enfermedades) en las poblaciones más rezagadas del país. La prevalencia de dengue y paludismo muestran la compleja relación entre los factores estructurales y la pobreza, como falta de mejoramiento de las condiciones de vida, acceso a servicios básicos, educación e ingreso, a lo que se suma el efecto del cambio climático en el incremento de estas enfermedades.

En Guatemala se registraron dos hechos relevantes para el sistema de salud: en 1944 se establece el seguro social obligatorio como garantía constitucional, y en 1977 se expide el código de salud que establece la cooperación pública-privada, así como la obligación del Estado de brindar servicios gratuitos a la población sin capacidad de pago mediante la puesta en operación del programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos. El Sistema de Salud incluye un sector público y un sector privado. El primero se constituye por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que cubre en servicios de salud del 70 % de la población de acuerdo a cifras oficiales. También existe el Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS) y la Sanidad Militar para fuerzas armadas, policías y sus familias (Becerril *et al.*, 2011).

Por el lado del sector privado y de la sociedad civil, el 18 % de los guatemaltecos tienen cobertura en las organizaciones no gubernamentales y menos del 8 % de las personas tienen un seguro privado (Becerril *et al.*, 2011).

El MSPAS tiene diferentes fuentes de financiamiento provenientes del Estado, de asistencia (externos), préstamos y donaciones internacionales; y en menor medida de cuotas simbólicas por los servicios. El ámbito privado en servicios de salud se divide en dos categorías relacionadas con sus fuentes de ingreso: lucrativo y no lucrativo. El 86 % de financiamiento proviene de gastos de bolsillo de las personas. Las organizaciones de la sociedad civil por su parte, tienen una presencia importante en términos de atención, educación, prevención en centros de salud, clínicas y hospitales, especialmente en las zonas rurales. Otro aspecto importante de resaltar, es que más de un tercio de la población en Guatemala utiliza la medicina comunitaria tradicional indígena (Becerril *et al.*, 2011).

El MSPAS ofrece atención en salud en todos los niveles y sus principales programas son de salud materno-infantil, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, violencia y adicciones. Igualmente desarrolla programas relacionados con la nutrición. Por su parte, el Instituto de Guatemala de Seguridad Social ofrece servicios de medicina preventiva, curativa y de rehabilitación. Su funcionamiento está basado en tres programas: 1) Invalidez, vejez y sobrevivencia, 2) Accidentes y 3) Enfermedad y Maternidad (Becerril *et al.*, 2011).

La visión del sistema de salud en Guatemala es similar al de México: proteger y promover la salud desde lo individual, familiar

y comunitario, garantizando el acceso universal a servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación. Además, busca la descentralización de las redes de servicios de salud (MSPAS, 2013). Se rige por los siguientes principios: derecho a la salud, equidad, universalidad, participación, transparencia, eficiencia, solidaridad e interculturalidad (MSPAS, 2013).

El MSPAS plantea como objetivo que la población tenga acceso a una protección integral de salud en forma igualitaria, para así lograr un estado de salud óptimo. A su vez plantea diferentes objetivos específicos que se relacionaron con aspectos estructurales del sistema del MSPAS, relacionados con la cobertura, rectoría, transparencia, trabajo interinstitucional, recursos y con la calidad de atención de los servicios (MSPAS, 2013).

Por otro lado, se plantearon cuatro orientaciones estratégicas: 1) acceso a servicios de salud, 2) gobernanza y rectoría, 3) financiamiento de servicios de salud y 4) coordinación intersectorial y participación ciudadana, siendo esta última una de las orientaciones prioritarias (MSPAS, 2013).

En dicha orientación se buscó abordar los determinantes sociales en salud a través de diferentes políticas públicas y estrategias multisectoriales. La participación social, por su parte, se mencionó como clave para que fueran eficaces los procesos y servicios en salud (MSPAS, 2013). Sin embargo, aunque se han hecho esfuerzos por dar prioridad a la participación social en varios ámbitos de las políticas públicas en salud, los resultados de estos avances han sido muy lentos e incluso se refieren retrocesos, como los intereses de la industria farmacéutica y la influencia de organismos internacionales (MSPAS, 2016). El MSPAS identifica las siguientes fuentes de ineficiencia en el sistema de salud de Guatemala:

- Medicamentos: falsificados, de baja calidad, infrautilización de medicamentos genéricos y precios sobrevalorados, además del uso inadecuado.
- Productos y servicios en salud: uso excesivo en el suministro de equipo para procedimientos clínicos, de cirugía y de diagnóstico.
- Personal sanitario: planilla inadecuada o cara, trabajadores desmotivados, mala supervisión, malos salarios, alta rotación de personal.
- Servicios de salud: inadecuadas admisiones y estancias hospitalarias, falta de infraestructura hospitalaria, mala calidad

de atención y negligencias médicas, falta de financiamiento.

- Corrupción en el sistema de salud.
- Intervenciones de salud ineficientes y con un nivel inadecuado de estrategias.

Esta realidad compromete la eficacia y eficiencia de los servicios, programas y políticas de salud en el país, con un panorama que cada vez se agrava con el incremento de agresiones, accidentes y suicidios, así como las enfermedades crónicas no transmisibles (MSPAS, 2016) y con ello, incrementa el gasto en salud. Además, estas enfermedades están relacionadas con los cambios ambientales, las transformaciones alimentarias, la crisis del campo y baja de la producción de autoconsumo, así como el incremento de la pobreza y desigualdad social.

Por lo anterior, desde el MSPAS se consideró prioritario definir este Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas (MAEC) cuyo objetivo primordial fue «brindar los lineamientos generales que orienten la reorganización y desarrollo de los servicios de salud del segundo nivel de atención, para mejorar la calidad de la atención de personas con enfermedades crónicas.» (MSPAS, 2016).

Para el desarrollo y puesta en marcha con calidad del MAEC, se establecieron diferentes elementos esenciales centrados en la comunidad, el sistema de salud, apoyo al autocuidado, diseño del sistema de provisión de servicios, apoyo a la toma de decisiones y sistemas de información clínica (MSPAS, 2016). Además, se plantearon acciones y recomendaciones para la calidad de atención de los servicios de salud, en términos de infraestructura, insumos y personal de salud capacitado para atender las ECNT. Las actividades que se propusieron para ello fueron: 1) elaboración de un plan operativo, 2) elaboración de estrategias para mejorar la calidad de atención y 3) creación y gestión de recursos para equipo de salud (MSPAS, 2016).

En relación con el tema de autocuidado, se plantearon acciones de educación en salud para la adopción de hábitos saludables en términos de actividad física, alimentación saludable y prevención o eliminación de otros factores de riesgos (MSPAS-CCM, 2016). Sin embargo, se enfocaron al individuo, familia y formación en acciones de autocuidado y estimulación para la creación de redes de apoyo desde el nivel familiar al comunitario, y no a los problemas de producción de autoconsumo o de manera amplia a la oferta alimenticia y regulación de la venta y consumo de productos industrializados.

En el Plan Estratégico Nacional para la Prevención de Enfermedades No Transmisibles 2015-2020, en una apuesta por incidir en causas

estructurales del desarrollo de las ECNT (MSPAS-PNECNTYC, 2016), se han promovido actividades, en las líneas estratégicas de acción multisectoriales basadas en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, como que la población del país tenga acceso a un sistema eficaz que coadyuve a la prevención y atención integral de las ECNT, ya que las estadísticas muestran el incremento acelerado de estas enfermedades.

Control y manejo de Enfermedades Transmitidas por Vectores en Guatemala.

Desde hace varias décadas se ha hecho énfasis en la importancia de manejar el ambiente y la producción pecuaria para la prevención y control de malaria y otras Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) en Guatemala, tal como se observó en el análisis de López (1992) sobre el control de estas enfermedades. Desde 1990 se reconocían las fallas de los programas por el poco desarrollo de infraestructuras de servicios sociales y sanitarios y no se tomaban en cuenta los factores que promovían la transmisión de las ETV. Especialmente para el control de la malaria, ha sido necesario tomar en cuenta la participación activa de los sectores afectados (vivienda, salud, seguridad social, agricultura, educación y ganadería), así como partir de datos epidemiológicos, biológicos y ecológicos de los reservorios y vectores, las medidas ambientales para su manejo, el costo-eficacia y costo-beneficio en los planes de prevención y control (López, 1992).

Además del sistema nacional de vigilancia epidemiológica para las ETV, desde 2004 se ha implementado una Estrategia de Gestión Integrada (EGI) para la vigilancia y control del dengue, ya que afecta seriamente a un amplio sector de la población en el país. En el 2010, el MSPAS fortaleció esta estrategia al conformar la Comisión Nacional de Erradicación de Dengue dirigido al trabajo intra e intersectorial, con involucramiento de municipalidades y poderes locales, ministerio de educación, de ambiente, el ejército nacional, así como ONG's internacionales y proyectos de cooperación en emergencias (OPS, 2011).

Por otro lado, en relación con la malaria se planteaban varias estrategias e iniciativas en el Plan estratégico regional de malaria con el objetivo de disminuir la malaria en 50 %, a través de la «Iniciativa Hacer Retroceder la Malaria» para el 2010 y 75 % en 2015, además del Apoyo del Fondo Global y Proyecto AMI/RAVREDA, que inte-

gra la Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia de los Antimaláricos (OPS, 2011).

Discusión

Los puntos críticos detectados en las políticas en salud de incidencia en la Cuenca del Río Usumacinta, se encuentran relacionados con la ausencia de políticas locales con un enfoque integral y con componentes socioambientales para una cuenca transfronteriza. Si bien el análisis de los determinantes sociales de la salud es un enfoque internacional actual, no se ve reflejado en las políticas ni en programas de prevención y atención de estas enfermedades a nivel local y en contextos socioculturales de pobreza y desigualdad, lo que incrementa la vulnerabilidad socioambiental y los riesgos ante ECNT y ETV, complejizando el perfil epidemiológico. Las respuestas a las prioridades de atención a la salud en la Cuenca Usumacinta están plasmadas en las diferentes políticas y programas de salud en México para prevenir y controlar los problemas de salud pública, dejando la responsabilidad al individuo del autocuidado y atención de algunas de las enfermedades, que estaban incluidas en el paquete del Seguro Popular. Sin embargo, existen grandes brechas entre el discurso que plantea estratégicamente el sistema de salud y la operatividad para incidir en las transformaciones epidemiológicas que indican incremento de enfermedades crónicas y persistencia de enfermedades infecciosas generalmente relacionadas con la pobreza y marginación en la Cuenca Usumacinta. En Guatemala las condiciones de marginación y pobreza son similares y los perfiles epidemiológicos denotan las carencias del sistema para cubrir a las poblaciones, lo que se recrudece en la zona transfronteriza.

Lo anterior en parte es un reflejo de que las políticas de salud y los programas e intervenciones que se derivan, tienen problemas para su implementación y obtención de resultados, que no están siendo efectivos, ni están cumpliendo del todo con sus objetivos. La llamada transición epidemiológica, que significa un cambio de causas principales de mortalidad por enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas no transmisibles, se aprecia en los perfiles de mortalidad en la región transfronteriza, aunque no es un cambio homogéneo para todos los municipios; en los de mayor marginación persisten las enfermedades respiratorias y diarreicas como principales causas.

La cuenca Usumacinta cuenta con algunas unidades de salud en ambos países con programas de promoción de la salud y la prevención

de enfermedades crónicas, así como el control de las enfermedades transmisibles y en general incrementar la calidad de la atención para lograr la «cobertura universal», sin embargo, la realidad está rebasando la capacidad de los sistemas de salud.

Las existentes políticas de salud en México y Guatemala están bien desarrolladas en los documentos de diversos planes y programas de prevención y control de enfermedades; éstos cuentan con objetivos, visiones, metas e indicadores de seguimiento, registrándose grandes éxitos en la erradicación de enfermedades prevenibles por vacunación como la poliomielitis y otras en vías de eliminación. Sin embargo, los resultados para enfermedades infecciosas respiratorias y diarreicas, transmitidas por vectores y las crónicas degenerativas son limitados, ya sea por las causas multidimensionales del proceso salud-enfermedad-muerte o porque muchas de estas estrategias o programas, no están adaptados a los contextos culturales de las localidades. Los servicios de salud a los que se tiene acceso, documentan problemáticas de calidad en la atención por parte de los prestadores de servicios de salud, carencia de insumos para diagnóstico y medicamentos, así como limitaciones de la política del Seguro Popular; ello por haber sido un paquete de atención a padecimientos específicos, dejando fuera otras necesidades, especialmente en zonas indígenas con factores socio culturales no tomados en cuenta (Page *et al.*, 2018). Específicamente en el caso de la Cuenca del Río Usumacinta, existe la ausencia total de documentos sobre esta visión de cooperación transfronteriza en la salud pública.

Las estrategias y líneas de acción de los programas, políticas e intervenciones en materia de salud y nutrición quedan en el discurso, al mencionar los objetivos de «promover, mejorar, impulsar, crear, desarrollar, establecer», mientras que el sistema se rige con un enfoque curativo ante el incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles.

Por otro lado, las estrategias que llegan a ser más concretas se centran en responsabilizar al individuo por su enfermedad o estado de salud. Esta visión reduccionista de modelo de atención en salud, asigna la responsabilidad total al individuo para mejorar su autocuidado y sus hábitos, cuando la situación de salud y enfermedad que se vive ahora en México, es mucho más compleja. Sin embargo, en el discurso se habla de políticas intersectoriales y de la responsabilidad conjunta de los diferentes actores y sectores clave para la construcción de la salud de la sociedad mexicana. A pesar de ello, estas estrategias

se focalizan más en la educación y promoción para la salud y procesos de participación comunitaria, para que la población cambie sus hábitos o conductas inadecuadas. No se mencionan las estrategias y esfuerzos por transformar los ambientes que permitan la adopción de hábitos más saludables y en general, de obtener los recursos necesarios para acceder a una buena alimentación y salud.

En México, las políticas de salud plasmadas en los Planes Nacionales de Salud se han modificado de 1984 al 2018. En sus objetivos priorizaban mejorar las condiciones nutricionales de grupos vulnerables para prevenir y disminuir la desnutrición. Con sus acciones se buscaba promover el consumo de alimentos con alto contenido nutricional sobre todo entre mujeres embarazadas y en lactancia, pero también que dichos alimentos fueran suficientes. Fue notorio su componente «asistencialista», ya que uno de sus objetivos se centraba en promover la dotación de alimentos de suficiente calidad nutricional. Aunado a estos programas, existieron algunos programas de subsidio a la alimentación, pero también la apertura del mercado a productos industrializados que llegaron a las localidades más lejanas y pobres de Chiapas, con lo cual no se resuelve el problema de la desnutrición y aparece la obesidad, ambos resultantes de procesos de malnutrición.

Por otro lado, los PNS priorizan la prevención y atención del sobrepeso y la obesidad y las enfermedades relacionadas con esta condición del estado nutricional a través del Programa de prevención y control de la obesidad (Secretaría de Salud, 2013b). En los aspectos estratégicos, se visibiliza el discurso sobre la educación nutricional y la salud, centrada en la sensibilización de las personas para que aprendan y tomen consciencia de sus propios hábitos, sin que permee un discurso que retome las desigualdades estructurales que están detrás de estas enfermedades.

Los programas de alimentación y nutrición en México, se han distinguido históricamente por su carácter asistencialista más que por propuestas desde las estructuras políticas. En el análisis de Barquera *et al.* (2006) sobre las políticas y programas de alimentación y nutrición en México, se observa que la mayoría se relacionan con el abastecimiento de alimentos en el contexto escolar y para las familias; con el otorgamiento de créditos y subsidios a los campesinos, creación de cooperativas, programas de suplementación, entre otros, que a la fecha 2020, continúan en modalidad similar, con otros nombres.

Las políticas de salud en la Cuenca Usumacinta, responden al modelo de atención de las enfermedades y a considerar un enfoque

individualizado y conductual de la salud. Específicamente en la alimentación no se analizan los factores estructurales, los cambios de la dieta y las transformaciones alimentarias; se aprecian más los aspectos productivos y económicos con tendencia a incorporar aspectos nutricionales. Un enfoque alternativo considera a la alimentación «como un fenómeno integrado y compuesto por la interrelación entre componentes sociales, ecológicos, biológicos, productivos, culturales, etc.» (Carrasco, 2004 p.73), por lo que las transformaciones alimentarias se comprenden como «los cambios y las continuidades del comportamiento alimentario [que] deben interpretarse en un sistema social, económico y político global» (Carrasco 2004, p.74). Es importante resaltar que los enfoques no son opuestos sino relacionales, es decir, que los cambios del patrón alimentario (adición, sustitución, remplazo, nuevas combinaciones o preferencias) están ligados a un sistema económico y sociocultural más complejo.

La modernización alimentaria es un aspecto que influye en las transformaciones alimentarias, entendidas como el discurso que privilegia a la industrialización como el proceso para alcanzar el progreso y que se dirige a la búsqueda de satisfacer las nuevas demandas y necesidades alimentarias de la población (Bertran, 2017). Alguno de los efectos de la modernización alimentaria han sido la homogenización de patrones alimentarios, la globalización de mercados y mayor dependencia de alimentos del exterior, incluso de alimentos básicos (Mili, 2005).

Conclusiones

Para la Cuenca del río Usumacinta, podemos constatar la ausencia de políticas de salud locales y al nivel nacional, la falta de integración de factores ambientales, sociales, políticos, culturales e históricos en el análisis del proceso salud-enfermedad-atención, además de una ausencia total de abordajes integrales como los de cuencas transfronterizas para las problemáticas de salud pública. Nuestra propuesta de enfoque de cuenca transfronteriza elabora políticas en salud tomando en cuenta los modos de vida de la población, los recursos disponibles para la producción, la ocupación principal de la población, los riesgos de contaminación río arriba que influyen río abajo, las problemáticas sociales derivadas de la movilización de personas, las afectaciones del cambio climático, y sobre todo las estrategias de conservación de la biodiversidad, por decir a grandes razgos mayores

elementos socioambientales para caracterizar el proceso salud/enfermedad/atención/muerte. La salud de la población y la conservación ambiental en la Cuenca Usumacinta están directamente relacionados a los problemas de rezago social, marginación y pobreza que persisten, al mismo tiempo que el panorama epidemiológico de enfermedad y muerte se ha transformado; de enfermedades infecciosas en primer lugar de muerte, a enfermedades crónicas como la diabetes. Es importante la consideración holística del cambio en el estilo de vida, principalmente el sedentarismo y el estrés que se relacionan con la aparición de la obesidad, enfermedades isquémicas y cánceres, al mismo tiempo que persisten problemas de desnutrición, tuberculosis, infecciones intestinales y respiratorias, que no solamente depende los individuos, sino de factores estructurales.

La situación en salud y del sistema de salud, los programas y políticas en Guatemala, se relacionan también con causas estructurales como el rezago social, inequidad en los quintiles económicos, falta de acceso a los servicios de salud y la mala calidad de estos, inconsistencia o falta de operatividad de las políticas, entre otras, mismas que juegan un rol determinante en el control y prevención de las enfermedades que aquejan hoy día a ambos países.

No existen políticas de salud locales y transfronterizas con un enfoque integral o componentes socioambientales en la cuenca del río Usumacinta, lo que podría ayudar a construir diferentes explicaciones en la complejidad y dimensiones de las problemáticas de salud, además de la persistencia de la pobreza y desigualdades sociales, que no son muy distantes de las realidades nacionales de Guatemala y México. Según los cambios en los perfiles epidemiológicos y causas de mortalidad y morbilidad de ambos países, los programas de salud no han alcanzado la suficiente eficacia, a pesar de que las políticas se presentan integrales en sus planteamientos. Aun sectorizadas en el sistema de salud, el problema de la operatividad de las políticas de salud se aprecia en la falta y mala distribución de los recursos para la salud, la falta de insumos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más comunes, además de diversos problemas institucionales con el presupuesto para los servicios y prestaciones. En 2018 se registraron dos paros laborales en Comitán y San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, por problemas del personal de salud relacionados al cumplimiento de pagos al Fondo de la Vivienda, Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (FOVISSSTE) y compensaciones, además de un descuento por falta de insumos básicos para brindar atención en las unidades de salud.

Los sistemas de salud en México y Guatemala tienen el reto mayor con los escenarios de riesgo ante el cambio climático, nuevas enfermedades transmitidas por vectores e infecciosas y las emergencias epidemiológicas por desastres, que en las políticas de salud no han permeado como forma de prevención y control de los principales problemas de salud pública en los países de estudio, y la distancia es mayor del enfoque de cuenca transfronteriza. Ante el reto entre lo global y lo local, sugerimos la recuperación de estrategias locales para enfrentar emergencias epidemiológicas y otros acuerdos para prevención y control de enfermedades que se presentan de manera transfronteriza.

Referente al Sistema de Salud, proponemos una visión amplia del concepto de salud y sus determinantes socioambientales, y no solamente enfatizar la atención curativa y limitada prevención, como hasta ahora se plasma y que las estadísticas analizadas demuestran que no alcanzan sus objetivos. Con relación a regiones compartidas internacionalmente como una cuenca transfronteriza, se deben promover acuerdos internacionales que planteen la salud como un hecho complejo multidimensional y dependiente de políticas de conservación de los recursos naturales y el patrimonio biocultural que dan sustento a las poblaciones en la Cuenca Transfronteriza del Río Usumacinta.

El rasgo específico en la Cuenca Usumacinta es su conformación transfronteriza, que obliga a repensar su complejidad y revisar la construcción social de riesgos para la salud de manera compartida en un territorio en que se mueven y comparten poblaciones y culturas. Es ésta también una propuesta, desde el Panel Intergubernamental de Cambio Climático (IPCC, por sus siglas en inglés), que plantea la necesidad de que los países reevalúen su vulnerabilidad y exposición para poder manejar mejor el riesgo de desastres y que se integre plenamente en los procesos de planificación. Si bien la perspectiva transfronteriza de las cuencas forma parte de un importante debate internacional de larga trayectoria política y jurídica, se ha explorado poco en los casos empíricos de las cuencas transfronterizas de México y Guatemala.

A lo largo de la revisión de las políticas de salud del nivel nacional, no encontramos políticas locales con enfoque de cuenca, es decir, un abordaje integral de los riesgos ambientales y de salud en una región que comparte recursos y riesgos sociales y ambientales. Por tanto, actualmente la aplicación de las políticas de salud muestra un carácter predominantemente fronterizo, con consideración exclusiva

para el territorio de ambos países, carente de una visión transfronteriza y que agudiza las problemáticas de manejo de enfermedades que se comparten. La existencia de la frontera entre México y Guatemala es un límite político que en la práctica se convierte en una barrera que limita la proyección de las políticas relacionadas con la salud. La prevención y atención de enfermedades ya sea por vectores o por la transmisión de personas que se mueven de un país a otro, va más allá de la división internacional y se agudizan por la escasez de los recursos materiales y humanos en los servicios de salud y la movilidad poblacional. En cambio, una visión y cooperación transfronteriza implicaría reconocer la situación precisa de las condiciones de salud, los contextos socioeconómicos, los riesgos para la salud y los abordajes integrales con esfuerzos de políticas transfronterizas y cooperación internacional, hasta ahora inexistentes en los temas de salud pública nacionales en México y Guatemala. ■

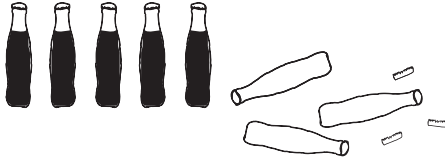
Bibliografía

- Álvarez, G.; M.R. Araujo y M. del C, Arellano. 2018. Alimentación y salud ante el Cambio Climático en la meseta comiteca en Chiapas, México. *Estudios Sociales* 28(52):1–27.
- Alvarez, G. y H. Laako. 2015. Entre recursos y riesgos compartidos: La necesaria construcción de una visión crítica de cuenca transfronteriza en el río Grijalva. *Frontera Norte* 27(54): 73–98.
- Avila, G. 2017. *Conservación de Los Lagos de Montebello, un esfuerzo entre sociedad, gobierno y academia*. Universidad Autónoma de México. 120 Páginas. Disponible en: https://www.posgrado.unam.mx/publicaciones/ant_col-posg/77_montebello.pdf
- Becerril-Montekio, V. y L. López-Dávila. 2011. Sistema de Salud de Guatemala. *Salud Pública México*. 53 supl 2:5197–5208.
- Breilh, J. 2013. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 31(supl 1): 513–527.
- Comisión de Asuntos Fronterizos Sur. 2019. *Programa de Trabajo. Senado de la República. Gobierno de México*. 15 páginas. Disponible en http://www.senado.gob.mx/comisiones/asuntos_fronterizos_sur/docs/Programa1_LXII.pdf
- Consejo Nacional de Población. 2010. *Índices de marginación en México*. Gobierno de México. 117 páginas. Disponible en www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_marginina/mf2010/CapituloPDF/Anexo%20B2.pdf
- García, R. 2011. Interdiscipliniedad y sistemas complejos. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*. Vol. 1(1):1–37. Disponible en http://contenidosabiertos.academica.mx/jspui/bitstream/987654321/504/1/interdiscipliniedad_y_sistemas_complejos.pdf
- Gobierno de La República. 2013. *Plan Nacional de Desarrollo. Programa Sectorial de Salud 2013–2018*. S/p. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013
- González-Espinoza, M. y C. Brunel. 2014. *Montañas, pueblos y agua. Dimensiones y realidades de la Cuenca Grijalva*. El Colegio de la Frontera Sur y Juan Pablos Editores, México. 431 pp.
- Kauffer, E. 2013. *Cuencas en Tabasco: Una visión a contracorriente*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México. 218 pp.
- Laurell, A. 1981. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 7–25.

- Laurell, A. 2016. Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 34(2):293-314. Disponible en <http://dx.doi.org/10.5209/CRLA.53458>
- López, F.J. 1992. El control de las enfermedades transmitidas por vector. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 113(2):1-8. Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16448/v113n2p172.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mili, S. 2005. Transformaciones del consumo alimentario y su repercusión en el sistema agroalimentario. *Rev. Española Estudios Agrosociales y Pesquería*. 205, 221-250.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia social. 2016a. *Reforma del MSPAS Guatemala*. Ministerio de Salud de Guatemala. S/p. Disponible en <http://190.104.117.163/2013/Julio/esa-lud/contenido/ponencias/Guatemala/Estrategias%20esalud%20mispas.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2016b. *Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, MAEC. MSPAS Guatemala*. S/p. Disponible en <http://almacenes.mispas.gob.gt/descargas/2016/publicaciones/MODELOATENCIÓNENFERMEDADESCRÓNICASAGOSTO2016.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2016c. *Programa Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Cáncer*. Ministerio de Salud de Guatemala. S/p. Disponible en <http://almacenes.mispas.gob.gt/descargas/2016/publicaciones/PlanEstratEgic020162020Julio2016.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. 2017. *Morbilidad y Mortalidad, 20 principales causas*. S/p. Disponible en <https://sigsa.mispas.gob.gt/datos-de-salud/morbilidad/principales-causas-de-morbilidad-y-mortalidad>
- Morales-López, M. 2018. *Percepciones sobre las transformaciones alimentarias y su relación con los programas Procampo y Prospera en dos localidades rurales de Chiapas*. Tesis de maestría. El Colegio de la Frontera Sur. México. 75 Páginas.
- Ojeda-Medina, T. 2019. La Cooperación Sur-Sur Transfronteriza como Herramienta para la Implementación de la Agenda 2030 y los ODS 47. En L. Bendelac y M. G. Ramírez (Coords.). *La cooperación transfronteriza para el desarrollo*. Editorial País. Disponible en https://www.academia.edu/38125971/Cooperación_Sur-Sur_transfronteriza
- Organización Mundial de la Salud. 2008. *Determinantes sociales de la salud*. S/p. Disponible en https://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Panamericana de la Salud. 2011. *Enfermedades transmisibles*. S/p. Disponible en http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=500:enfermedades-transmisibles&Itemid=405
- Organización Panamericana de la Salud. 2011. *Estrategia Nacional de Gestión Integrada de Prevención y Control del Dengue Guatemala 2004*. S/p. Disponible en www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=712&Itemid=101&limitstart=32

- Ruíz-Montoya, L.; G. Alvarez-Gordillo; N. Ramírez-Marcial y B. Cruz-Salazar. 2017. *Vulnerabilidad social y biológica ante el cambio climático en la Reserva de la Biosfera Selva El Ocote*. El Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. 622 pp.
- Secretaría de Gobernación. 1984. *Programa Nacional de Salud 1984-1988*. Diario Oficial de la Federación 23/08/84. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4684764&fecha=23/08/1984
- Secretaría de Salud. 2002. *El sistema de salud mexicano, una historia de casi 60 años*. Secretaría de Salud de México. s/p. Disponible en http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html
- Secretaría de Salud. 2001a. *Equidad, Calidad y protección financiera, ejes del Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de salud*. 202 Páginas. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001
- Secretaría de Salud. 2001b. *Programa de Acción: Enfermedades Transmitidas por Vector*. 2001. Secretaría de Salud de México. 74 Páginas. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/vectoros.pdf>
- Secretaría de Salud en Chiapas. 2012. *Programa institucional de la Secretaría de Salud 2007-2012*. Secretaría de Salud del Estado de Chiapas. 69 Páginas. Disponible en http://www.haciendachiapas.gob.mx/planeacion/Informacion/Programacion_Sectorial/Programas_Institucionales/pdfs/27PROG_INST_SALUD_060907.pdf
- Secretaría de Salud. (2013a). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. Secretaría de Salud del Estado de Chiapas. 141 Páginas. Disponible en <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/Prosesa-2013-2018.pdf>
- Secretaría de Salud. 2013b. *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, Chiapas*. Secretaría de Salud del Estado de Chiapas. 61 Páginas. Disponible en <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EstrategiasOdcchiapas.pdf>
- Secretaría de Gobernación. 2015. Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores. *Diario Oficial de la Federación*. DOF:16/04/2014. Disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5389045&fecha=16/04/2015
- Uribe, G. y P. Abrantes. 2013. Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades? *Perfiles latinoamericanos* 21(42), 135-162. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532013000200006&lng=es&tlng=es

CAPÍTULO



**Políticas mexicanas de salud alimentaria y
el panorama alimentario en la
Meseta comiteca, Chiapas, México**

María Raimunda Araújo Santana*
Guadalupe del Carmen Alvarez Gordillo

* INSTITUTO TRILHAS, CAPACITACIÓN PROFESIONAL
E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.
raybr23@gmail.com

Las políticas mexicanas de seguridad alimentaria han sido implementadas para elevar la producción de alimentos en las áreas marginadas. La población rural, en su mayoría, se encuentra en situación de pobreza y sin garantías de disponibilidad, acceso, utilización y estabilidad de los alimentos, que son los pilares claves de seguridad alimentaria. El objetivo de este trabajo fue proporcionar, mediante una revisión bibliográfica, una perspectiva general sobre las políticas de seguridad alimentaria de México y su relación con la problemática alimentaria existente en la Meseta Comiteca de Chiapas. La información se obtuvo de la literatura existente sobre políticas alimentarias y de bases de datos oficiales nacionales, estatales y de la Meseta Comiteca. Las políticas de seguridad alimentaria se han implementado mediante programas asistenciales. El enfoque de estos programas ha sido el aumento del consumo de alimentos, subsidios para la producción agrícola y ganadera, control de precios y sistemas de almacenes. Los programas de seguridad alimentaria no cuentan con medios de evaluación y seguimiento que permitan apreciar sus impactos en la región. En conclusión, la población de la Meseta Comiteca se encuentra en condiciones de inseguridad alimentaria a pesar de que los programas nacionales han destinado recursos económicos para promover la producción de alimentos. Sin embargo, en dichos programas no se han tomado en cuenta los problemas asociados al acceso a la tierra, el mercado, los precios de los insumos para producción y de productos básicos de alimentos, que junto con otros factores sociales, políticos, culturales y ambientales como el cambio climático, deterioran el panorama alimentario de la región Meseta Comiteca. ■

PALABRAS CLAVE

Alimentación · Acceso · disponibilidad ·
Producción de alimentos · programa

Introducción

Las políticas alimentarias se refieren a las decisiones de los gobiernos asociadas con la producción, control, la inspección y la distribución de alimentos y que pueden contribuir a transformar los sistemas y los entornos alimentarios, tanto para incrementar la disponibilidad y el acceso, como el consumo de alimentos saludables mediante políticas que promuevan la oferta de alimentos saludables como la agricultura familiar (FAO y OPS, 2018).

El diseño de estas políticas se ha orientado en dos perspectivas: la soberanía alimentaria que surgió a partir de iniciativas críticas de grupos de instituciones de la sociedad civil, y la seguridad alimentaria originada de la visión de los Organismos Multilaterales (OM) (López-Giraldo y Franco-Giraldo, 2015).

La iniciativa y cooperación de los OM, como el Banco Mundial (BM), han sido relevantes para incidir en acciones globales y en políticas públicas nacionales y de manera especial, la Asamblea General de las Naciones Unidas ha jugado un papel sobresaliente en el establecimiento de objetivos, metas y estrategias internacionales de desarrollo y de la cooperación internacional (Enríquez, 2016). A partir de la década de los sesenta, los objetivos relativos a la salud, la eliminación o reducción del hambre, la supervivencia y el acceso al agua y al saneamiento ganaron relevancia en las agendas de los organismos internacionales.

En todo el mundo, se estima que 821 millones de personas, aproximadamente, una de cada nueve está subalimentada (FAO, FIDA, UNICEF, PMA y OMS; 2018). En México, en el año 2012, el 70 % de la población se ubicó en alguna categoría de inseguridad alimentaria. De la población más afectada, el 80.8 %, habitaba en zonas rurales; el 76.2 % se encontraba en el sur del país, el 86 % se ubicaba en el quintil más bajo de condiciones de bienestar y el 83.9 % era hablante de alguna lengua indígena (Mundo-Rosas *et al.*, 2018). En este país, las políticas públicas alimentarias se han implementado, a partir de la mitad del siglo XX, en respuesta a la problemática del hambre y malnutrición, temas que han incentivado la puesta en marcha de políticas y programas que en un principio, privilegiaron el aumento y mejora de la producción agropecuaria (Barquera *et al.*, 2001), la producción en gran escala de alimentos, dando lugar a la revolución verde (CueLLar, 2011), la inclusión de algunas estrategias locales para lograr la autosuficiencia de las familias rurales más necesitadas (Soria y Palacios,

2014) y en general, como una vía para mejorar las condiciones alimentarias y nutricionales de su población (Espinoza-Ramos y Rodríguez-Ramos, 2018).

En este contexto, las políticas alimentarias, han sido investigadas usualmente para aportar evidencias sobre la mitigación del hambre y los impactos que estas políticas han tenido en sus áreas de cobertura. Autores como Barquera *et al.* (2001), Gallardo y García (2010), Rodríguez (2011); Cuellar (2011); Gutiérrez (2012), Santarsiero (2012), Soria (2014) y Espinoza-Ramos y Rodríguez-Gómez (2018), enfatizan la necesidad de información sobre los efectos de las políticas y programas de seguridad alimentaria, en particular, a nivel estatal. Para el Estado de Chiapas, la literatura que aborda el tema de la seguridad alimentaria es aún limitada. Se disponen de estudios sobre alimentación y suficiencia energética a nivel comunitario (Reyes *et al.*, 2007), análisis y clasificación de la seguridad alimentaria a nivel micro regional (Román y Hernández, 2010), las políticas, programas y acciones de desarrollo social enfocados a cumplir los objetivos de desarrollo del milenio (ODM; Gutiérrez, 2012), la frecuencia y distribución de la seguridad alimentaria a nivel de hogares (Martínez, *et al.*, 2015) y alimentación cotidiana y especial a nivel en comunidades (Gómez, 2017), pero para la región de la Meseta Comiteca esta información es prácticamente nula.

El objetivo de este trabajo fue proporcionar, mediante revisión bibliográfica, una perspectiva general sobre las políticas de seguridad alimentaria de México y algunas relaciones con esta misma problemática en toda la Meseta Comiteca de Chiapas, México.

Políticas públicas, política alimentaria y seguridad alimentaria.

La política pública es en la actualidad, un tema emergente que se plantea en los análisis sociales, en las cuestiones de políticas de reducción de la pobreza y acciones destinadas a resolver problemas públicos. La Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) promulgada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), estableció la reducción de la pobreza extrema en el mundo a la mitad, como uno de los objetivos más importantes de la política de desarrollo internacional.

La consideración de que la alimentación es un requisito para la supervivencia, el bienestar y una necesidad humana fundamental llevó a la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas a es-

tablecer –en los años ochenta–, que se conmemore el Día Mundial de la Alimentación el 16 de octubre, con la finalidad de sensibilizar a la población y los gobiernos del mundo acerca de los problemas alimentarios y la importancia de emprender acciones para erradicar el hambre (Cámara, 2016). Para ello, es necesario que las regiones y países cuenten con políticas de seguridad alimentaria para la erradicación del hambre y la pobreza, y la mejora de los niveles de bienestar social de la población (Espinosa-Ramos y Rodríguez, 2018). La política alimentaria hace referencia a la actividad del gobierno que se encarga de regular la producción, controlar, supervisar y distribuir los alimentos. El objetivo de esta política es incrementar la disponibilidad, el acceso y el consumo de alimentos saludables (FAO y OPS, 2018).

Seguridad alimentaria.

Las primeras nociones sobre seguridad alimentaria surgieron en la década de 1940, durante la Segunda Guerra Mundial. En las décadas de los años 50 y 60, las políticas alimentarias y agrícolas se fundamentaron en la producción, el incremento de la productividad y la comercialización de los principales productos básicos, principalmente el trigo y el arroz; con ello se dejó de lado la «liberalización de la miseria» pues no hubo registro de disminución de la pobreza (Soria y Palacio, 2014). En 1974, en el marco de la Conferencia Mundial para la Alimentación se formula el concepto de seguridad alimentaria basado en la producción y disponibilidad alimentaria a nivel global y nacional. En la década de los ochenta, se añadió la noción del acceso, tanto económico como físico. De ahí que, en los años ochenta el concepto de seguridad alimentaria –*food security*– recogió una preocupación extendida por el acceso a los alimentos. En efecto, la oferta o disponibilidad de alimentos no garantizaba el acceso de la población, situación que se presentó abiertamente mediatizada por conflictos políticos y por crisis ambientales.

En 1996, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), celebró la Cumbre Mundial de la Alimentación (CMA) en la que se definió que la seguridad alimentaria «a nivel de individuo, hogar, nación y global, se consigue cuando todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico y económico a suficiente alimento, seguro y nutritivo, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana». De acuerdo con la FAO (2013), la seguridad alimentaria

se asocia normalmente con la producción de alimentos y ésta es el resultado de un sistema alimentario que tiene tres componentes de análisis: disponibilidad, acceso y utilización biológica de los alimentos.

DISPONIBILIDAD. se refiere a la cantidad, el tipo y la calidad de los mismos. Los alimentos pueden estar disponibles a través de la producción, la distribución y el intercambio. La disponibilidad de alimentos se puede estimar a nivel regional, nacional, distrital o comunitario.

ACCESO. Depende de la asequibilidad, la ubicación y las preferencias sociales y se refiere a la capacidad de un hogar de adquirir cantidades suficientes de alimentos mediante uno o una combinación de medios, sea producción o existencias propias, compra, trueque, obsequios, préstamos y asistencia alimentaria.

UTILIZACIÓN BIOLÓGICA DE LOS ALIMENTOS. Se refiere al valor nutricional de los mismos, al valor social que les da y su inocuidad. Este componente se relaciona con el uso que hacen los hogares de los alimentos a los que tienen acceso y a la capacidad de los individuos de absorber y metabolizar los nutrientes, es decir, la eficiencia del cuerpo para convertir los alimentos en nutrientes. La utilización de los alimentos está determinada por las formas en las que se almacena, procesa y preparan los alimentos, incluyendo el agua, el combustible para cocinar y las condiciones higiénicas; prácticas de alimentación, en especial para los individuos con necesidades nutricionales especiales tales como bebés, niños pequeños, adultos mayores, enfermos y mujeres embarazadas o lactantes; distribución de los alimentos dentro del hogar y la medida en la que ésta corresponde con las necesidades nutricionales de los individuos –crecimiento, lactancia y estado de salud de cada miembro del hogar–. En este caso, puede que los alimentos estén disponibles y accesibles, pero que ciertos miembros del hogar no puedan beneficiarse plenamente de ellos porque no reciben una proporción adecuada de alimentos en términos de cantidad y diversidad o debido a que sus cuerpos no pueden absorberlos ya sea porque los alimentos están mal preparados o por enfermedad. Estos tres componentes de la seguridad alimentaria se ven influidos por el bienestar social y medioambiental, que incluye impulsores de cambio como la demografía, la economía, la cubierta terrestre y la disponibilidad de agua (FAO, 2013).

Para 2011, la FAO (2019) integra un cuarto componente de «Estabilidad» que se refiere a la dependencia de importaciones, tierra arable con sistemas de riego, la estabilidad política y la variabilidad de la producción de alimentos *per cápita*. Así mismo, propone una serie

de indicadores para evaluar los cuatro componentes (FAO, 2019), de los cuales para esta investigación retomamos información pero que no se encuentran completos o actualizados para proponer una evaluación de impacto o las relaciones directas de la implementación de las políticas. Este trabajo es un acercamiento a propuestas locales que integren líneas o ejes para evaluar políticas de seguridad alimentaria en contextos socioculturales diversos y en pobreza y vulnerabilidad social.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica acerca de las políticas y programas relacionados con la seguridad alimentaria en México. La búsqueda de la información se realizó en fuentes secundarias mediante buscadores y las bases de datos oficiales. Para analizar los aspectos de historia y evolución de las políticas mexicanas de seguridad alimentaria de 1922 a 2010, se recurrió a la revisión de los trabajos realizados por Barquera *et al.*, 2001; Cuellar, 2011; Santarsiero, 2012; FAO, 2013 y 2018, entre otros. Tales fuentes se usaron para determinar las características socioeconómicas de la región Meseta Comiteca, se revisaron los datos de censos socioeconómicos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), además de información del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Para determinar la situación de la población en cuanto a marginación y pobreza alimentaria en la región integrada por los municipios Comitán de Domínguez, La Independencia, Las Margaritas, Las Rosas, La Trinitaria, Tzimat y Maravilla Tenejapa se revisaron los datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y del Programa Regional de Desarrollo de Chiapas 2013-2018 del Gobierno de Chiapas (2012).

Políticas y programas de seguridad alimentaria implementadas en México

En México, los primeros programas y políticas asociadas a la alimentación y la nutrición surgieron a partir de 1922 y se caracterizaron como programas asistenciales (Barquera *et al.*, 2001; Cuellar, 2011; Santarsiero, 2012) centrados en la seguridad alimentaria: Programa Emergente de Maíz y Frijol (PROMAF) y el Programa Estratégico de Seguridad Alimentaria (PESA; Cuellar, 2011; SAGARPA, 2012; CONEVAL, 2015; Tabla 3.1).

Aunque la estrategia del programa de subsidio a la producción consistió en la organización de cooperativas populares, préstamos a los

TABLA 3.1 · Políticas y programas relacionados con la
seguridad alimentaria en México (1922-2010)

Política /Programa	Período	Propósito
Programas asistenciales y subsidios a la producción.	1922 -1925	Mejorar la nutrición. Aumentar la producción agrícola y ganadera.
Almacenes Nacionales de Depósito.	1936-1937	Controlar precios de granos en el mercado. Mejorar el acceso a los artículos de consumo de primera necesidad.
Mecanización de la Agricultura. Iodación de la sal.	1940 – 1944	Mejorar la producción y el estado de nutrición de la población. Educar a la población económicamente débil. Disminuir enfermedades por deficiencia del yodo.
Programa de Abasto Popular.	1946 a 1950	Abaratar el costo de artículos alimentarios en el mercado y mejorar la producción.
Precios de garantía de frijol y maíz.	1953-1958	Regular precios de frijol y maíz. Protección del consumidor.
Precios de garantía de arroz y trigo.	1960 -1965	Regular precios de productos agrícolas.
Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Sistema Alimentario Mexicano (SAM). Programa de Apoyo al Comercio Ejidal.	1970 - 1980	Educar a la población en hábitos de alimentación. Subsidiar a la producción y mejorar el estado nutricional de la población. Aumentar el poder de negociación de los campesinos en el mercado de granos.
Programa Nacional de Alimentación (PRONAL). Planes de emergencia . Pacto de solidaridad económica.	1980-1990	Aumentar el consumo de alimentos en zonas vulnerables. Proteger la seguridad alimentaria de los afectados por el temblor.
Programa Integral Solidaridad. Programa de Educación Salud y Alimentación (PROGRESA).	1990 -2000	Elevar el nivel de salud de la población rural, urbana e indígena con altos índices de marginación.
Programa Emergente de Maíz y Frijol (PROMAF). Programa Estratégico de Seguridad Alimentaria (PESA).	2000-2010 a la fecha	Incrementar la producción y productividad de maíz y frijol. Contribuir al desarrollo de capacidades para identificar y resolver problemas de seguridad alimentaria.
Programa de Maíz Solidario (PMS) Chiapas.	2010...	Impulsar la siembra y producción de maíz en Chiapas.

productores, combate a plagas de la agricultura, exposición nacional ganadera y control de la producción lechera (Barquera *et al.*, 2001), la Organización Mundial del Comercio (OMC) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) han catalogado estos programas como altamente distorsionantes del comercio internacional, por lo que recomiendan usarlo en menor medida posible, debido a que el subsidio genera un uso más ineficiente del insumo en el conjunto de la economía (Cuellar, 2011).

La década de los cincuenta fue marcada por estrategias de control de precios de artículos básicos de subsistencia, principalmente de frijol y maíz, así como de vigilancia y dirección de la economía nacional. No hay duda que la mayoría de los programas y políticas asociadas han apoyado en la mejora de la nutrición y de la producción agrícola, sin embargo, la experiencia de México en materia de políticas de alimentación y nutrición se inicia en la década de los sesenta, con los programas de intervención estatal para subsidiar el consumo de alimento en el país y aunado a esto, el incremento en el ingreso de los productores mediante los precios de garantía. Entre las políticas de subsidios, se destaca la creación de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) en 1962. Este programa se consolidó como un sistema de subsidios a los consumos populares (cereales, tortilla de maíz, leche, etc.) hasta mediados de los años setenta.

A partir de las políticas y programas orientados a mejorar la nutrición y las transformaciones de la política alimentaria de los años noventa, la década siguiente se caracterizó por dar continuidad a las iniciativas de mejorar las condiciones de vida y nutricionales de la población. En el periodo de 2000 a 2010, se consolidaron estrategias para elevar la producción en áreas marginadas con la implementación de los programas ligados directamente a la seguridad alimentaria: 1) El Programa Emergente de Maíz y Frijol (PROMAF) y 2) el Programa Estratégico de Seguridad Alimentaria (PESA) donde se conjuntan esfuerzos del Gobierno Federal y la FAO, los cuales se describen a continuación.

1. El Programa Emergente de Maíz y Frijol (PROMAF). El PROMAF se diseñó para incrementar la producción y productividad de maíz y frijol a productores poseedores de superficies de tierra con cinco hectáreas o menos y que estuvieran integrados en organizaciones sociales legalmente constituidas en propiedad o posesión de superficie agrícola con medio o alto

potencial productivo, conforme a la clasificación del Instituto Nacional de Investigaciones Forestales, Agrícolas y Pecuarias (INIFAP). Los productores reciben los beneficios y pueden permanecer hasta tres años en el programa con la condición de que en el segundo y tercer año de participación se recupere al menos 60 % de los apoyos recibidos (SAGARPA, 2012). Mediante la aplicación de paquetes tecnológicos mejorados y adecuados a las regiones se provén apoyos directos para el acompañamiento técnico, formular proyectos, desarrollo organizativo y construcción de infraestructura básica productiva (Cuellar, 2011; SAGARPA, 2012).

2. Proyecto Especial para la Seguridad Alimentaria (PESA). Desde 2002, la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), han promovido el PESA. El objetivo de este proyecto fue contribuir al desarrollo de capacidades de las personas y su agricultura familiar en localidades rurales de alta y muy alta marginación, para incrementar la producción agropecuaria, innovar los sistemas de producción, desarrollar los mercados locales, promover el uso de alimentos y la generación de empleos a fin de lograr su seguridad alimentaria y el incremento en el ingreso (SAGARPA, 2013). Cruzada Nacional Contra el Hambre. En 2013 el Gobierno Federal decretó la Cruzada Contra el Hambre, una estrategia para atender a la población con pobreza extrema y con objetivos dirigidos a 1) alcanzar cero hambre a partir de una alimentación y nutrición adecuada de las personas en pobreza multidimensional extrema y carencia de acceso a la alimentación y 2) disminuir la desnutrición infantil aguda y crónica y mejorar los indicadores de peso y talla de la niñez. En 2014, la Cruzada Contra el Hambre atendió a 1 012 municipios con un total de 1.7 millones de derechohabientes (CONEVAL, 2015).

Resultados y discusión

Panorama de la seguridad alimentaria en la Meseta Comiteca, Chiapas

La Región Meseta Comiteca es una de las quince regiones socioeconómicas del estado de Chiapas. Cuenta con una superficie de 7 243.35 km²

(10 % de la superficie estatal) y se integra por siete municipios localizados en la parte este del estado: Comitán de Domínguez, La independencia, Las Margaritas, Las Rosas, La Trinitaria, Tzimol y Maravilla Tenejapa. Colinda al norte y este con la Región XII Selva Lacandona, al sur con la República de Guatemala y la Región XI Sierra Mariscal, y al oeste con las Regiones IV De Los Llanos y V Altos Tzotzil-Tzeltal (INEGI, 2010).

La región cuenta con 14 localidades urbanas y 1 393 localidades rurales y su población total es de 417 522 habitantes que corresponde al 8.7 % de la población estatal. De éstos, 48.78 % son hombres y 51.21 % mujeres. La densidad de habitantes por km² equivale a 58 % (Programa Regional de Desarrollo, 2013-2018).

Las principales actividades económicas son la agricultura, ganadería y servicios. Para las actividades agrícolas se destinan 133 702 ha, (9.5 % del total estatal) para los cultivos de maíz, frijol, café, sorgo, plátano y caña de azúcar. La ganadería bovina se explota en una superficie de 202 622 ha, (10.8 % de total de la superficie ganadera de Chiapas, con un total de 63 210 cabezas (INEGI 2010; Gobierno del Estado de Chiapas, 2012;). La población económicamente activa (PEA) es de 148 094 personas y de éstas el 79.5 % son del género masculino y 20.5 % femenino. La mayor parte de la PEA, 85 346 personas se ocupan en el sector primario (agricultura y ganadería), en el secundario 19 433 y en el terciario 50 090 personas. Comitán es el municipio que concentra el mayor número de personas en el sector terciario (36 867), y Las Margaritas registra 33 916 personas ocupadas en el sector primario (INEGI, 2010). En la región, aunque los productores tienen acceso a tierra productiva ya que cuentan con importantes superficies de tierra destinada a la producción agrícola y pecuaria, las limitantes que enfrentan los productores son la carencia de infraestructura para la producción, la falta de agua, los altos precios de insumos y pocos recursos económicos para pagar la mano de obra para trabajar la tierra, lo que no les permite mejorar sus condiciones de vida y mitigar la situación de pobreza.

De acuerdo con los datos de CONEVAL (2010) en su reporte de medición de la pobreza, la región Meseta Comiteca presenta un 83.4 % de su población en situación de pobreza; 40.3 % en pobreza extrema y 43.1 % en pobreza moderada. A su vez, Martínez *et al.*, (2015), en un estudio sobre inseguridad alimentaria y vulnerabilidad social en Chiapas encontraron que 78 y 80 % de la población de Chiapas se encuentra en situación de inseguridad alimentaria; 43 % se

clasifica en forma leve, 25 % en la moderada y 15 % en la modalidad severa. Las categorías más acentuadas de inseguridad alimentaria son moderada y severa. Asimismo, los beneficiarios del programa Oportunidades: 44 % de los hogares en las categorías de inseguridad alimentaria moderada y severa y solo 13 % presentaron seguridad alimentaria.

Los datos referentes a la carencia social muestran que 192 485 personas presentan rezago educativo, 168 748 personas con carencia por falta de acceso a servicios de salud –el cual es el más alto– 394 964 con carencia por acceso a la seguridad social, 103 917 con carencia por calidad y espacios en la vivienda y 132 789 personas (el más alto para la región) por carencia por acceso a la alimentación (Tabla 3.2). El ingreso promedio *per cápita* mensual es de 918.53 pesos, mientras que el ingreso por hogar asciende a 3 344.99 pesos mensuales. En este se integran los ingresos provenientes de trabajos realizados (75.03 %), transferencias (24 %), rentas (0.84 %) y otros ingresos (0.51 %) (Gobierno del Estado de Chiapas, 2012; INEGI, 2010).

Las carencias por acceso a la alimentación muestra que las actividades agrícolas y pecuarias de la región, así como los bajos e insuficientes ingresos de los productores no les permiten cubrir sus necesidades básicas de alimentación. Es así que el PESA en 2015 asignó recursos al estado de Chiapas con un total de 446 4 millones de pesos, más del doble de lo asignado en 2007, que fue de 200 millones de pesos. De acuerdo con SAGARPA (2012), los efectos del PESA en cuanto a la disponibilidad y acceso a los alimentos señala que de

TABLA 3.2 • Políticas y programas relacionados con la
seguridad alimentaria en México (1922-2010)

Estado/Municipio	Población total	Situación de pobreza	Pobreza moderada	Pobreza extrema	Pobreza alimentaria
			%		
Comitán de Domínguez	141 013	66.4	16.6	49.8	27.3
La Independencia	41 266	92.3	49.5	42.9	25.2
Las Margaritas	111 484		60.8	32.2	---
Las Rosas	25 530	89.8	43.9	45.8	39.1
La Trinitaria	72 769	85.3	37.4	47.9	24.6
Tzimol	14 009	89.0	34.0	55.0	29.9
Maravilla Tenejapa	11 451	95.8	68.2	27.6	45.7

2007 a 2012 el PESA realizó 400 mil 561 acciones para el desarrollo de hogar saludable, producción de alimentos y generación de ingresos, dando asesoramiento directo de más de 2 044 facilitadores.

A pesar de los apoyos mencionados, los estudios realizados sobre seguridad e inseguridad alimentaria en Chiapas han documentado ampliamente que la mayor parte de la población se encuentra en situación de pobreza alimentaria (Gómez, 2017; Martínez *et al.*, 2015; Román y Hernández, 2010; Reyes *et al.*, 2007). De acuerdo con las estimaciones de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) dos de cada tres personas que vive en el campo padecen de situación de pobreza. Esta situación se concentra principalmente en los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas, donde se encuentran los índices más altos de desnutrición, pobreza y marginación (Zamora, 2011). Román y Hernández (2010) analizaron la seguridad alimentaria (suficiencia, acceso, seguridad y tiempo) a partir de los medios de vida de las familias en tres microrregiones del municipio de Oxchuc en el estado de Chiapas (Pashtónticjá, El Tzay y Oxchuc), y encontraron que la población recibe más de un salario mínimo, y aun así no se alcanza a cubrir el costo de la canasta básica total, que es de casi 65 mil pesos anuales para una familia promedio rural. También encontraron que el gasto familiar está asociado al tipo de actividad productiva que realizan; por ejemplo en la microrregión de El Tzay, que destina una porción importante de las tierras para la producción de café comercial y el cultivo de milpa es de baja producción, las familias recurren a la compra de alimentos. La pobreza y el deterioro de la seguridad alimentaria están estrechamente asociados a la falta de acceso a la tierra productiva, poca o nula diversificación de las fuentes de ingreso y al incremento en los precios de los alimentos. En este sentido, el Banco de México estimó que el incremento en el precio de los alimentos en el periodo de 2008 a 2010 fue de 21.2%, cuando las personas que habitan en el medio rural tienen un ingreso mínimo de \$ 773 pesos (64.5 USD) para comprar la canasta básica (Zamora, 2011).

POLÍTICAS Y LA PROBLEMÁTICA ALIMENTARIA

Las políticas y programas que incluyen mecanismos de ayuda alimentaria están directamente relacionados con la problemática alimentaria de la región meseta comiteca, debido a que, por un lado, los objetivos de estos programas y políticas buscan atender a localidades rurales de alta y muy alta marginación para impulsar e incrementar la producción agropecuaria, así como incentivar el uso de

alimentos y la generación de empleos a fin de lograr su seguridad alimentaria y el incremento en el ingreso (CONEVAL, 2014). Por otro lado, la región meseta comiteca está situada en estado de Chiapas, donde el 32.2 % de la población se encuentra en pobreza extrema ocupando el primer lugar nacional en esta condición, tres veces más que el promedio nacional y también ocupando un lugar importante en el presupuesto asignado al combate de la pobreza (Villafuerte, 2014).

En términos de cobertura y asignación de presupuesto para Chiapas, estas políticas y programas han fusionado esfuerzos para combatir el hambre y la pobreza, de tal forma que la Cruzada Nacional contra el Hambre decretada en 2013 incluyó 55 de los 118 municipios que integran esta entidad, de los cuales 25 presentan una situación de extrema vulnerabilidad; sin embargo, hace dos décadas eran líderes en la producción de granos básicos (Villafuerte, 2014). Asimismo, los resultados de la evaluación del PESA mostraron que los apoyos asignados para impulsar la producción de alimentos y generación de ingresos en Chiapas ascendieron de 200 millones en 2007 a 446.4 millones en 2015 (CONEVAL, 2015). Para el 2012, el Gobierno Federal otorgó 82 253 850 pesos para el desarrollo de 20 proyectos, los cuales beneficiaron a 1 632 productores (CONEVAL, 2014).

SITUACIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE ALIMENTOS

En términos de producción agropecuaria, los efectos de las políticas son contrarios a lo esperado para una región con vocación agropecuaria. Los datos de la última década muestran una considerable disminución de la superficie sembrada en hectáreas para cultivos de granos básicos. Para 2016 la superficie fue de 1 483 hectáreas con respecto a 2 957 en 2003; aunque en el valor de producción se registró un incremento favorable de 17 330 303 pasando a 23 467 883 para este mismo periodo (Flores, 2019). Entre las actividades productivas se destinan 133 702 hectáreas para la agricultura (9.5 % del total estatal), resaltando los cultivos de maíz, frijol, café, tomate, sorgo, plátano y caña de azúcar (INEGI, 2010).

En la región, otro aspecto de las políticas que afecta la alimentación ha sido el aumento de los precios de los productos agropecuarios. Para los pequeños productores agrícolas, el incremento de los precios de los insumos de producción y de los productos de la canasta básica, disminuye la capacidad de acceso a alimentos de calidad. Los altos precios de estos productos se vinculan con la crisis económica mundial de 2007–2008 que trajo consigo el encarecimiento de los

productos de la canasta básica, afectando la seguridad alimentaria de millones de personas y dificultando el acceso a los alimentos por parte de las poblaciones pobres y vulnerables (Friedrich, 2014). A partir de esta crisis se incrementaron los precios del huevo, tortillas, pan, el pollo, la carne, entre otros, y ocurrió el incremento mensual de la gasolina, gas; y en general el aumento mensual de los energéticos; y por consecuencia los hogares tienen que adquirir menor cantidad de alimentos o consumir otros de menor precio y calidad (Torres, 2015).

Para 2014 el caso de la región meseta Comiteca, el ingreso promedio per cápita mensual fue de 918.53 pesos, mientras que el ingreso por hogar sumaba 3 344.99 pesos mensuales; estos ingresos son integrados por trabajos realizados (75.03 %), transferencias (23.62 %), rentas (0.84 %), y de otros ingresos (0.51 %; Gobierno del Estado de Chiapas, 2014). Para las familias, los bajos ingresos limitan el acceso a los alimentos y la reducción de la producción de subsistencia, lo que ha generado percepciones de escasez de alimentos (Álvarez *et al.*, 2017). Referente al gasto en alimentos, los resultados del Diagnóstico sobre Alimentación y Nutrición de CONEVAL (2015), revelan que el gasto en alimentos es proporcionalmente mayor entre los hogares de menores ingresos; los hogares con ingresos más bajos destinan en promedio 46 % del gasto total del hogar a alimentos, mientras que este porcentaje disminuye a 13,7 % en los hogares de ingresos más altos.

LOS EFECTOS DE LAS POLÍTICAS EN LOS PATRONES ALIMENTARIOS

A partir de la década de 1980, los efectos de la apertura del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) y con ello, la apertura comercial y la globalización de los mercados internacionales, se han reflejado en la reducción de los apoyos para la agricultura de subsistencia y en el surgimiento de importantes cambios en las prácticas de consumo alimentario (Torres, 2015). En el caso de la meseta comiteca, Álvarez *et al.* (2017), reportaron los cambios en los patrones alimenticios para dos localidades de esta región. Los autores señalan que los cambios se han dado a nivel de tres generaciones, donde la alimentación de los abuelos se basaba en maíz, frijol y café cultivados en sus parcelas, y esporádicamente consumían animales de granja; pero en tan solo diez años, las prácticas alimentarias de los padres e hijos cambiaron pasando a consumir alimentos ultraprocesados, hasta el consumo de una diversidad de nuevos alimentos con niveles altos de carbohidratos y grasas. Esta situación es similar a lo que reportan

autores como Ortega (2016); Torres (2015) y Villafuerte (2014) para el contexto mexicano y chiapaneco, donde los efectos las políticas de ajuste estructural han generado una mayor subordinación al mercado con efectos en la salud y aumento de problemas de obesidad infantil; diabetes en la ciudad y en el campo; consumo de refrescos, papas, hamburguesas, pizzas y productos procesados con escaso o nulo valor nutricional; también en muchos hogares rurales se ha sustituido el consumo de maíz por harina, lo que ha generado una dependencia del mercado y ha posicionado a las empresas productoras de harina, tales como MASECA, MINSA, AGROINSA y HARIMASA.

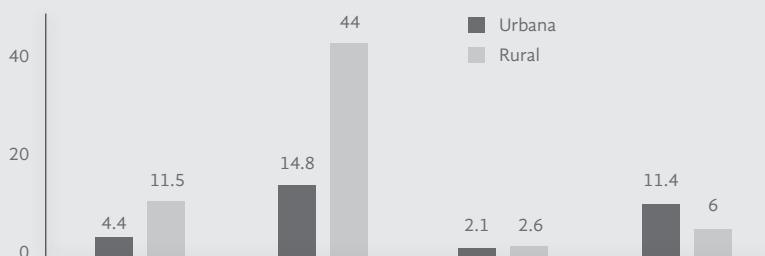
LOS EFECTOS EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN

La pobreza de la población se refleja en las causas de muerte por enfermedades carenciales como la desnutrición y enfermedades infecciosas, problemas resueltos en países desarrollados por alcanzar niveles de calidad de vida, seguridad alimentaria y acceso a servicios médicos. De los municipios que conforman la meseta comiteca, en cuatro de ellos: Las Margaritas, La Trinitaria, La Independencia y Maravilla Tenejapa, la mortalidad por desnutrición ha ocupado los primeros lugares, junto con las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias. En la revisión que realizamos desde 1995, las enfermedades crónicas como la diabetes y las isquémicas del corazón están ocupando cada vez más los primeros lugares, que epidemiológicamente se explican por los cambios en estilos de vida y transformaciones alimentarias relacionadas al desarrollo de las localidades. Sin embargo, La Trinitaria, Las Margaritas y Maravilla Tenejapa, muestran la persistencia de la desnutrición calórico proteica como primera y segunda causa de muerte (Instituto de Salud de Chiapas, 2016).

SITUACIÓN DE MALNUTRICIÓN INFANTIL Y ESCOLAR

Nos referimos al estado nutricional del grupo infantil y escolar por ser considerados mayormente vulnerados por las condiciones de desarrollo y crecimiento, así como afectados por falta de acceso a la alimentación y de servicios de salud. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2012, el porcentaje total de niños y niñas menores de cinco años que padecía algún tipo de desnutrición era de 42.2 %, y el sobrepeso y obesidad se presentó en 8.3 % (3 % más que en el 2006). La prevalencia por tipo de desnutrición fue de bajo peso 8.4 %, baja talla 31.4 % y emaciación del 2.4 %. La mayoría de los y las niñas desnutridas tuvieron un retraso en el crecimiento. Los niños

TABLA 3.2 · Estado nutricional en menores de cinco años
por área rural o urbana en Chiapas



en las zonas rurales, son más afectados por la desnutrición que en las zonas urbanas (Gráfica 3.1). Por otro lado, el 25.4 % de los niños y niñas en Chiapas padecía anemia en el 2012. Los más afectados por esta enfermedad son también los niños que viven en zonas rurales (ENSANUT, 2012).

Por otro lado, la otra cara de la malnutrición se hace notar ya en la edad escolar; el 13.8 % los niños de 5 a 11 años tenían sobrepeso y el 8.6 % obesidad. La anemia se presentó en el 13.8 % de los niños y niñas de esta edad. Según la ENSANUT (2012), el 44.5 % de los niños en Chiapas consumió una dieta con la frecuencia mínima recomendada en 2012; en contraste con el 60.3 % que lo hizo en el ámbito nacional.

Un panorama más completo sobre las prevalencias de desnutrición, sobrepeso y obesidad en menores de 5 años de edad realizada en 2018 en la Región Transfronteriza México-Guatemala, que incluye localidades de la meseta comiteca se encuentra en el capítulo ocho de este libro.

Conclusiones

Esta investigación aportó información específica de las políticas y programas de seguridad alimentaria resaltando sus acciones y repercusiones en la meseta comiteca. La literatura sobre las políticas alimentarias para el contexto mexicano y chiapaneco es abundante pero generalizada y no aborda con profundidad el ámbito local de la problemática de la región meseta comiteca.

De esta revisión se concluye que México ha hecho grandes esfuerzos para mejorar la alimentación en el país. Desde los años veinte hasta la década de los noventa, las políticas y programas alimentarios se implementaron a través de diferentes matices dado que preocupación inicial se centraba en la problemática del hambre y la malnutrición y los objetivos fueron de carácter asistencial y de otorgamiento de subsidios, los cuales persisten hasta la fecha.

A partir de las reformas de ajustes estructurales implementadas en los años ochenta, el objetivo de las políticas alimentarias se centraron en contribuir al mejoramiento del estado de la nutrición y la salud de la población. Mientras que en materia de seguridad alimentaria, hasta recientemente se implementó el Proyecto Especial para la Seguridad Alimentaria con acciones para promover la producción y uso de alimentos para la seguridad alimentaria micro regional, sin embargo, este programa de política pública aún no cuenta con instrumentos de evaluación y seguimiento que puedan arrojar datos precisos sobre sus efectos en los municipios y localidades beneficiarias y en particular, del estado de Chiapas.

La realidad de la región Meseta Comiteca muestra que las políticas alimentarias dirigidas a la región, no han podido dar soluciones a los problemas relacionados con la producción de alimentos. Por el contrario, ha empujado a los pequeños productores a buscar nuevas alternativas de ingresos fuera de sus lugares de origen y a vivir en situación de pobreza alimentaria. Se sabe que las comunidades rurales enfrentan una serie de obstáculos que afectan sus medios de subsistencia y las posibilidades de acceso al mercado.

El estado nutricional y las causas de mortalidad son ejemplos directos de la afectación de la inseguridad alimentaria en la región, que han persistido principalmente en las áreas rurales de pobreza y alta marginación. Los resultados e impactos de los programas de subsidio alimentario y de recuperación del campo, no se aprecian en la región debido a la falta de evaluación y seguimiento de los mismos. También hemos de decir que en cuestión nutricional sí se han reducido las tasas de prevalencia y mortalidad por desnutrición en Chiapas, sin embargo no ha sido homogénea a todo el estado; lo que se manifiesta en la mortalidad infantil en algunos municipios y generalmente relacionada a enfermedades infecciosas.

La condición de que la obesidad y la desnutrición coexistan, se vincula con la configuración del sistema agroalimentario actual, mismo que está enmarcado en una lógica capitalista y neoliberal. Los problemas

de rezago social y pobreza no se resuelven y al mismo tiempo se incrementa y declara como problema de salud pública al sobrepeso y obesidad.

A pesar que los programas orienten recursos económicos para promover la producción de alimentos, poco se han tomado en cuenta los problemas asociados al acceso a la tierra productiva, oportunidades de acceso al mercado y el precio de los productos básicos de alimentación, que junto con otros factores se manifiestan en el deterioro de la situación alimentaria de la población asentada en las áreas rurales.

Ante este complejo escenario, se habla ahora de soberanía alimentaria, relacionado con la movilización de diferentes grupos sociales que buscan defender los derechos de los pueblos a definir sus propias políticas alimentarias y medios de producción. Hay un renacimiento de un modelo de agricultura campesina que ofrece los beneficios a la población y al medio ambiente que no asegura el modelo agroindustrial, así como alternativas que permitan tomar nuestras propias decisiones sobre lo que comemos. Es tarea pendiente en regiones como la meseta comiteca, que en recursos naturales y biodiversidad aparece en gran riqueza, en contraste con los datos de inseguridad alimentaria que hemos presentado.

La información sobre los resultados positivos o negativos de las políticas y programas de seguridad alimentaria implementados en México y sus diversas regiones es vital para incentivar el desarrollo de investigaciones a mediano y largo plazo sobre el impacto real de estas políticas a diferentes niveles y dimensiones de la seguridad alimentaria. ■

Agradecimiento

AL FORDECYT CONACYT, *Región transfronteriza México-Guatemala: dimensión regional y bases para su desarrollo integral* (primera fase, 2017-2018).

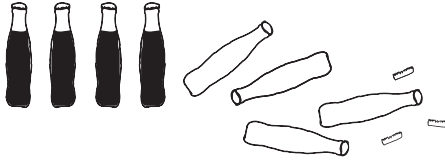
Bibliografía

- Álvarez, G.; M.R. Santana y M.C. Arellano. 2017. Alimentación y salud ante el cambio climático en la meseta comiteca en Chiapas, México. *Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 28 (52), 1-27.
- Barquera, S.; J. Rivera, y A. Gasca. 2001. Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Pública de México*, 43: 464-477.

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL. 2015. *Diagnóstico sobre alimentación. Informe ejecutivo*. s/p. Disponible en: http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/ECNCH/Documents/Diagnostico_sobre_alimentacion_y_nutricion_270715.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. 2010. *Dimensiones de la seguridad alimentaria: Evaluación estratégica de nutrición y abasto*. CONEVAL. Ciudad de México. 114 Páginas. Disponible en https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info_public/PDF_PUBLICACIONES/Dimensiones_seguridad_alimentaria_FINAL_web.pdf
- Enríquez-Pérez, I. 2016. Los senderos de los organismos internacionales en la cooperación para el desarrollo: un panorama general. *Análisis Político* 88: 105-125.
- Flores, M.L. 2019. Los alcances en la producción agrícola chiapaneca. Una reflexión sobre la soberanía alimentaria en la región. *Región y Sociedad*, 31, e1177.
- Friedrich, T. 2014. Seguridad alimentaria: Retos actuales. *Revista Cubana de Ciencia Agrícola*, 48 (4), 319 -322.
- Gobierno del Estado de Chiapas. 2012. *Programa Regional de Desarrollo de Chiapas 2013–2018. Región Meseta Comiteca Tojolabal*. Tuxtla Gutiérrez: Comité de Planeación para el Desarrollo Regional. 101 Páginas. Disponible en http://www.ped.chiapas.gob.mx/ped/wp-content/uploads/ProgReg/2013-2018/2013_PRD_15_Meseta_Comiteca_Tojolabal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2010. *Panorama sociodemográfico de los 125 municipios con menor IDH*. INEGI. México. 135 Páginas. Disponible en http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_socio/Panorama_IDH/Panorama_IDH_1.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2014. *Anuario Estadístico y Geográfico de Chiapas*. INEGI. México. 650 Páginas. Disponible en http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/anuario_14/702825066079.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2015. *Catálogo de claves de entidades federativas, municipios y localidades*. Tabla de equivalencias. INEGI. México. s/p. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/geoestadistica/catalogoclaves.aspx>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2015. *Precios e Inflación: Inflación Acumulada Anual. Índice General*. INEGI. México. s/p. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/app/indicesdepresios/Estructura.aspx?idEstructura=112001300030&T=Indices%20de%20Precios%20al%20Consumidor&ST=Inflacion%20Mensual>
- López-Giraldo, L.A. y A. Franco-Giraldo. 2015. Revisión de enfoques de políticas alimentarias: entre la seguridad y la soberanía alimentaria 2000-2013. *Cuaderno de Salud Pública* 31:1355-1369.
- Martínez, J.; N. García; L. Trujillo y L. Noriero. 2015. Inseguridad alimentaria y vulnerabilidad social en Chiapas: el rostro de la pobreza. *Nutrición Hospitalaria* 3: 475-481.
- Mundo-Rosas V.; N.I. Vizuet-Vega; J. Martínez-Domínguez; M.C. Morales-Ruán, Pérez-Escamilla y R. Shamah-Levy. 2018. Evolución de la inseguridad alimentaria en los hogares mexicanos: 2012-2016. *Salud Pública de México* 60:309-318.
- Olvera, B.; B. Schmook; C. Radel y D.A. Nazar. 2016. Efectos adversos de los programas de apoyo alimentario en los hogares rurales de Calakmul, Campeche. *Estudios Sociales* 49: 12-49.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. 2013. *Guía de capacitación – Investigación de Género y Cambio Climático en la Agricultura y la Seguridad Alimentaria para el Desarrollo*. FAO. Roma. 161 Páginas. Disponible en <http://www.fao.org/3/a-13385s.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Programa Mundial de Alimentos, Organización Mundial de la Salud. 2018. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. *Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*. FAO. Roma. 348 Páginas. Disponible en <http://www.fao.org/documents/card/es/c/ca9692e>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Organización Panamericana de la Salud. 2018. *Políticas y programas FAO y OPS*. Roma. 19 Páginas. Disponible en <http://www.fao.org/3/i8156es/i8156ES.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. 2019. *Indicadores para la seguridad alimentaria*. Sitio Web de la FAO. Disponible en <http://www.fao.org/economic/ess/ess-fs/indicadores-de-la-seguridad-alimentaria/es/#.XqC5jZR3Uo>

- Ortega, D.C. 2016. Los retos actuales de la seguridad alimentaria y nutricional: El caso mexicano de la construcción de una política de combate a la malnutrición. *Encrucijada. Revista Electrónica de Estudios en Administración Pública*, 23(1):1-14.
- Reyes, I.; A.B. Nazar; E.L. Estrada y V. Mundo. 2007. Alimentación y suficiencia energética en indígenas de los Altos de Chiapas, México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 57: 155-162.
- Rodríguez, A. 2011. Política pública para la seguridad alimentaria. En: J. Baca y E. Pérez (Ed.), *Análisis de políticas públicas para el desarrollo agrícola y rural*. Universidad Autónoma Chapingo. México. 280 Páginas.
- Román, S. y S. Hernández. 2010. Seguridad alimentaria en el municipio de Oxchuc, Chiapas. *Revista Agricultura, Sociedad y Desarrollo* 7: 71-79.
- Santarsiero, L. 2012. Las políticas sociales en el caso de la satisfacción de necesidades alimentarias. Algunos elementos conceptuales para su determinación. *Trabajo y Sociedad* 15: 159-176.
- Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación. 2012. *Sexto Informe de Labores. SAGARPA*. México. 152 Páginas. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/102889/1er_Informe_de_Labores_SAGARPA_2012_-_13.pdf
- Soria, G. y V. Palacio. 2014. El escenario actual de la alimentación en México. *Textos & Contextos* 13: 128-142.
- Torres, S.N. 2015. Políticas gubernamentales en torno al problema alimentario. En S. Padilla (Coord.) *Crisis alimentaria y la salud en México*. Castellanos Editores. México. Pp. 2015-2016.
- Villafuerte, D.S. 2014. Crisis rural, pobreza y hambre en Chiapas. *Revista Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos*, xiii (1), 13-28.

CAPÍTULO



Salud y alimentación ante el Cambio Climático

La Reserva de la Biósfera
El Ocote, Chiapas, México

Guadalupe del Carmen Alvarez Gordillo*
Adriana Caballero Roque
María del Carmen Arellano Gálvez

* Departamento de Sociedad y cultura
El Colegio de la Frontera Sur
San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México
galvarez@ecosur.mx

Con el objetivo de realizar un diagnóstico de nutrición y enfermedades infecciosas en localidades de la Reserva de la Biósfera El Ocote en Chiapas, México, se aplicó una encuesta en el año 2014 para el registro de enfermedades diarreicas, respiratorias y transmitidas por vectores, así como la medición del estado nutricional de mujeres, niñas y niños.

Se encontró una baja prevalencia de enfermedades infecciosas e intestinales relacionada con condiciones ambientales del aire y el agua, como recursos accesibles y protectores de la salud. Sin embargo, la alta vulnerabilidad social reflejada en bajos capitales políticos y organizacionales para enfrentar riesgos ante el Cambio Climático, es preocupante ante las transformaciones alimentarias y la integración de alimentos altos en carbohidratos y grasas, reflejada en la persistencia de la desnutrición e incremento de la obesidad al mismo tiempo.

Si bien la conservación de la biodiversidad es prioritaria para enfrentar el cambio climático, si no se reduce la vulnerabilidad social, los mecanismos de adaptación y resiliencia del sistema socioambiental ante el cambio climático están en constante amenaza y recrudescen la salud de poblaciones vulneradas. 🌱

PALABRAS CLAVE

Salud · Alimentación · Áreas Naturales Protegidas ·
Vulnerabilidad · Chiapas

Introducción

En este artículo presentamos un diagnóstico de nutrición y enfermedades infecciosas y su relación con el cambio climático en cuatro comunidades de la Reserva de la Biosfera Selva El Ocote, Chiapas, México. Estos resultados derivan del proyecto Vulnerabilidad social y biológica ante el Cambio Climático en la Reserva de la Biosfera Selva El Ocote (REBISO), financiado por CONACYT PDCAPN-2013-01/214659.

El Cambio Climático es un fenómeno relacionado con el aumento en la temperatura a nivel global que se manifiesta en situaciones meteorológicas extremas y ciertos efectos en la salud humana, recrudecidos entre las poblaciones de menores ingresos de los países tropicales y subtropicales. Entre estas consecuencias están la pérdida de vidas humanas y lesiones durante inundaciones, tornados, huracanes y tormentas, aumento de enfermedades transmitidas por vectores infecciosos, como mosquitos, garrapatas y roedores, y otros patógenos presentes en el agua y en el aire, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (OMS, 2003; AETS, 2007).

Los impactos del Cambio Climático sobre la salud humana se relacionan con la inseguridad alimentaria y la distribución de enfermedades transmitidas por vectores, lo que agrava el panorama de enfermedades consideradas de la pobreza como las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) e infecciones respiratorias agudas (IRAs). Las regiones del mundo con pobreza tienen limitada capacidad para adaptarse y son las más afectadas, ya que se recrudecen los problemas relacionados a la alimentación, como la desnutrición y la obesidad, éste último problema de salud pública mundial y que se relaciona con el incremento acelerado de las enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, que además representan las mayores causas de muerte e inversión en atención médica (Berrang-Ford *et al.*, 2012).

La interacción de procesos económicos, sociales, políticos y culturales a nivel mundial ha posibilitado diversas transformaciones en la dinámica social que no han resultado en oportunidades para el total de la población. En el ámbito de los procesos de salud-enfermedad-atención, no habiendo superado los problemas de la desnutrición, emergen los problemas de obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y las enfermedades isquémicas del corazón, que se han expandido en contextos rurales de alta marginación, desigualdad social, racial y de género.

La estrecha relación entre salud y Cambio Climático se expresa en las posibilidades de enfermar al no contar con agua potabilizada, aire limpio, ni alimentos suficientes, situaciones que afectan sobre todo a poblaciones de países en desarrollo. Al momento se ha estudiado la relación entre el cambio climático, las enfermedades infecciosas, el hambre y los efectos en la producción de alimentos, enfermedades diarreicas y parasitosis por el consumo de agua no potable, así como aumento en las enfermedades respiratorias (Ochoa *et al.*, 2015; Gonzales *et al.*, 2014). Se estima que entre 2030 y 2050, se registrarán alrededor de 250 000 muertes debidas a enfermedades diarreicas, malnutrición, estrés calórico y paludismo, presentándose sobre todo en países donde los recursos sanitarios son escasos. Se prevé que las sequías, la variabilidad en las temporadas de lluvia, así como el aumento de la temperatura, reducirán la producción de alimentos a nivel global, sobre todo en las zonas más pobres del mundo, y con ello, el aumento en procesos de malnutrición y desnutrición (OMS, 2018). De acuerdo a estimaciones, el 99 % de la carga en salud atribuida al Cambio Climático, será asumida por los países en desarrollo, a pesar de ser éstos quienes menos emisiones de carbono producen (Avilez *et al.*, 2016; Patz *et al.*, 2007).

Hernández *et al.* (2017) en un estudio de las percepciones sobre Cambio Climático y salud, encontraron una relación entre el riesgo de padecer enfermedades respiratorias, asma y alergias, como efecto del Cambio Climático, sin embargo, es un tema en el cual se encuentra una escasa participación a nivel político y social. En este capítulo presentamos los resultados del estado nutricional y las enfermedades infecciosas en la REBISO, como indicadores relevantes para el análisis de las estrategias en políticas de conservación de la biodiversidad y el bienestar humano. Estos procesos se relacionan por un lado con las transformaciones globales como el Cambio Climático y las economías de consumo, pero, por otro lado, enfrentan problemáticas locales enmarcadas en la pobreza y alta marginación social de las comunidades de las áreas naturales protegidas en México.

Las precipitaciones y temperaturas máximas, medias y mínimas de dos Modelos de Circulación Global en la REBISO muestran de 781-2459 mm de precipitación acumulada anual y en escenarios de riesgo podría reducirse al 2039 a 714-2397 mm, así mismo la temperatura máxima promedio anual actual de 26.29-31.32 °C se podría incrementar a 26.55-31.97 °C en 2039 (Manzanilla-Quiñones y Aguirre-Calderón, 2017). Consideramos que el Cambio Climático es una

realidad que ya afecta a grandes grupos poblacionales y que en la REBISO por el estado de alta conservación podría tener menos consecuencias en la biodiversidad, pero no para las poblacionales que viven en condiciones de alta vulnerabilidad social y riesgo de daños a la salud y alimentación.

Región de Estudio

Las Reservas de Biosfera según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), son zonas de ecosistemas terrestres, costeros, marinos o una combinación de los mismos y constituyen áreas naturales protegidas (ANP) que buscan promover el desarrollo sostenible, reducir la pobreza, mejorar la calidad de vida, respetar los valores culturales, el intercambio de conocimiento y la capacidad de adaptación de la sociedad ante los cambios a través de la integración armónica y participativa del ser humano con la naturaleza. Lo anterior se encuentra plasmado en tres objetivos principales: 1) conservación de la biodiversidad; 2) desarrollo económico sociocultural y ambiental sostenible, y 3) apoyo logístico para la investigación, el monitoreo, educación y capacitación (UNESCO, 2015; UNESCO, 2016).

Para cumplir con estos objetivos a nivel mundial se han puesto en marcha políticas gubernamentales específicas de protección, conservación, restauración y desarrollo de estas áreas, cuyo efecto esperado es encontrar bajos índices de vulnerabilidad social en comparación con otras comunidades fuera de estas áreas de acuerdo con la Comisión Nacional de Áreas Naturales Protegidas (CONANP, 2015). Sin embargo, en México las ANP han sido clasificadas como las regiones más pobres, habitadas en su mayoría por población indígena con altos índices de marginación y falta de servicios básicos (Durand, 2010).

En Chiapas, México se encuentran varias ANP debido a su gran biodiversidad, tiene abundantes cuerpos de agua, vegetación y fauna, con clima promedio de los 14.7 a 25.7°C. En el 24.37 % del territorio, el clima es cálido húmedo con abundantes lluvias en verano y el 35.56 % cálido subhúmedo con lluvias en verano. En 2015 se registraron en el estado las siguientes ANP: siete reservas de la biosfera, tres parques nacionales, dos monumentos naturales, un área de protección de recursos naturales, cuatro áreas de protección de flora y fauna, seis áreas destinadas voluntariamente a la conservación y un Santuario (Agenda Estadística Chiapas, 2015).

La zona de la cual se presentan resultados en este documento es la Reserva de la Biosfera Selva El Ocote (REBISO) en Chiapas, México. La REBISO tiene una extensión de 101 288 hectáreas y en una evaluación reciente sobre la biodiversidad se encontró una gran riqueza de especies animales y vegetales (REBISO, 2017). Esta investigación fue realizada en las localidades de El Carrizal, Emilio Rabasa, Veinte Casas y Nuevo San Juan Chamula ubicadas en el municipio de Ocozocoautla de Espinosa, cuyo espacio es regulado por políticas gubernamentales que supondrían mejoras en la conservación y bienestar de la población. Estas localidades se catalogan de muy alta marginación con base a los indicadores por servicios básicos de acceso a servicios de salud, educación y vivienda de acuerdo a la Comisión Nacional de Población (CONAPO, 2010).

Se realizó una evaluación de la vulnerabilidad social de las cuatro comunidades que la integran a partir de un Marco de los Capitales de la Comunidad (MCC), obteniéndose bajos índices de capitales social, político y financiero, lo que, en la lógica de este marco, indica alta vulnerabilidad social. Las variables con menores valores fueron el nivel de escolaridad (5 % con escolaridad básica terminada), falta de servicios básicos (servicios de salud, escuelas, electricidad), ingresos y agricultura de autoconsumo, así como políticas de conservación que en general excluyen la participación de la población en la definición de bienestar y necesidades locales. Los resultados de los capitales indican que las cuatro comunidades son altamente vulnerables a los cambios climáticos y sociopolíticos (Morales y Alvarez, 2017), a la par que presentan insuficiencia en cobertura de servicios de educación, vivienda y salud. La población total participante fue de 563 (282 mujeres y 281 hombres), con promedio de 20 años de edad y escolaridad promedio de 5 años (Tabla 4.1).

En Nuevo San Juan Chamula se cuenta con una clínica de salud con la infraestructura para otorgar consultas de primer nivel de atención y cuyo recurso humano es un médico y una enfermera. La población de las tres localidades restantes se transporta a la cabecera municipal de Ocozocoautla cuando requieren atención médica.

Metodología

La evaluación de la vulnerabilidad social se realizó con la medición del capital humano, cultural, social, político, financiero/económico, físico/construido y natural. Se aplicó una encuesta en cuatro localida-

TABLA 4.1 · Localidades estudiadas en REBISO
Características sociodemográficas

Fuente: Encuesta de Vulnerabilidad social ante el cambio climático (REBISO, 2014)
 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2010).

Localidad	El Carrizal	E. Rabasa	V. Casas	N. S. J. Chamula
Mujeres	32	47	94	109
Hombres	44	44	83	110
Total	76	92	177	219
Edad promedio	21.55	22.5	19.58	19.06
Promedio escolar	5.22	4.78	4.89	5.83
Escuelas*	Pe · PrC	Pe · PrI	Pe · PrI	Pe · PrI · Ts
G. de marginación	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Alto
Servicios**	Et · Tr	Et	Et · Aet	Et · Tr · Aet · Csd

*Escuelas. Pe: Preescolar · PrC: Primaria CONAFE · PrI: Primaria indígena · Ts: Telesecundaria

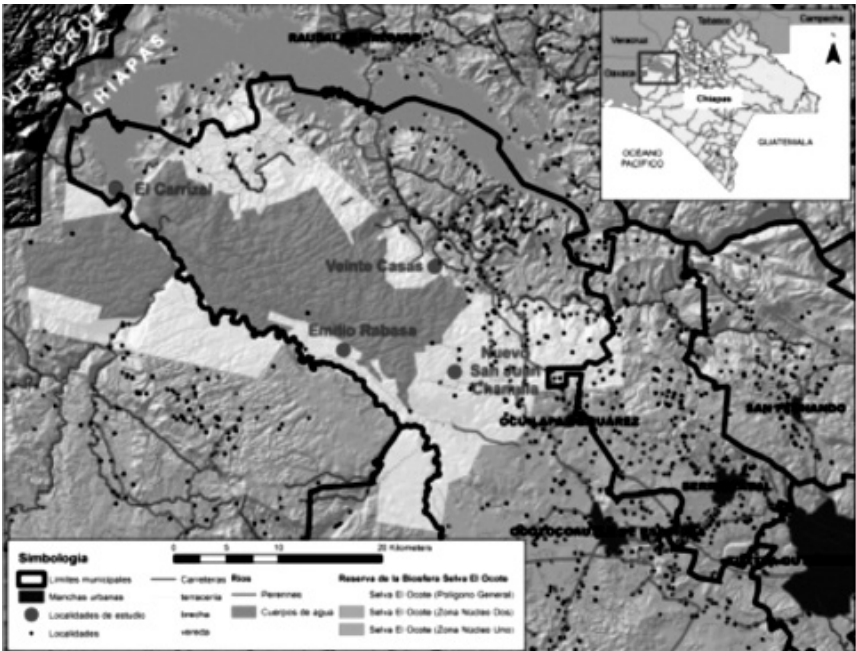
**Servicios. Et: Electricidad · Tr: Transporte · Aet: Agua entubada · Csd: Clínica de salud

des de la REBISO, tres de ellas dentro de la Reserva que fueron Emilio Rabasa, Veinte Casas y Nuevo San Juan Chamula, y otra del área de influencia que fue El Carrizal (Mapa 4.1). De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2010, dos de estas comunidades tenían menos de 100 habitantes: Carrizal (65) y Emilio Rabasa (91), y dos más de 250 habitantes: Veinte Casas (259) y Nuevo San Juan Chamula (506). La encuesta aplicada en 92 viviendas, refirió a la vulnerabilidad social y salud, específicamente la prevalencia de las enfermedades diarreicas, respiratorias, dengue, diabetes y otras que reportaran durante los 15 días previos a la encuesta que además recopilaba información sociodemográfica, sobre los capitales de las comunidades (capital financiero, capital político, capital cultural, capital natural y conservación), los conocimientos sobre el clima y la biodiversidad, la percepción del riesgo y prevención de desastres, y conocimientos sobre el Área Natural Protegida. A partir de todos ellos se construyeron los índices de vulnerabilidad que mencionamos en este capítulo y que detallamos en otras publicaciones (Morales y Alvarez, 2017; Ramos *et al.*, 2018).

Respecto al tema nutricional, se acudió a las localidades y visitaron los domicilios; por ser horario matutino se encontraron más

mujeres amas de casa para la evaluación nutricional, ya que los varones se encontraban fuera de casa por actividad de agricultura o trabajos fuera de la localidad con regresos por la tarde y noche a sus domicilios o fines de semana. Para evaluar el estado nutricional, se realizaron mediciones de peso y estatura para el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC), obtenido de dividir el peso entre la estatura al cuadrado. Los valores utilizados para la clasificación fueron: < 20 desnutrición, 20-24.9 peso normal, 25 a 29.9 sobrepeso y > 30 obesidad (Diario Oficial de la Federación, Norma Oficial Mexicana, 2017).

En este trabajo se retomaron solo las mediciones realizadas a mujeres, a quienes también se les solicitó el registro del tipo y la diversidad de contenidos en la alimentación diaria a través de recordatorios de 24 horas, que consisten en recabar todos los alimentos que se consumieron durante un día. Asimismo, se enlistaron los alimentos locales de origen vegetal y sus usos en la preparación de la comida diaria. Para el análisis de las enfermedades infecciosas, se retomaron las preguntas sobre los padecimientos de los últimos 15 días previos a la encuesta, principalmente EDAS e IRAS y enfermedades transmitidas por vectores.



También se realizaron registros de los patrones de alimentación a través de datos de observaciones en los traspatios sobre cultivos, frutas o verduras existentes en el momento de las visitas y recordatorios de 24 horas.

Resultados

Los resultados se presentan en dos temáticas relacionadas entre sí, primero sobre el estado nutricional y las enfermedades infecciosas y posteriormente sobre los patrones de alimentación.

El estado nutricional y enfermedades infecciosas

Los principales problemas de riesgo para la salud se obtuvieron con los datos sobre los servicios básicos de educación, salud, vivienda y acceso y calidad del agua. Ninguna de las cuatro localidades contaba con el servicio de agua potable, en Emilio Rabasa cerca del 50 % de la población había migrado por falta de agua a la cabecera municipal en Ocozocuatla, la ciudad más cercana. Las otras tres localidades contaban con agua entubada pero no potable, es decir, no recibían ningún tratamiento con cloro u otro método para uso en el hogar, por lo que la mayoría de las encuestadas hervían el agua para el consumo humano.

Respecto a los hallazgos sobre el estado nutricional a través de la medición del IMC, se encontró que en El Carrizal más del 80 % de las mujeres tienen sobrepeso u obesidad, seguidas por las mujeres de Nuevo San Juan Chamula con un 65.6 %. El Carrizal se encuentra en el área de influencia de la REBISO cercana a centros urbanos en los estados de Veracruz y Villahermosa (Mapa 4.1) por lo que tienen acceso a mayor variedad de alimentos industrializados. En contraste, Emilio Rabasa que se encuentra con difícil acceso y lejana, un poco más de la mitad de las mujeres presentan peso normal, así como el mayor número de casos de desnutrición en comparación con las otras tres localidades (ver Tabla 4.2). Estos datos indican los contrastes de los procesos de malnutrición que afectan a las localidades en relación con el acceso a la variedad de alimentos tanto industrializados como no procesados.

Con los recordatorios de 24 horas, pudimos darnos cuenta de poca variedad en los alimentos en la dieta cotidiana, encontrando su base en el maíz, frijol y café, consumo de carne de animales domésticos como gallinas y sus huevos; otras proteínas como la carne de res se

consume raramente, ya que se comercializan en las ciudades cercanas. Los alimentos ultraprocesados más frecuentes en su consumo fueron: galletas, frituras y refrescos embotellados, disponibles en tiendas de abarrotes de las localidades, productos industrializados altos en azúcares, grasas y calorías. El mayor acceso a estos últimos alimentos probablemente se relacione con las cifras de sobrepeso y obesidad tal como muestra la Tabla 4.2.

Debido a los cambios climáticos, las personas perciben mayor riesgo para la seguridad alimentaria, ya que, con el aumento del calor y el cambio en los patrones de lluvias y sequías, la respuesta ha sido dar continuidad al cultivo del maíz en temporadas y lugares diferentes (Sánchez-Cortés y Martínez-Alcázar, 2017). Estas estrategias pueden permitir mantener una producción de autoconsumo, sin embargo, el cambio del uso del suelo también es contrario a la conservación de los recursos naturales. Las localidades en la REBISO, ante una alta vulnerabilidad social y marginación son más proclives a padecer las consecuencias del cambio climático; y con relación a la escasez y contaminación del agua, podría traer un incremento de enfermedades infecciosas intestinales. De las cuatro localidades de la REBISO, solamente en Emilio Rabasa mencionaron los pobladores que cambiaron de residencia hacia Ocozocuaula por falta de agua. En las otras localidades no se menciona la falta de acceso al agua, aunque no es potable, consideramos que se maneja agua limpia para el uso doméstico y agua hervida para el consumo humano. Por tanto, ante la amenaza del Cambio Climático, un estudio de base nutricional y de enfermedades infecciosas podrá dar cuenta de los cambios en mejoras

TABLA 4.2 • Índice de masa corporal
Porcentaje de mujeres según estado nutricional

Estado nutricional	N.S. J. Chamula	El Carrizal	Emilio Rabasa	Veinte casas
Desnutrición leve	0	0	5	4
Normal	32.81	18.18	55	48
Sobrepeso	45.31	45.45	30	36
Obesidad I	20.31	36.36	10	8
Obesidad II	1.56	0	0	4

TABLA 4.3 · REBISO, prevalencia de EDA en:
 a. Menores de cinco años de edad
 b. Población total

a. ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN MENORES DE CINCO AÑOS							
Localidad	Sexo			Prevalencias			
	Hombres	Mujeres	Total	Local	Rebiso	Estatal	Nacional
	S	S	L	L	O	L	L
<i>El carrizal</i>	0	0	0	0	11.4%	13.4%	11%
<i>Emilio rabasa</i>	2	1	3	17%			
<i>Veinte casas</i>	2	2	4	18.4%			
<i>Nuevo San Juan Chamula</i>	2	1	3	8.8%			

b. INFECCIONES DIARREICAS AGUDAS EN TODA LA POBLACIÓN						
Localidad	Sexo			Prevalencias		
	Hombres	Mujeres	Desconocido	Total	Local	REBISOL
<i>El carrizal</i>	1	0	1	2	2.6%	5.5%
<i>Emilio rabasa</i>	3	5	0	8	8.7%	
<i>Veinte casas</i>	4	5	1	10	5.6%	
<i>Nuevo San Juan Chamula</i>	5	5	1	11	5%	

o no en las condiciones de vida de la población y en la conservación de los recursos naturales.

Las prevalencias de enfermedades diarreicas y respiratorias no fueron más altas que las tasas nacionales para la población general y en menores de cinco años de edad, lo que podría implicar menor exposición a agentes infecciosos, ya sea porque el agua no está contaminada y que la mayoría de la población consume sus alimentos en casa recién hervidos o cocinados (Tablas 4.3a y b, y 4.4a y b).

La prevalencia de EDA en las localidades estudiadas es menor a la estatal y apenas un poco superior a la media nacional, lo que puede indicar el buen manejo de los alimentos, higiene personal antes de consumirlos y que la calidad del agua a pesar de no estar potabilizada,

TABLA 4.4 · REBISO, prevalencia de IRA en:
 a. Menores de diez años de edad
 b. Población total

a. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE DIEZ AÑOS							
Localidad	Sexo			Prevalencias			
	Hombres	Mujeres	Total	Local	Rebiso	Estatal	Nacional
	S	S	L	A	O	L	L
<i>El carrizal</i>	2	1	3	14.3 %	19.4 %	40.8 %	41 %
<i>Emilio rabasa</i>	5	4	9	31 %			
<i>Veinte casas</i>	4	2	6	12.5 %			
<i>Nuevo San Juan Chamula</i>	10	7	17	20.7 %			

b. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN TODA LA POBLACIÓN						
Localidad	Sexo			Prevalencias		
	Hombres	Mujeres	Desconocido	Total	Local	REBISOL
<i>El carrizal</i>	3	1	3	7	9.2 %	14.4 %
<i>Emilio rabasa</i>	12	8	3	23	25 %	
<i>Veinte casas</i>	6	4	2	12	6.8 %	
<i>Nuevo San Juan Chamula</i>	14	5	10	39	%	

es adecuada para el uso doméstico. En la encuesta se registró que las personas consideran que el servicio de agua entubada es bueno en Veinte Casas (80 %) y en Nuevo San Juan Chamula (71 %); pero solamente el 38 % lo consideró bueno en Emilio Rabasa y 40 % en El Carrizal.

Con relación a las infecciones respiratorias agudas, se encontraron prevalencias menores a las nacional y estatal (40.8 % y 41 %, respectivamente). La cifra más baja fue en Veinte Casas con 12.5 % en menores de diez años, y del 6.8 % en población total (Tabla 4.4b). Las prevalencias bajas se debieron probablemente a la época del año en que se realizó la encuesta que fue en verano y que las prevalencias a nivel estatal y nacional se calculan para todo el año. Sin embargo, también

consideramos que se relaciona con la baja transmisión de agentes infecciosos, primeramente, porque el aire es limpio, con la baja transmisión de enfermedades respiratorias que se adquieren en lugares públicos donde asisten muchas personas como en las ciudades y las pocas visitas externas que se reciben.

En la encuesta no se reportaron enfermedades transmitidas por vector durante los últimos 15 días previos a la investigación y tampoco reportaron algún brote o caso ocurrido durante ese año. En las estadísticas de la Secretaría de Salud en Chiapas reportó que durante 2015 se confirmaron 1 607, de los cuales 1 132 fueron casos de dengue no grave y 475 casos de dengue con síntomas de alarma y grave. Para 2016 se confirmaron 816 con 542 no graves y 274 graves o con síntomas de alarma. La tasa de incidencia para Chiapas fue de 15.34 por 100 mil habitantes, ligeramente mayor a la incidencia nacional con 14.55 por 100 mil habitantes (Secretaría de Salud, 2016)

Las condiciones en las que pobladores de estas cuatro localidades acceden a los servicios de salud es difícil por las distancias en que se encuentran y la ausencia de transporte formal; algunas tienen algún habitante con vehículo propio y es al que acuden cuando se presentan emergencias, accidentes o enfermedades para su traslado a la cabecera municipal de Ocozocuatla.

Patrones de alimentación.

En las visitas casa por casa se registraron huertos o traspatios, de los cuales obtienen algunos alimentos, sin embargo, los registros indican una variedad limitada en frutas, verduras y leguminosas. Si bien el consumo de proteína de origen animal fue escaso en todas las localidades, éste se relaciona con la ubicación geográfica y la actividad económica desarrollada. Por ejemplo, El Carrizal con acceso a dos horas en lancha y localizada a orillas de río, su fuente principal de proteínas en la alimentación fue el pescado. En las otras tres localidades, cuya actividad económica es la agricultura, la principal fuente de proteína fue el pollo, puerco y huevos.

En los recordatorios alimentarios de 24 horas, para el desayuno se mencionó el consumo de verduras y frutas, que en orden de importancia fueron: chayote, tomate, cebolla, aguacate, acelga y plátanos. De los cereales mencionaron tortillas, pan, galletas, pastas, arroz, avena y papas. Las leguminosas que consumen frecuentemente fueron frijol, lentejas y ejotes. Las proteínas de origen animal, huevos,

puerco, pollo, queso, leche, pescado y crema. En los recorridos por las localidades observamos que las personas cultivan la mayoría de los alimentos antes mencionados a excepción de las pastas, arroz y avena que adquieren en los comercios locales y además tienen criaderos de gallinas y puercos.

La mayoría de las localidades tienen una propiedad de la tierra ejidal y la población cultiva la mayoría de sus alimentos, teniendo como base el cultivo de maíz, frijol y café; en algunas localidades la ganadería es una actividad importante. Desde el 2001, en Nuevo San Juan Chamula ya se sembraba aproximadamente 200 hectáreas de café y en Veinte Casas se registraron 52, 10 y 36 hectáreas de maíz, frijol y café respectivamente de acuerdo a la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT, 2001). No se obtuvieron datos actualizados, sin embargo, se observó en los recorridos por las localidades extensiones grandes para ganadería y algunas tierras abandonadas, lo que como mencionaron algunos pobladores y el director de la REBISO, ha causado algunos conflictos por el cambio de uso de la tierra.

Discusión y conclusiones

En esta investigación utilizamos el estado nutricional, las Enfermedades Diarreicas Agudas, las Infecciones Respiratorias Agudas y el dengue como principales indicadores de salud que se verán afectados por el Cambio Climático y sus efectos diferenciados entre los grupos humanos, expresión de las múltiples desigualdades sociales en el mundo globalizado. Ante el panorama de cambio climático en todas las regiones, los impactos serán mayores en población en pobreza y con alta vulnerabilidad social, que incluye la posibilidad de capacidad para responder y adaptarse a estos cambios.

La REBISO es un área regida bajo normas de conservación de la biodiversidad que se mantiene en muy buen estado de conservación, respecto a especies animales y plantas (Ruiz, 2017), en contraste con una alta vulnerabilidad social de la población (Morales y Alvarez, 2017). Los resultados que se presentan pretenden ser una base diagnóstica del estado de salud y nutrición ante el cambio climático, en población residente en un área que se encuentra bajo políticas de conservación. Los factores sociales relacionados al acceso a la alimentación y servicios de salud, contrastan con la alta conservación de los recursos naturales e indican algunos escenarios de riesgo si las condiciones de vida de la población no cambian. Se prevé que

existirá una mayor inseguridad alimentaria, tanto por la variabilidad climática como por las políticas de conservación que muchos de los habitantes perciben como prohibitivas respecto al acceso de los recursos que los rodean. La información de la encuesta concuerda con las estadísticas reportadas en el municipio respecto a la baja prevalencia de infecciones respiratorias e intestinales, lo que se relaciona con el control de los recursos naturales como el agua y el aire que se definen a partir de una política gubernamental de conservación en la REBISO. Esta política controla la operación de empresas con el fin de evitar la contaminación del suelo o agua, así como el tráfico de vehículos, ruido y otros problemas de las zonas urbanas. Sin embargo, la encuesta permitió registrar el difícil acceso a los servicios de educación y salud, a pesar de que ambos componentes son necesarios para mejorar la calidad de vida humana en la zona.

Los mecanismos definidos por la ley de conservación no permiten que la población pueda responder a los nuevos riesgos para la salud, como el incremento en la inseguridad alimentaria, exposición a vectores como mosquitos transmisores de dengue y otras nuevas epidemias que se desarrollan en regiones tropicales como Chickongunya y Zika, ya presentes en Chiapas y consideradas problemas de salud pública.

La evaluación del estado nutricional nos remite a los cambios del uso del suelo, con disminución de la superficie cultivada del maíz y frijol. La mayoría de las entrevistadas mencionaron tener cultivos de autoconsumo, mientras que el ingreso económico que reciben las mujeres de programas gubernamentales complementa la adquisición de productos para la preparación de alimentos, tales como aceites y otros granos. Si bien se conservan elementos de la dieta mesoamericana, como el consumo de maíz y frijol, hay un aumento en el consumo de alimentos ultraprocesados de baja calidad y costo en las localidades estudiadas que afectan la salud de la población. Esto se expresa en el aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, que para los adultos mayores de 20 años de edad, del 2012 al 2018, hubo un incremento del 69.4 % a 73 % para hombres y 75.6 % al 76.8 % para mujeres de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018). Chiapas es estado con altos índices de vulnerabilidad y marginación y que históricamente ha presentado los índices más altos de desnutrición, ahora coexiste el fenómeno de obesidad en la pobreza, lo que representa una violación al derecho a la alimentación sana (Isunza, 2004).

Las localidades estudiadas tienen una alta vulnerabilidad social, ya que el acceso a los servicios de salud, alimentación, educación

y vivienda son limitados, a pesar de las políticas que normativamente definen acciones para la conservación de los recursos naturales, mientras que las políticas dirigidas al bienestar de la población no han mejorado el acceso a los servicios básicos, uno de ellos tendiente a asegurar la salud nutricional frente a los cambios climáticos. Uno de estos efectos son las variaciones en las temporadas de lluvia que afectan los cultivos de maíz y frijol, alimentos base en la dieta de estas cuatro localidades.

En la REBISO las tasas de enfermedades respiratorias e intestinales fueron bajas en comparación a las tasas estatales y nacionales, lo que indica que las condiciones ambientales del aire y el agua son recursos limpios y protectores de la salud. La alta vulnerabilidad social, reflejada en bajos capitales políticos y organizacionales para enfrentar riesgos ante el cambio climático, es preocupante ante las transformaciones alimentarias con integración de alimentos altos en carbohidratos y grasas, que se registran mayormente en las ciudades y que en la REBISO son ya una amenaza, atentan contra la preservación de la diversidad de cultivos para el autoconsumo. Se considera importante el registro de los patrones alimentarios y la diversidad de alimentos que se cultivan en traspatios y huertos, como parte de los capitales sociales de la comunidad para su reproducción biológica y social. Con los resultados de la encuesta, podemos inferir que la inseguridad alimentaria se tornará como el principal problema para la salud ante el Cambio Climático. Esta transición alimentaria se relaciona con el aumento de enfermedades crónicas como el sobrepeso, la obesidad y la diabetes, cuyos efectos se recrudecen entre poblaciones vulneradas en cuanto al acceso oportuno a la salud.

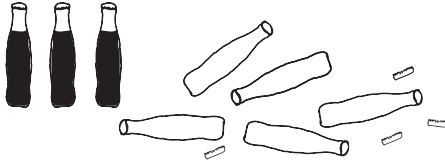
Podemos concluir que en la Reserva de la Biosfera el Ocate existen contradicciones en la puesta en práctica de las políticas de conservación de la biodiversidad y la salud de la población, ya que las estrategias están destinadas al cuidado de biodiversidad, mientras que las acciones para el bienestar humano han dejado de lado el acceso a servicios básicos, como la atención a la salud. De ahí que sea necesario el fortalecimiento de los capitales sociales, políticos y socioculturales para hacer frente a los cambios sociopolíticos y ambientales entre poblaciones con alta vulnerabilidad social. ■

Bibliografía

- Avilez, J.L.; J. Bazalar; D. Azañedo y J.J. Miranda. 2016. Perú, cambio climático y enfermedades no transmisibles: ¿Dónde estamos y a dónde vamos?. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 33(1):143-148. Disponible en <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.331.2016>
- Berrang-Ford, L.; K. Dingle; J.D. Ford; C. Lee; L. Shuaib; B.N. Didas, J. Henderson, A. Llanos, C. Carcamo y V. Edge. 2012. Vulnerability of indigenous health to climate change: A case study of Uganda's Batwa Pygmies. *Social Science & Medicine* 75:1067-1077.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, *ENSANUT*. 2012. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. s/p. Disponible en <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/index.php>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, *ENSANUT*. 2018. Presentación de Resultados. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. s/p. Disponible en https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Gonzales, G.; A. Zevallos; C. Gonzales-Castañeda; D. Nuñez; C. Gastañaga; C. Cabezas; L. Naeher; K. Levy y K. Steenland. 2014. Contaminación ambiental, variabilidad climática y cambio climático: una revisión del impacto en la salud de la población peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 31(3): 547-556.
- Morales, M.C.; y G. Alvarez. 2017. Vulnerabilidad social ante el cambio climático en la Reserva de la Biosfera Selva El Ocote. En: L. Ruiz-Montoya, G. Álvarez-Gordillo, N. Ramírez-Marcial y B. Cruz-Salazar, (Eds.), *Vulnerabilidad social y biológica ante el cambio climático en la Reserva de la Biosfera Selva El Ocote*. El Colegio de la Frontera Sur. México. Pp. 117-151.
- Diario Oficial de la Federación. 2017. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Secretaría de Gobernación, México. DOF: 15/05/2018. Disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5523105&fecha=18/05/2018
- Ochoa, M. R.; Castellanos; Z. Ochoa y J. Oliveros. 2015. Variabilidad y cambio climático: su repercusión en la salud. *MEDISAN* 19 (7): 873-885.

- Organización Mundial de la Salud. 2018. *Cambio climático y salud*. Notas descriptivas. Institución. País. Páginas. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cambio-climatico-y-salud>.
- Patz, J., H. Gibbs; J. Foley; J.V. Roger y K. Smith. 2007. Climate Change and Global Health: Quantifying a Growing Ethical Crisis. *EcoHealth* 4, 397. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s10393-007-0141-1>
- Manzanilla-Quiñones, U. y A. Aguirre-Calderón. 2017. Zonificación climática actual y escenarios de cambio climático. En L. Ruiz-Montoya, G. Álvarez-Gordillo, N. Ramírez-Marcial y B. Cruz-Salazar (Eds.), *Vulnerabilidad social y biológica ante el cambio climático en la Reserva de la Biosfera Selva El Ocote*. El Colegio de la Frontera Sur. México. Pp. 25-66.
- Ramos, D.; G. Alvarez y M. Morales. 2018. Sustentabilidad y patrimonio biocultural en la Reserva de la biosfera El Ocote. *Tracce* 74, 9-37.
- Sanchez-Cortés S. y Y. Martínez-Alcázar. 2017. Percepciones de agricultores tsotsiles sobre el clima, variabilidad climática y sus cambios en la localidad Veinte Casas. En L. Ruiz-Montoya, G. Álvarez-Gordillo, N. Ramírez-Marcial y B. Cruz-Salazar, (Eds.), *Vulnerabilidad social y biológica ante el cambio climático en la Reserva de la Biosfera Selva El Ocote*. El Colegio de la Frontera Sur. México. Pp. 593-622.
- Sandín-Vázquez, M., y A. Sarría-Santamera. (2007). *Evaluación de Impacto en Salud y Medio Ambiente*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España. 90 Páginas. Disponible en <http://aprender.entrerios.edu.ar/wp-content/uploads/2020/04/Evaluación-de-impacto-en-salud-y-medio-ambiente-1.pdf>
- Secretaría de Salud. 2016. *Panorama Epidemiológico de Dengue*, 2016. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/178952/Pano_dengue_sem_52_2016.pdf
- SEMARNAT. 2001. *Programa de Manejo Reserva de la Biosfera Selva El Ocote*. Disponible en https://www.conanp.gob.mx/que_hacemos/pdf/programas_manejo/ocote.pdf

CAPÍTULO



*Seguridad alimentaria y **obesidad en Sonora***

María Isabel Ortega Vélez*
Sergio Sandoval Godoy
Ana Lucía Contreras Navarro
María Isabel Grijalva Haro
Alma Rosa Islas Rubio
Luz del Carmen Montoya Ballesteros
Zahid García López
Gloria Elena Portillo Abril

* DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN PÚBLICA Y SALUD,
COORDINACIÓN DE NUTRICIÓN,
Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.
iortega@ciad.mx

La seguridad alimentaria y la obesidad son fenómenos complejos cuyas formas de abordaje rebasan los aspectos meramente biológicos y de salud. Las transformaciones de las últimas décadas asociadas a la globalización y al desarrollo científico técnico han incrementado la preocupación por analizar aquellos fenómenos que los vinculan con aspectos de tipo económico, social, político, cultural y ambiental. El objetivo de esta investigación fue describir los elementos históricos y actuales de la disponibilidad y accesibilidad de alimentos (ambiente alimentario) de familias sonorenses urbanas y relacionarlos con el estado nutricional de mujeres adultas. La distribución de los establecimientos de venta de alimentos por nivel de marginación de las Áreas Geostatísticas Básicas (AGEBS) en Hermosillo, Sonora, indica que la mayoría se encuentran en niveles de marginación medio, bajo y muy bajo. El porcentaje de sobrepeso y obesidad de las mujeres (n = 186) fue alto en todos los niveles de marginación, aunque mayor en aquellas AGEBS de grado de marginación medio (69.2 %, 75.4 % y 85.1 % para para GMU alto, muy alto y medio, respectivamente); Además, 80.3 % de los hogares de las mujeres presentaron algún nivel de IA (19.7 IA leve, 39.9 IA moderada y 20.7 IA severa). Las mujeres que viven en hogares con inseguridad alimentaria y en AGEBS de grado de marginación medio, presentan significativamente mayor proporción de obesidad, que las que viven en AGEBS con grados de marginación alto y muy alto (52.1 %, contra 31.1 y 39.5 %); ello coincide con una mayor distribución de establecimientos de venta de alimentos en AGEBS con GMU medio. La conjunción de una oferta alimentaria variada concentrada en las áreas de menor marginación, aunada a la pobreza que limita el acceso a un mayor tipo de establecimientos y los precios de los alimentos con mayor calidad nutricional, se traducen en riesgo de inseguridad alimentaria y nutricional.

PALABRAS CLAVE

Ambiente Alimentario · Nutrición · Sonora · Pobreza

Introducción

La seguridad alimentaria y la obesidad se han convertido en fenómenos de enorme complejidad, cuyas formas de abordaje hoy en día, rebasan los aspectos meramente biológicos y de salud. Las transformaciones de las últimas décadas, asociadas a la globalización y al desarrollo científico técnico, han incrementado la preocupación por analizar aquellos fenómenos que los vinculan con aspectos de tipo económico, social, político, cultural y ambiental. Por eso, para la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, 2013; FAO, 2015), como para los gobiernos de los distintos países del mundo, enfrentar la seguridad alimentaria, con la intención de disminuir los problemas de acceso físico, social y económico a alimentos inocuos y nutritivos, bajo condiciones de suficiencia, estabilidad, autonomía, sustentabilidad y equidad, representa cada vez más un reto de enormes dimensiones.

En México, como parte de ese propósito, desde inicios de la década de 1980 se pusieron en práctica políticas de asistencia social para garantizar el consumo, abasto y distribución de alimentos, al mismo tiempo que se promovía una reestructuración agrícola y una mayor actividad de los flujos comerciales de productos alimenticios con el exterior. Desde entonces dichas preocupaciones han ido en ascenso debido, en gran parte, al crecimiento acelerado de problemas como el sobrepeso, la obesidad, diabetes, y otros problemas crónico degenerativos asociados a la alimentación. A esto se le suma el limitado éxito que han tenido los programas sociales enfocados a la pobreza, como Solidaridad, Pronasol, Progresá, Oportunidades, Próspera, y la reciente Cruzada Nacional contra el Hambre. A pesar de estos esfuerzos, entre 2012 y 2017 el indicador porcentual de seguridad alimentaria se ubicó en 65.8, lo que clasifica a México en el lugar 43 del *ranking* mundial, muy por debajo de países como Canadá y Estados Unidos, quienes ocupan la novena y segunda posición con porcentajes de seguridad alimentaria de 82.2 y 84.6 respectivamente, y con quienes mantiene más del 80 % de sus transacciones comerciales. Incluso, cabe señalar que dicho indicador es menor al de otros países de América Latina, como Chile, Uruguay, Costa Rica, Brasil y Argentina (*The Global Food Security Index*, 2017).

Datos recientes muestran que, en México, 55.3 millones de personas se encuentran en situación de pobreza, lo que significa que además de ingresos bajos, tienen al menos una carencia social, como el

acceso a la alimentación. La probabilidad de no tener acceso estable a suficientes alimentos inocuos y nutritivos, compatibles con prácticas culturales de cada comunidad, está relacionada con factores asociados a la pobreza. En hogares mexicanos la inseguridad alimentaria se define también por el rezago educativo del jefe del hogar, el origen étnico indígena, la migración, la presencia de miembros con discapacidad, así como vivir en zonas rurales o urbanas muy deprimidas (Magaña Lemus *et al.*, 2016).

Las cifras para Sonora no son más alentadoras, aun cuando según acuerdo al Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2017), esta entidad se encuentra entre los estados considerados con nivel bajo de rezagos sociales. Según esta fuente, en 2016 Sonora aparece en tercer lugar entre las entidades con menor rezago educativo; en cuarto lugar con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo, lo que afecta a 7.5 % de población total; sexto lugar con carencia de seguridad social, con impactos en el 41.2 % de sus habitantes; décimo lugar en servicios básicos de vivienda, lo que representa al 9.7 %; vigésimo lugar en acceso a servicios de salud, esto es 14.7 % de la población; y finalmente, el lugar 22 en carencia por acceso a la alimentación, lo que afecta al 21 % de la población total y representa el nivel más elevado. En este mismo informe se señala que en 2016, la pobreza por acceso a alimentos registró 27.8 %, en tanto que la pobreza por ingreso fue de 20.7 %.

A lo anterior, hay que agregar que Sonora se encuentra entre los estados fronterizos del norte del país que, por su situación geográfica colindante con los Estados Unidos –a diferencia del resto de los estados no fronterizos–, interactúa a través de prácticas alimentarias propias de la región que han ido condicionando un ambiente propicio para la comercialización y consumo de alimentos ultraprocesados, comidas rápidas, estandarizadas y congeladas, muy representativas de los estilos de vida de los estadounidenses. Tan solo en la primera década del 2000, la tasa de crecimiento anual promedio de restaurantes de comida para llevar fue superior a 40 %, cifra que contrasta con el promedio nacional de tan solo 16 % (Sandoval y Camarena, 2015). También en esta década, Sonora aparece en los registros nacionales ocupando los primeros lugares en sobrepeso y obesidad, además de otras enfermedades relacionadas con el consumo de alimentos con altos contenidos de grasa, sal y azúcares (Hernández-Ávila *et al.*, 2016). En este capítulo, se intenta describir uno de los aspectos que más inciden en las prácticas alimentarias de los sonorenses:

la disponibilidad y accesibilidad de alimentos; además de relacionar este aspecto del ambiente alimentario con el estado de nutrición de mujeres adultas, quienes a nivel nacional y estatal presentan las cifras más altas de obesidad. Como veremos enseguida, algunos de los indicadores y explicaciones que documentan esto a nivel nacional están relacionados con la conformación de los patrones alimentarios y la seguridad alimentaria.

Indicadores y variables explicativas de los patrones alimentarios de riesgo y la seguridad alimentaria.

La malnutrición y la dieta están entre los principales factores de riesgo de la carga global de enfermedades (Achadi *et al.*, 2016). En México, según las encuestas de nutrición, de 1988 a 2016, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres adultas aumentó más del doble (34.5 a 75.6 %) y, en niños escolares, pasó de 26.9 a 34.4 %, entre 1999 y 2012 (Gutiérrez *et al.*, 2012; Kroker-Lobos *et al.*, 2014). Por otro lado, se redujo la proporción de menores de cinco años con retraso en el crecimiento (26.9 a 13.6 %, respectivamente) y con anemia (31.6 en 1999 a 23.3 % en 2012; Gutiérrez *et al.*, 2012). Esta doble carga de la malnutrición resulta en costos sociales y económicos elevados y aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades que se traducen en menor rendimiento escolar y productivo, incapacidad y muerte prematuras, lo que perpetúa el ciclo de la pobreza (Gillespie *et al.*, 2003; Gillespie y Van den Bold, 2017).

En el ámbito global y nacional, la transición nutricional refleja cambios en patrones alimentarios tradicionales por unos más occidentales, caracterizados por el aumento en el consumo de granos refinados, azúcares, aceites vegetales, alimentos de origen animal y productos listos para comer. Flores *et al.*, (2010) reportaron este fenómeno en la población mexicana e identificaron tres patrones predominantes. El tradicional (frecuente en poblaciones rurales e indígenas), incluye principalmente maíz y frijol; el de consumo de azúcares y alimentos refinados, es más denso en energía proveniente de alcohol, sodas, comida rápida, botanas saladas y dulces; y el diverso, más común entre mujeres, está compuesto por lácteos, alimentos de origen animal, arroz, pastas, frutas y verduras. El patrón uno se asoció con deficiencias de micronutrientes en sus consumidores, mientras que los patrones dos y tres con la presencia de exceso de peso corporal. Esto, explica de forma directa las causas de la malnutrición (desnutrición y

obesidad) en distintos grupos de la población mexicana. Actualmente, el consumo bajo de frutas, verduras, granos enteros, nueces y semillas, y el consumo alto de sodio, contribuyen en 4.5 a 12 % a la carga de morbilidad global; el 3.8 % es atribuible al exceso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$; Ezzati y Riboli, 2013).

Lo anterior, al menos de forma directa, explica la causa de patrones dietarios de riesgo y malnutrición, las que se relacionan con el estado de seguridad alimentaria y las prácticas de cuidado en el hogar (Herforth y Ballard, 2016; Sánchez-Griñán, 1998). Otras más, sin embargo, tienen su explicación de manera menos directa (y quizás visiblemente menos inmediata), en aspectos materiales asociados con el mercado y el modelo global de producción, distribución y consumo, que caracterizan el sistema alimentario; asimismo, con aquellos aspectos simbólicos propios de las prácticas culturales y tradiciones

TABLA 5.1 · Dimensiones material y simbólica de la alimentación

Fuente: Sandoval G., 2018.

INEGI, 2017.

ENSANUT, 2012 y 2016

Sexenio	Dimensión material	Dimensión simbólica	SP y Obesidad
	<i>Mercado de alimentos</i>		
	<i>Cultura alimentaria</i>		
De la Madrid Hurtado M. 1982-1988	Las prácticas productivas y de comercio adquieren nuevas dimensiones con:	El sentido de las prácticas de consumo y los comportamientos alimentarios adquieren nuevas dimensiones:	34.5 %
Salinas de Gortari C. 1988-1994	a) El procesamiento de alimentos biotecnificados, b) El empleo de fórmulas alimenticias para acelerar la velocidad del crecimiento y el peso del ganado, c) La producción y comercialización de alimentos modificados genéticamente, d) El uso de fertilizantes químicos, pesticidas y herbicidas para la producción agrícola y e) La producción y comercialización de alimentos con altos contenidos de sodio, azúcares, grasas y densidad energética.	Aspectos como el gusto, la salud, la realización individual, la convivencia, la integración familiar, la socialización y la distinción social, pierden importancia relativa frente a lo que ahora significa el uso eficiente del tiempo, la seguridad alimentaria, la apariencia física y la búsqueda de variedad alimentaria, entre otras acciones de sentido.	ND
Zedillo Ponce de León E. 1994-2000			61.8 %
Fox Quesada V. 2000-2006			69.3 %
Calderón Hinojosa F. 2006-2012			71.2 %
Peña Nieto E. 2012-2018			72.5 %
Un nuevo modelo de producción industrial y de comercialización de alimentos con transformaciones sustantivas en los patrones de consumo y la salud.			

alimentarias (Tabla 5.1). Desde el inicio de los años ochenta, parte de estos aspectos se relacionan con los procesos de apertura comercial; los cambios en las políticas y programas agroalimentarios; así como con factores económicos y sociales de los ambientes locales, donde el sentido de las prácticas de consumo y los comportamientos alimentarios han ido adquiriendo nuevas dimensiones.

Todo parece indicar que, en la transición epidemiológica y nutricional de las últimas cuatro décadas, ha estado presente la conformación de un nuevo modelo de producción industrial y de comercialización de alimentos, con transformaciones sustantivas en los patrones de consumo y la salud. La dieta tradicional se ha modificado hacia otra con mayor contenido de energía y baja en fibra, alimentos ultra-procesados y alimentos de origen animal que tienden a ser más elevados en azúcares y grasas. De acuerdo con autores como (Clark *et al.*, 2012; Fraser y Reñtrepo, 1996) el sistema alimentario mexicano se asemeja cada vez más al sistema alimentario de los Estados Unidos de Norteamérica, lo que se explica por una integración dinámica y creciente del sistema mexicano con el de ese país. De ello son responsables, parcialmente, la apertura comercial y la inversión directa de capital extranjero en actividades económicas mexicanas como la agricultura, la industria y el comercio, que igualmente han contribuido a modificar el ambiente alimentario (Clark *et al.*, 2012). Hay quienes incluso, atribuyen a la «apertura comercial» una responsabilidad mayúscula al aseverar que «El control corporativo del sistema alimentario fijado por el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) no sólo deja hambrienta a la población en México. Asegura un profundo sistema alimentario no saludable en toda la región» (Carlsen, 2011).

Aun cuando resulta difícil dimensionar el peso de variables exógenas en los problemas alimentarios del país, es un hecho que la liberalización y desregulación de la Inversión Extranjera Directa (IED) no sólo ha facilitado el comercio entre México y los EE UU, sino que también ha propiciado, como acertadamente señala Clark, *et al.* (2012), una creciente integración regional del sistema alimentario. Algunos datos adicionales muestran que con el TLCAN, se ha incrementado el flujo de productos *ready to eat* desde los Estados Unidos (EE UU). Los volúmenes más grandes corresponden a productos lácteos, frutas y vegetales, productos cárnicos y *snacks*, todos ellos altamente procesados. Hasta 2014 se importaba 98.2 % de arroz, 55.4 % de maíz, 43 % de

trigo y 76 % de la materia prima para la elaboración de productos lácteos. Asimismo, al finalizar la década pasada, México era el tercer receptor más grande de IED estadounidense en los sectores de alimentos procesados y bebidas (total *stock* de \$ 8.2 mil millones de dólares); todo lo cual se relaciona con un crecimiento acelerado de empresas *fast food* procedentes de EEUU.

Frente a esto, la política alimentaria del país, diseminada a través de diversos programas sociales enfocados a combatir el hambre y la pobreza, no parece haber dado los resultados esperados (Tabla 5.2). A lo largo de los últimos seis sexenios, los programas Oportunidades, Solidaridad, Pronasol, Progresá, y la Cruzada Nacional contra el Hambre (CNCH), no han contribuido significativamente a modificar de fondo el problema de la pobreza y la inseguridad alimentaria. Ciertamente, los recursos otorgados y subsidios directos han permitido a las familias disponer de un ingreso adicional, sin embargo, siguen quedando pendientes aquellos aspectos medulares que están determinando las condiciones precarias de vida. El control de la pobreza extrema y la pobreza alimentaria ha seguido una tendencia errática, pues si bien han registrado una tendencia a la baja después de 2012, siguen constituyendo un problema de primer orden. Lo anterior se refleja en la percepción de inseguridad alimentaria en 70 % de los hogares mexicanos en general y en 80 % de los hogares rurales (Gutiérrez *et al.*, 2012). Como consecuencia, los problemas de sobrepeso y obesidad, se han mantenido con cifras altas, hasta convertirse en uno de los principales problemas de salud pública. Los indicadores muestran una correlación positiva con el modelo económico de apertura comercial, cuyo coeficiente de integración con el exterior pasó de 11.5 % en el sexenio de López Portillo, a 81.3 % al finalizar la administración del presidente Peña Nieto (Tabla 5.2).

En el 2010, el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA, 2010), reconoce que frenar la incidencia de obesidad en el corto y mediano plazo y disminuirla significativamente en el largo plazo, requiere de un esfuerzo intersectorial y multidisciplinario. Si bien el acuerdo asume que los esfuerzos de política alimentaria y de salud no han sido suficientes debido a la complejidad del problema y posible solución, al menos es un punto de partida para la primera estrategia nacional contra el sobrepeso y la obesidad. La perspectiva intersectorial que propone el ANSA se reconoce en el documento sobre el sistema alimentario estadounidense del Instituto de Medicina de los

TABLA 5.2 · *Programas alimentarios sexenales e indicadores macroeconómicos y de salud*

Fuente: *idem* 5.1.

Sexenio	Programa/Enfoque	Tasa crecimiento promedio PIB %
López Portillo J. (1976-1982)	SAM/Autosuficiencia alimentaria	8.0
De la Madrid Hurtado M. (1982-1988)	PNA/Soberanía alimentaria	0.18
Salinas de Gortari C. (1988-1994)	SNSA-SNVAN PRONASOL/S. Alimentaria	3.7
Zedillo Ponce de León E. (1994-2000)	PANF-PASE-PROGRESA/S. Alimentaria	3.2
Fox Quesada V. (2000-2006)	PROGRESA-OPORTUNIDADES/S. Alimentaria	2.0
Felipe Calderón (2006-2012)	OPORTUNIDADES/S. Alimentaria	3.2
E. Peña Nieto (2012-2018)	CNCH-Prospera/Seguridad Alimentaria	2.1

* Pobreza Alimentaria: (Línea de Bienestar Mínimo a partir de 2010). Insuficiencia para obtener una canasta básica alimentaria, aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar en comprar sólo los bienes de dicha canasta.

Estados Unidos (IOM, 2016), que propone que el impacto de las decisiones en cada una de las etapas del sistema alimentario, desde la producción, la transformación y el consumo, tiene efectos en la salud de los consumidores. Estas decisiones inciden en el ambiente alimentario, en donde el individuo y las familias, dependiendo de sus recursos económicos y de información, decidirán el patrón alimentario a seguir.

Por ello, incidir en la forma en que los ambientes alimentarios definen la seguridad alimentaria (sobre todo en el concepto de calidad de los alimentos y en su costo) podría impactar la salud de los individuos y las familias en el mediano plazo.

En Sonora, los cambios alimentarios en los últimos 40 años reflejan la transformación de una agricultura tradicional a una orientada a la exportación y al cultivo de forrajes para la alimentación de ganado

Coef. de apertura comercial X+M/PIB %	Pobreza extrema/ Pobreza alimentaria* (%)	Pobreza por ingresos** patrimonio, %	Sobrepeso y obesidad %
11.5	30	55	ND
29.7	28.2	53.5	34.5
45.4	21.2	52.4	ND
67.3	24.1	53.6	61.8
59.9	13.8	42.7	69.3
62.2	20	50.6	71.2
81.3	9.5	53.2	72.5

** Pobreza de Patrimonio: (Línea de Bienestar Económico a partir de 2010). Insuficiencia del ingreso disponible para adquirir la canasta alimentaria, así como realizar los gastos necesarios en salud, vestido, vivienda, transporte y educación, aunque la totalidad del ingreso del hogar fuera utilizado exclusivamente para la adquisición de estos bienes y servicios

de exportación. Este proceso, además de la apertura comercial, significó que los hogares dependieran cada vez más de alimentos altamente procesados y de conveniencia (Ortega y Valencia, 2002; Meléndez-Torres y Cañez, 2012). Así mismo, significó la sustitución del consumo de carbohidratos complejos y productos frescos, por alimentos de origen animal (baratos como los embutidos), carbohidratos refinados, ultraprocesados y aceites vegetales. Es así que, dependiendo del escenario socioeconómico y cultural de la población, el ambiente y comportamiento alimentario, –además de la actividad física– pueden tener un impacto importante en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos sonorenses (73.7%). Ello es un reflejo de las estadísticas nacionales y Sonora ocupa el primer lugar en el país en niños que desarrollan obesidad, lo cual está relacionado con el incremento de enfermedades como diabetes en niños. Los patrones alimentarios de la

población del estado siguen consumos de grasas totales, grasas saturadas y grasas trans por arriba de las recomendaciones internacionales, producto del consumo de alimentos densos en energía y poco nutritivos, así como de muy pocos vegetales y frutas (Valencia *et al.*, 1998; Ortega *et al.*, 2002; González-Siqueiros, 2008; Aburto *et al.*, 2016).

En 2010 la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su documento Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2010), reconoció que resolver los problemas de salud de la población requiere asumir que las disparidades sociales tienen un impacto importante en el acceso a medios que garantizan una salud adecuada. Además, numerosos estudios han demostrado una relación positiva entre la inseguridad alimentaria y la obesidad, tanto en países desarrollados como en emergentes (Melgar-Quiñonez *et al.*, 2003; Morales-Ruán *et al.*, 2014). Por ello, dejar la solución de la emergencia epidemiológica de obesidad y diabetes (con comorbilidades reconocidas como enfermedades cardiovasculares y cáncer), solamente al sector salud, resulta insuficiente.

Según la propuesta conceptual de Franco *et al.* (2016), existen tres aspectos relacionados con el ambiente alimentario desde la perspectiva local. Estos son: el ambiente comunitario (acceso a alimentos), el ambiente del consumidor (disponibilidad, calidad y acceso económico de los alimentos) y el ambiente organizacional (comidas en lugares de trabajo, escuelas, etc). En este capítulo nos centraremos en los primeros dos, el comunitario y del consumidor.

Además del enfoque en el ambiente alimentario local, metodológicamente la investigación reconoce que el comportamiento alimentario y la obesidad son fenómenos complejos. Fardet (2015), propone que para aportar soluciones sostenibles que aborden estos aspectos relacionados con la salud, es necesaria una visión interdisciplinaria y transdisciplinaria. Desde una perspectiva interdisciplinaria se conceptualizó el ambiente alimentario como «los entornos físico, económico, sociocultural y político que influyen la selección de alimentos y consecuentemente el estado nutricional». Este trabajo representa un primer acercamiento al análisis del ambiente alimentario de una localidad urbana del estado de Sonora, con la finalidad de comprender como influye en las decisiones alimentarias de la población y en su estado de nutrición. A partir de este análisis y de las aportaciones de la ciencia y tecnología de alimentos, la nutrición y las ciencias sociales, se espera contribuir con una propuesta de ambiente alimentario alternativo, consecuente con el contexto sociocultural de la población sonoreense.

*Estudio de caso del ambiente alimentario
en población urbana de Sonora: Hermosillo.*

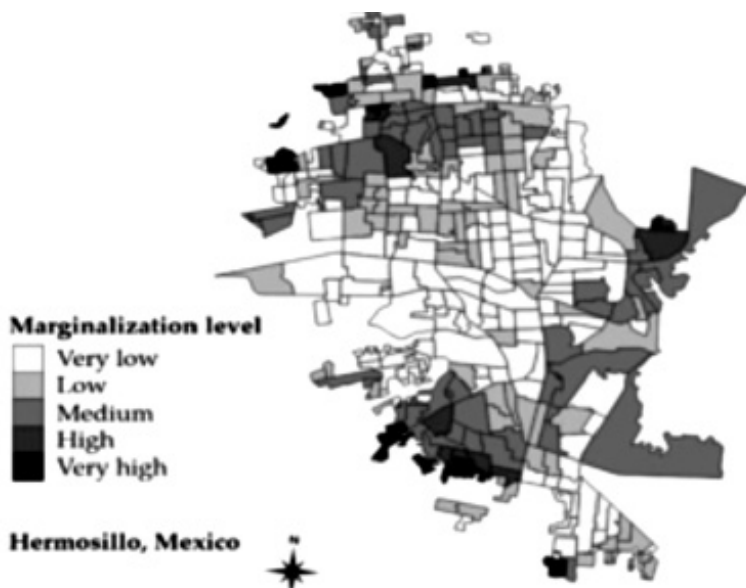
Metodología.

Durante 2017 un grupo de investigación interdisciplinario del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (C.I.A.D., A.C.), inició un seminario de reflexión sobre el tema de la obesidad desde la perspectiva del ambiente alimentario y sobre las posibles propuestas de solución desde el quehacer interdisciplinario del Centro. Las reflexiones del grupo guiaron una agenda de investigación sobre el tema del ambiente alimentario, que se definió como: «los entornos físico, económico, sociocultural y político que influyen la selección de alimentos y consecuentemente el estado nutricional».

Para una primera exploración del ambiente alimentario, el proyecto se localizó en la ciudad de Hermosillo, Sonora. Se realizó una exploración de la oferta de alimentos en la ciudad a través del análisis espacial (QGIS, 2017) y de la información de los establecimientos que

TABLA 5.2 • *Programas alimentarios sexenales e indicadores macroeconómicos y de salud*

Fuente: *idem* 5.1.



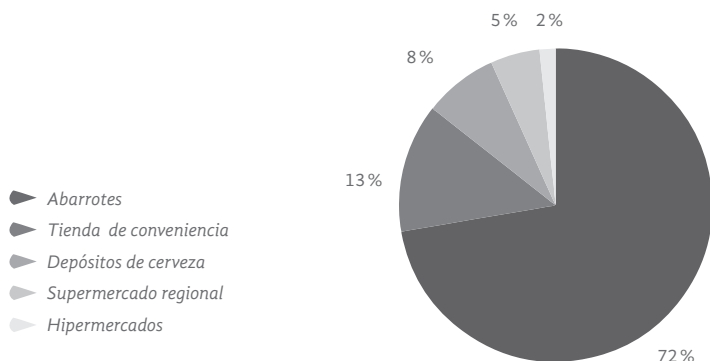
ofrecen alimentos en el sistema de INEGI DENU (Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas) en su versión actualizada de 2018 (INEGI, 2018). Primeramente, se seleccionaron áreas geográficas básicas (AGEBS) con índices de marginación medio, alto y muy alto, considerando que la población de estos estratos enfrenta el riesgo nutricional mayor, dada la convergencia de ambiente obesogénico y nivel socioeconómico que limita el acceso a recursos, tanto económicos, como del cuidado de la salud y la información (Mapa 5.1.). Además, dentro de todas las AGEBS con esas características, se buscaron aquellas que tuvieran la mayor oferta alimentaria (supermercados, minimercados, tiendas de conveniencia, tortillerías, panaderías, abarrotes, etc.).

Otra característica que deberían tener las AGEBS seleccionadas era que fueran hogares con mujeres adultas, por lo que se cruzó la información de INEGI con datos de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2018). A través de entrevistas con las mujeres se buscó examinar su estado nutricional en el contexto de la oferta alimentaria en su entorno local, así como las decisiones alimentarias y la presencia de inseguridad alimentaria en los hogares. Se midió el peso y la talla de las mujeres, así como la circunferencia de su cintura y se colectaron datos sobre el consumo de alimentos (recordatorio de 24 horas) y prácticas de compra de alimentos en cada establecimiento. En el Esquema 5.1., se muestran los distintos aspectos que se estudiaron, así como los métodos e indicadores que se utilizaron.

ESQUEMA 5.1 • *Esquema metodológico de la investigación*

Ambiente alimentario	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de información geográfica (AGEB) • DENU • Recorridos de verificación • Encuesta familiar (mujer adulta)
Prácticas y decisiones alimentarias	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta individual sobre consumo de alimentos y decisiones de compra de alimentos (mujer adulta)
Seguridad nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • IMC y CC (mujer adulta) • Consumo de alimentos (mujer adulta) • Percepción de SA

GRÁFICA 5.1 • Distribución y tipo de establecimiento de venta...
de alimentos más comunes en la ciudad de Hermosillo Sonora.



Resultados

El sistema DENEUE registra un total de 9 590 unidades económicas de preparación y venta de alimentos en Sonora, sin contar aquéllos cuya actividad primaria no es la alimentación, aunque puedan ser fuentes de alimentos. En específico, se descartaron hoteles, hospitales, tiendas departamentales, aeropuertos, bares y cantinas. En una segunda revisión de los datos, se consideró descartar también comercios de suplementos alimenticios, farmacias y elaboración y venta industrial de alimentos. Al final, se seleccionó una muestra de unidades económicas comerciales incorporadas a redes de distribución regional y nacional (o con alcance regional y nacional, más allá del local), con un total de 760 establecimientos. Además de la base de datos, se seleccionó una muestra de mercados locales cuyo nombre iniciara con la palabra abarrotes; de éstos, se contó con un total de 1 984 establecimientos. La Gráfica 5.1. muestra la distribución y el tipo de establecimientos más comunes en la ciudad de Hermosillo.

De acuerdo con el análisis espacial, la distribución de los establecimientos de venta de alimentos por nivel de marginación de las AGEBS (Tabla 5.3.), indica que la mayoría se encuentran en las AGEBS de niveles de marginación medio, bajo y muy bajo, mientras que, para los niveles de marginación alto y muy alto, los establecimientos son escasos. Aun así, los abarrotes se encuentran en estos estratos, aunque con porcentajes bajos.

TABLA 5.3 • Distribución de los establecimientos de venta de alimentos y bebidas de acuerdo con el nivel de marginación de las AGEBS

Fuente: Contreras y Ortega (2019).

Nivel de marginación AGEBS (n=410)	Tipo de establecimiento				
	% Supermercados regionales (n=140)	% Hipermercados ¹ (n=45)	%T. conveniencia (n=365)	%Depósitos de cerveza (n=210)	%T. abarrotes (n=1984)
Muy bajo (38%)	44.3	62.2	61.6	44.8	26.8
Bajo (20.1%)	27.1	22.2	18.9	33.3	30.6
Medio (16.8%)	19.3	8.9	11.8	20.0	31.4
Alto (3.6%)	0.7	0.0	1.1	0.9	5.7
Muy alto (3.2%)	0.0	0.0	0.0	0.0	2.4
Sin información	8.6	6.7	6.6	1.0	3.1

¹Hipermercados: Wal-Mart, Soriana, Aurrera.

TABLA 5.4 • Porcentaje de obesidad de acuerdo al imc en hogares seguros y con inseguridad alimentaria por nivel de gmU (n=186)

	GMU medio (n=94)			GMU alto (n=53)			GMU muy alto (n=39)		
	SA %	IA %	p	SA %	IA %	p	SA %	IA %	p
Normal	28.6	11.0	0.03*	14.3	34.4	0.39	10.0	25.6	0.56
Sobrepeso	47.6	37.0		28.6	34.4		40.0	34.9	
Obesidad	23.8	52.1		57.1	31.1		50.0	39.5	
Total	100	100		100	100		100	100	

*Prueba de χ^2

Por otro lado, el porcentaje de sobrepeso y obesidad de las mujeres en las AGEBS seleccionadas, fue mayor en aquellas de grado de marginación medio (85.1%); aunque para los otros dos niveles de marginación también fue alta (69.2% y 75.4% para GMU alto y muy alto, respectivamente). Así mismo, 80.3% de los hogares de las mujeres presentaron algún nivel de IA (19.7 IA leve, 39.9 IA moderada y 20.7 IA severa).

La Tabla 5.4. muestra el porcentaje de sobrepeso y obesidad en las mujeres de acuerdo a la presencia o no de inseguridad alimentaria en sus hogares y de acuerdo al GMU de las AGEBS donde viven. Como se observa, las mujeres que viven en hogares con inseguridad alimentaria, y en AGEBS de grado de marginación medio, presentan significativamente mayor proporción de obesidad, que las que viven en AGEBS con grados de marginación alto y muy alto. Esto también coincide con la mayor distribución de establecimientos de venta de alimentos en AGEBS con GMU medio, con respecto a las de alto y muy alto.

En cuanto al tipo de alimentación, la Tabla 5.5. muestra la contribución a la energía de cada uno de los grupos de alimentos en las AGEBS de los distintos grados de marginación. Los datos sugieren que quienes viven en AGEBS de muy alta marginación tienen una alimentación con mayor porcentaje de alimentos ultraprocesados y azúcar y bebidas azucaradas; por otro lado, un consumo menor de alimentos de origen animal y mayor consumo de leguminosas. Además, la contribución a la energía de frutas y vegetales es baja en los tres estratos.

TABLA 5.5 · *Contribución a la energía total consumida de los diferentes grupos de alimentos por GMU (n=186)*

Porcentaje de contribución de energía por GMU			
Grupo de alimento	GMU medio	GMU alto	GMU muy alto
<i>Alimentos libres de energía</i>	0.8	0.4	0.5
<i>Azúcar y bebidas azucaradas</i>	10.9	7.9	16.1
<i>Aceites y grasas</i>	6.1	8.9	6.9
<i>Leche y yogurt</i>	3.5	3.6	3.2
<i>Productos de origen animal</i>	28.6	28.5	19.8
<i>Leguminosas</i>	4.1	6.6	8.3
<i>Productos ultraprocesados/ grasa y azúcar añadida</i>	6.8	7.2	8.4
<i>Cereales y tubérculos</i>	34.3	33.5	32.4
<i>Frutas</i>	2.8	1.8	2.9
<i>Verduras</i>	2.02	1.5	1.4

Cuando se exploraron los lugares de compra de alimentos más frecuentemente reportados en las entrevistas con las mujeres representantes de los hogares, se observó que la frecuencia semanal de compra de alimentos fue de 3.9 ± 2.9 para abarrotes, 1.4 ± 1.2 para supermercados y 1 ± 0.3 para fruterías; las razones principales para la compra en cada uno de estos establecimientos fueron cercanía para abarrotes y precio para supermercados y fruterías. En los abarrotes se compra principalmente alimentos ultraprocesados como los embutidos y enlatados, además de los tradicionales, pero en presentaciones como ultraprocesados (tortillas de trigo y maíz y pan empacados). En los supermercados, aunque la frecuencia de compra es menor, la disponibilidad es más variada y por lo tanto la compra también.

Discusión.

El ambiente alimentario local, según la oferta comunitaria, depende en gran manera de las tiendas de abarrotes que visitan frecuentemente los consumidores y en los que se adquieren principalmente alimentos ultraprocesados y preparados listos para comer. Ello sugiere el impacto que la oferta del tipo de alimentos en estos establecimientos puede tener. Si bien en este trabajo no se exploró el tipo de alimentos que se ofrecen en las tiendas de abarrotes, las respuestas de las mujeres entrevistadas sobre lo que compran en los distintos establecimientos de venta, así como la frecuencia de compra en los mismos, sugiere un ambiente alimentario adverso para la salud de los consumidores. A nivel nacional, la ENSANUT de Medio Camino en 2016 ha identificado el consumo elevado de productos ultraprocesados en la dieta de los mexicanos y particularmente en la dieta de la población del norte de país (Hernández-Ávila *et al.*, 2016).

La oferta de alimentos ultraprocesados frecuentemente involucra alimentos de bajo costo, densos en energía y de valor nutricional bajo, lo que se adapta a la situación económica de las familias. El enfoque de la política social alimentaria como se discutió anteriormente, no dimensionó el crecimiento del sobrepeso y la obesidad en la población, dado que las estrategias se focalizaron en combatir la desnutrición (talla baja en niños) y en las familias en pobreza extrema (9-11 % de la población, según el año). Sin embargo, la pobreza en general involucra a más del 40 % de la población (CONEVAL, 2014); además, diversos estudios han documentado desde los años noventa la relación entre la inseguridad alimentaria y la obesidad (Franklin *et*

al., 2012). Las encuestas nacionales muestran que 70 % de la población vive en hogares con inseguridad alimentaria y 73 y 69.4 % de mujeres y hombres adultos, respectivamente, presenten sobrepeso u obesidad en el país. El estudio de Morales-Ruán, con base a la encuesta nacional de nutrición y salud demostró la relación entre hogares con IA y la presencia de obesidad en las mujeres adultas, principalmente indígenas y que viven en el medio rural (Morales-Rúan *et al.*, 2014). Los datos para el caso de Hermosillo muestran que dicha relación existe en los hogares y las mujeres entrevistadas, principalmente en áreas con índice de marginación medio (mayor oferta alimentaria), pero que se perciben con inseguridad alimentaria.

En cuanto a la alimentación, se puede decir que en general los datos sugieren una alimentación de riesgo; los cereales y tubérculos, los productos de origen animal (frecuentemente embutidos), el azúcar y las bebidas azucaradas y los productos ultraprocesados con grasa y azúcar añadidas, fueron los alimentos que aportaron la mayor proporción de energía a la dieta; por otro lado, alimentos que se consideran fuentes de compuestos protectores, es decir, vegetales y frutas, aportaron una de las menores proporciones.

Como se ha discutido y se observa en los datos mostrados para el caso de Hermosillo, la conjunción de una oferta alimentaria variada concentrada en las áreas de menor marginación, aunada a la pobreza que limita el acceso a un mayor tipo de establecimientos y los precios de los alimentos con mayor calidad nutricional, se traducen en riesgo de inseguridad alimentaria y nutricional mayor.

Hacia la construcción de alternativas

¿Cómo contribuir al cambio del ambiente alimentario local desde nuestro quehacer científico? Antes que nada y como lo proponen Fardet y Rock (2014), el reto es construir soluciones más que integrales, nuevas o emergentes, desde las distintas visiones disciplinares, pero enfocadas en el fenómeno como un todo cambiante e interactivo; además, volver el análisis y las propuestas interdisciplinarias en transdisciplinarias, en donde los actores comunitarios y el consumidor participan activamente en la construcción de soluciones locales. Esto implica rediseñar el modelo nacional de seguridad alimentaria y nutricional con instrumentos de intervención de política social a escala regional, de tal manera que se puedan garantizar que condiciones regionales y locales se incorporen como factores de análisis y planea-

ción de los programas alimentarios. Asimismo, esto implica, entre otros aspectos, generar incentivos para la producción de alimentos tradicionales adecuados a las particularidades de las dietas a escala local y regional, que tome en cuenta los distintos tipos de productores, tipos de propiedad, y que favorezca la generación de ingresos complementarios, como condición para potenciar los programas de combate a la pobreza.

Ese es el reto del grupo de investigación interdisciplinaria sobre prevención de obesidad de CIAD. Hasta ahora, se ha avanzado en la discusión de soluciones disciplinares, que, sin embargo, han resultado un reto, particularmente desde la ciencia y la tecnología de alimentos congruentes con la salud pública. El reto para la industria es ofrecer alimentos mínimamente procesados, ricos en nutrientes y que se adapten a las necesidades de los estilos de vida actuales; pero, además, congruentes con el poder adquisitivo de la mayoría de la población.

Desde el punto de vista de la tecnología de alimentos, la reformulación de productos es una de las estrategias para alentar cambios en el tipo de oferta alimentaria y, por lo tanto, la ingestión de nutrientes (Van Raaij, Hendriksen y Verhagen, 2009). En los últimos años, las reformulaciones de los productos alimenticios con la intención de mejorar el perfil de salud de la población, cobra gran importancia; generalmente estas reformulaciones apuntan a reducir la sal, el azúcar y las grasas en los alimentos altamente procesados, así como en las bebidas azucaradas. Como un ejemplo, la industria alimentaria utiliza los componentes de plantas naturales como los glucosidos de esteviol, que son edulcorantes naturales no calóricos, sustitutos de los edulcorantes sintéticos y también utilizados como medicina natural (Giacaman *et al.*, 2013; Saifi *et al.*, 2015). Por otro lado, algunos estudios demuestran que la reducción del tamaño de partícula del azúcar aumenta la percepción sensorial de la dulzura y podría usarse como una estrategia tecnológica viable para reducir efectivamente el contenido de azúcar en los alimentos (Richardson *et al.*, 2018). Aunado a ello, existen numerosas investigaciones sobre los beneficios de las frutas y verduras como fuentes de compuestos bioactivos, entre ellos los compuestos fenólicos, conocidos por el efecto benéfico en la salud cardiovascular (Everitt *et al.*, 2006; Wijekoon *et al.*, 2011; Działo *et al.*, 2016). Otra propuesta, es el consumo de capsaicina, que se ha sugerido como estrategia efectiva para reducir el riesgo de obesidad, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y anomalías metabólicas

(Li *et al.*, 2019); este compuesto se encuentra en una gran variedad de chiles que se producen en México. Así mismo, los ácidos grasos de cadena media que se encuentran en cantidades considerables en el aceite de coco, pueden beneficiar la prevención y tratamiento de la obesidad, así como el síndrome metabólico (Cardoso *et al.*, 2015; Mumme y Stonehouse, 2015). En los últimos años, se han realizado esfuerzos de investigación masivos para la utilización y conservación de estos compuestos bioactivos en el procesamiento de frutas y verduras; se utilizan para ello, procesos de transformación en los que se diseñan y aplican tecnologías convencionales y no convencionales, con el objetivo de ofrecer productos alimenticios de calidad con el mayor contenido de estos compuestos, bajos en grasa y con aditivos naturales. Las frutas y verduras también se utilizan en la reformulación de productos cárnicos. La adición de ingredientes no tradicionales como aceites vegetales, fibra o compuestos bioactivos, resulta una estrategia exitosa para mejorar el perfil nutricional y para utilizarlos como conservadores naturales en productos como las hamburguesas (Botez *et al.*, 2017). Otra alternativa que resulta interesante desde el punto de vista económico, es la utilización de los desechos que se generan de la industria de alimentos para la extracción de compuestos bioactivos y para producir bioproductos de alto valor nutricional factibles de adicionar a otros alimentos y mejorar su calidad nutricional.

De acuerdo con estos antecedentes, el grupo de Ciencia y Tecnología de Alimentos, tomando como base los tipos de alimentos mayormente consumidos y con mayor grado de procesamiento que resultaron de las encuestas a los consumidores de las AGEBS seleccionadas y los fabricantes de estos alimentos (grandes, medianas y pequeñas empresas), proponen el desarrollo de alimentos alternativos que privilegien el uso de ingredientes naturales y tradicionales, con mejor perfil nutricional. Se propone un acercamiento con las principales industrias de alimentos para sensibilizar sobre la necesidad de ofertar productos alimenticios más saludables, menos densos calóricamente y que coadyuven a disminuir el incremento de obesidad y sobrepeso, así como enfermedades cardiovasculares, entre otras. Dos de las estrategias posibles son la reformulación de productos alimenticios que actualmente elaboran y el desarrollo de nuevos productos más saludables.

Estas propuestas están en congruencia con las estrategias del grupo de Nutrición Pública y Salud y de Desarrollo Regional, sobre la modificación del ambiente alimentario en conjunto con un proceso

participativo y reflexivo sobre las prácticas alimentarias de las familias en las comunidades.

Conclusiones

Para el caso de Hermosillo, la falta de una oferta alimentaria variada, sobre todo en las áreas de marginación alta, aunada a la pobreza que limita el acceso a un mayor tipo de establecimientos que oferten alimentos variados y los precios de los alimentos con mayor calidad nutricional, se traducen en riesgo de inseguridad alimentaria y nutricional.

Las soluciones de largo plazo apuntan hacia el cambio en las prácticas alimentarias y de actividad física de la población, congruentes con ambientes más saludables que requieren del combate a la pobreza, políticas públicas adecuadas a las necesidades actuales y locales, la transformación del sistema alimentario nacional y de la promoción de la salud y la seguridad alimentaria. Por otro lado, ante la emergencia de salud pública, la industria alimentaria debe asumir el reto de contribuir a un ambiente alimentario más saludable, a través de productos convenientes, pero también más sanos. ■

Bibliografía

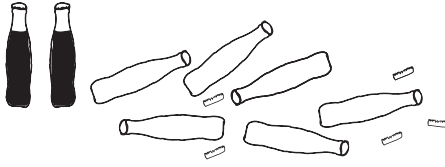
- Aburto, T.C.; L.S. Pedraza; T.G. Sánchez-Pimienta; C. Batis, y J.A. Rivera. 2016. Discretionary foods have a high contribution and fruit, vegetables, and legumes have a low contribution to the total energy intake of the Mexican population. *The Journal of nutrition*, 146(9). 1881S-1887S. doi:10.3945/jn.115.219121
- Botez, E.; O. V. Nistor; D. G. Andronoiu; G. D. Mocanu e I. O. Ghinea. 2017. Meat product reformulation: nutritional benefits and effects on human health. En: María Chavarrri Hueda (Ed.). *Functional Food: Improve Health through Adequate Food*. Pp. 167-184. doi:10.5772/intechopen.69118
- Cardoso, D. A.; A. S. Moreira; G. M. De Oliveira; L.R. Raggio y G. Rosa. 2015. A coconut extra virgin oil-rich diet increases HDL cholesterol and decreases waist circumference and body mass in coronary artery disease patients. *Nutricion Hospitalaria*, 32(5), 2144-2152. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3092/309243320033>
- Carlsen, L. 2011. México: La violencia exponencial. *América Latina en movimiento*. 464, 10-15.
- Clark, S. E.; C. Hawkes; S. M. Murphy; K. A. Hansen-Kuhny y D. Wallinga. 2012. Exporting obesity: US farm and trade policy and the transformation of the Mexican consumer food environment. *International journal of occupational and environmental health*, 18(1), 53-64. doi:10.1179/1077352512Z.0000000007
- Consejo Nacional de Población, 2018. CONAPO: México. Recuperado de: www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Datos_Abiertos_del_Indice_de_Marginacion [Accesado 21 septiembre 2020]
- Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2017. *Informe de pobreza en México*. CONEVAL: México. Recuperado de: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2016.aspx [Accesado 21 septiembre 2020]

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2015. *CONEVAL informa los resultados de la medición de pobreza 2014*. CONEVAL: México. Recuperado de: https://www.coneval.org.mx/.../Comunicado005_Medicion_pobreza_2014.pdf [Accesado 20 mayo 2020]
- Dziąło, M.; J. Mierziak; U. Korzun; M. Preisner; J. Szopa y A. Kulma. 2016. The potential of plant phenolics in prevention and therapy of skin disorders. *International Journal of Molecular Sciences*, 17(2), 160. doi:10.3390/ijms17020160
- Hernández-Ávila, M.; J. Rivera-Dommarco; T. Shamah-Levy; L. Cuevas-Nasu; L.M. Gómez-Acosta; E.B. Gaona-Pineda; M. Romero-Martínez; I. Gómez-Humarán; P. Saturno-Hernández.; S. Villalpando-Hernández; P. Gutiérrez; M.A. Ávila-Arcos; E.R. Mauricio-López; J. Martínez-Domínguez y D.E. García-López. 2016. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de resultados*; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud: Cuernavaca, México, pp.1-149. Disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf> [Accesado el 12 de septiembre 2020]
- Everitt, A. V.; S. N. Hilmer; J. C. Brand-Miller; H. A. Jamieson; A. S. Truswell y A. P. Sharma. 2006. Dietary approaches that delay age-related diseases. *Clinical Interventions in Aging*, 1(1), 11–31. doi:10.2147/cia.2006.1.1.11
- Ezzati, M. y E. Riboli. 2013. Behavioral and dietary risk factors for noncommunicable diseases. *New England Journal of Medicine*, 369 (10), 954–964. doi:10.1056/NEJMra1203528
- FAO. 2015. *La FAO y los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, pp 1-8. Recuperado de: <http://www.fao.org/3/a-i49975.pdf> [Accesado 20 agosto 2020]
- FAO. 2013. *El estado mundial de la agricultura y la alimentación*. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Pp 1-6. Recuperado de: <http://www.fao.org/docrep/018/i33015/i33015.pdf> [Accesado 23 agosto 2020]
- Fardet, A. 2015. Nutrients, nutrition, nourishment. See and enjoy food whole. [The Food System]. *World Nutrition*, 6(4), 269-279.
- Fardet, A. y E. Rock. 2014. Toward a new philosophy of preventive nutrition: from a reductionist to a holistic paradigm to improve nutritional recommendations. *Advances in Nutrition*, 5(4), 430-446. doi:10.3945/an.114.006122
- Flores, M.; N. Macías; M. Rivera; A. Lozada; S. Barquera; J. Rivera-Dommarco, y K. L. Tucker. 2010. Dietary patterns in Mexican adults are associated with risk of being overweight or obese. *The Journal of Nutrition*, 140(10), 1869-1873. doi:10.3945/jn.110.121533
- Franco, M.; U. Bilal y J. Diez. 2016. Food environment. En B. Caballero; P.M. Finglas y F. Tolrá. (Eds.). *Encyclopedia of Food and Health*. Cambridge, MA y Academic Press. USA. Pp. 22-26.
- Franklin, B.; A. Jones; D. Love; S. Puckett; J. Macklin y S. White-Means. 2012. Exploring mediators of food insecurity and obesity: a review of recent literature. *Journal of Community Health*, 37(1), 253-264. doi:10.1007/s10900-011-9420-4
- Fraser, C. y S. Restrepo-Estrada. 1996. *Comunicación para el desarrollo rural en México: en los buenos y en los malos tiempos*. FAO-Oficina Regional para Latinoamérica. Chile. Recuperado de: <http://www.fao.org/3/w36165/w3616500.htm> [Accesado 08 abril 2020]
- Giacaman, R.A., Campos, P., Muñoz-Sandoval, C., y Castro, R.J. (2013). Cariogenic potential of commercial sweeteners in an experimental biofilm caries model on enamel. *Arch Oral Biol*, 58, 1116–1122. doi:10.1016/j.archoralbio.2013.03.005
- Gillespie, S., y Van den Bold, M. (2017). Agriculture, food systems, and nutrition: meeting the challenge. *Global Challenges*, 1(3), 1600002. doi:10.1002/gch2.201600002
- Gillespie, L. D.; W. J. Gillespie; M. C. Robertson; S. E. Lamb; R. G. Cumming y B. H. Rowe. 2003. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. S/P (4):CD000340. doi:10.1002/14651858.CD000340. Actualizado de: *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD000340. PMID: 14583918.
- González-Siqueiros, L.E. 2008. *Cambios en el patrón de consumo de alimentos y el riesgo de enfermedades crónicas en la población Sonorense*. Pp. 1-61. Tesis de Maestría. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. México.
- Gutiérrez J.P.; J. Rivera-Dommarco; T. Shamah-Levy; S. Villalpando-Hernández; A. Franco; L. Cuevas-Nasu; M. Romero-Martínez y M. Hernández-Ávila 2012. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

- Herforth, A. y T. J. Ballard. 2016. Nutrition indicators in agriculture projects: Current measurement, priorities, and gaps. *Global Food Security*, 10, 1-10. doi:10.1016/j.gfs.2016.07.004
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. 2018. INEGI: México. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/denue>
- International Food Policy Research Institute. 2016. *Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*. USA, págs. 1-157. doi:10.2499/97808962958414
- Kroker-Lobos, M. F.; A. Pedroza-Tobías; L. S. Pedraza; y J. A. Rivera. 2014. The double burden of undernutrition and excess body weight in Mexico. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 100(6), 1652S-1658S. doi:10.3945/ajcn.114.083832
- Wenfeng, L.; Y. Hongyan y L. Yalong. 2019. Capsaicin alleviates lipid metabolism disorder in high beef fat-fed mice. *Journal of Functional Foods*, 60:103-107
doi:10.1016/j.jff.2019.103444
- Magaña-Lemus, D., Ishdorj, A., Rosson, C. P., y Lara-Álvarez, J. (2016). Determinants of household food insecurity in Mexico. *Agricultural and Food Economics*, 4(1), 1-20. doi:10.1186/s40100-016-0054-9
- Meléndez-Torres, J. M., y G. M. Cañez. 2012. Transformación Alimentaria en Sonora: Nuevas Tendencias en el Comportamiento Alimentario y Nutricional de la Población Infantil y Juvenil. En M. Hernández-Moreno y J. Meléndez-Torres (Eds.). *Alimentación Contemporánea: Un Paradigma en Crisis y Respuestas Alternativas*. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo. México. Pp.133-158.
- Melgar-Quinonez, H.; L.L. Kaiser; A.C. Martín; D. Metz y A. Olivares. 2003. Inseguridad alimentaria en latinos de California: Observaciones de grupos focales. *Salud Pública de México*, 45(3), 198-205. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v45n3/16482.pdf
- Morales-Ruán, M.C.; H.I. Méndez-Gómez; T. Shamah-Levy; Z. Valderrama-Álvarez y H. Melgar-Quinonez. 2014. La inseguridad alimentaria está asociada con obesidad en mujeres adultas de México. *Salud Pública de México*. 56(1). Pp. 554-561. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56s1/v56s1a9.pdf>
- Mumme, K.; y W. Stonehouse. 2015. Effects of medium-chain triglycerides on weight loss and body composition: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(2), 249-263. doi:10.1016/j.jand.2014.10.022
- Organización Mundial de la Salud, OMS. 2011. Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. *Documento de trabajo de la conferencia mundial sobre los determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro, 19-21 de Octubre del 2011*. OMS. 55 páginas. Brasil. Disponible en https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf

- Ortega, M.I. y M.E. Valencia. 2002. Measuring the intake of foods and nutrients of marginal populations. *Public Health Nutrition*. 5 (6A), 907-910. doi:10.1079/PHN2002379
- QGIS Development Team. 2017. QGIS *Geographic Information System*. Open Source Geospatial Foundation Project. Recuperado de: <https://qgis.org>.
- Saifi, M.; N. Asrullah, M.M. Ahmad; A. Ali; J.A. Khan y M. Abdin. 2015. In silico analysis and expression profiling of miRNAs targeting genes of steviol glycosides biosynthetic pathway and their relationship with steviol glycosides content in different tissues of *Stevia rebaudiana*. *Plant Physiol. Biochem.* 94, 57-64. doi:10.1016/j.plaphy.2015.05.009
- Sanchez-Griñán, M. I. 1998. Seguridad alimentaria y estrategias sociales: Su contribución a la seguridad nutricional en áreas urbanas de América Latina. *Int'l Food Policy Res Inst, IFPRI*: vol. 23, 49 págs.
- Sandoval, S.A. y D.M. Camarena-Gómez. 2015. *Gente de Carne y Trigo, Comida y consumo de Alimentos en Sonora*. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. México, 171 págs.
- Secretaría de Salud. 2010. *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el Sobrepeso y Obesidad*. SS: México, 43 págs. Recuperado de: https://ocadizquintanar.files.wordpress.com/2011/11/ansa_acuerdo_original1.pdf
- Swinburn, B.A.; G. Sacks; K.D. Hall; K. McPherson; D.T. Finegood; M.L. Moodie y S.L. Gortmaker. 2011. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*. 378(9793), 804-814.
doi:10.1016/S0140-6736(11)60813-1
- The Global Food Security Index. 2017. *Ranking global de México en índice de seguridad alimentaria respecto a 112 países*. Disponible en: <https://foodsecurityindex.eiu.com/>
- Valencia, M.E.; L.C. Hoyos; M.N. Ballesteros; M.I. Ortega; M.R. Palacios y J.L. Atondo. 1998. La dieta en Sonora: Canasta de consumo de alimentos. *Estudios Sociales, Revista de Investigación del Noroeste*, 3(15), 11-39.
- Van Raaij, J.; M. Hendriksen y H. Verhagen. 2009. Potential for improvement of population diet through reformulation of commonly eaten foods. *Public Health Nutrition*, 12(3), 325-330. doi:10.1017/S1368980008003376
- Wijekoon J.O; R. Bhat y A. A. Karim. 2011. Effect of extraction solvents on the phenolic compounds and antioxidant activities of bunga kantan (*Etlingera elatior* Jack.) inflorescence. *Journal of Food Composition and Analysis*, 24(4-5), 615-619. doi:10.1016/j.jfca.2010.09.018

CAPÍTULO



Consideraciones sociales y culturales
en la atención de la obesidad infantil

Estudio de caso en Hermosillo Sonora

Javier Iván Quintana Torres*
Patricia Aranda-Gallegos
María del Carmen Arellano Gálvez

* JEFE DE LA SECCIÓN DE PEDIATRÍA
Centro Estatal de Oncología,
Dr. Ernesto Rivera Claisse
jquintanat29@gmail.com

El objetivo es documentar y analizar las prácticas de atención hospitalarias dirigidas a niñas y niños con obesidad y compararlas con las prácticas, perspectivas y condiciones que reportan sus cuidadoras. Se trata de un estudio cualitativo en el que participaron ocho cuidadoras de niñas y niños atendidas en la Clínica de Obesidad del Hospital Infantil del Estado de Sonora (CONHIES) durante 2013-2015. El estudio comprendió dos momentos: a) observación de las rutinas, prácticas de atención y sesiones educativas en la CONHIES durante tres meses, y b) visitas a los hogares o lugares en donde cuatro niñas y cuatro niños entre 6 y 12 años de edad reciben alimentación y realización de entrevistas semiestructuradas a sus cuidadoras. Uno de los mayores retos que enfrentan las cuidadoras es la influencia de las redes sociales y familiares en la consecución de los planes alimenticios de los menores. El hecho de que las niñas y niños sigan un plan alimenticio genera cierta inquietud entre los integrantes del grupo doméstico, quienes transitan de un discurso de apoyo a un discurso de desaprobación, influyendo en las prácticas de cuidado. Se concluye que es necesario reflexionar sobre la pertinencia del enfoque sociocultural en la atención de la obesidad infantil, ya que permite reconocer la vivencia de la obesidad como una condición estigmatizada, así como las dinámicas de los grupos domésticos y las dificultades de las cuidadoras para el seguimiento de las indicaciones médico-nutricionales. Es necesario repensar las estrategias de prevención y atención para conjuntar equipos interdisciplinarios en los que además del personal médico y de nutrición, se incluya a profesionales de las ciencias sociales como los del trabajo social, con la finalidad de comprender los elementos socioculturales que posibilitan la prevalencia de este problema de salud pública.

PALABRAS CLAVE

Sociología de la salud · nutrición infantil · relación médico-paciente · educación para la salud · determinantes sociales de la salud

Introducción

Las preocupantes cifras de obesidad infantil en el país y en particular en Sonora, sustentan la pertinencia de estudios que aborden los diferentes aspectos biopsicosociales con perspectiva relacional de este problema de salud pública. Este capítulo documenta y analiza las prácticas de atención a niños con obesidad en un espacio de atención médica, particularizando en las representaciones y prácticas de las cuidadoras de niñas y niños que acuden a la institución hospitalaria de la ciudad de Hermosillo, Sonora. Los resultados aquí descritos son parte del trabajo de tesis requerido para obtener el grado de maestría en Ciencias Sociales por parte del primer autor en El Colegio de Sonora. El objetivo central de dicha investigación fue analizar la forma en que se consideran los aspectos socioculturales en el programa de atención clínica, así como en los hogares o lugares en donde reciben alimentación y se llevan a cabo las principales rutinas de niñas y niños.

El estudio se realizó en la Clínica de Obesidad del Hospital Infantil del Estado de Sonora (CONHIES), lugar al que son canalizados niñas y niños del municipio de Hermosillo cuando se les diagnostica esta condición en los Centros de Salud o en el mismo Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES). La investigación se realizó con metodología cualitativa a través de la observación cotidiana de la consulta médica y nutricional durante tres meses, además de entrevistas semiestructuradas a las cuidadoras de niñas y niños realizadas en los hogares. Los criterios para seleccionar a las cuidadoras fueron que éstos tuvieran un diagnóstico de obesidad, cuya edad fuera entre 6 y 12 años y que hubieran acudido en búsqueda de atención a la CONHIES. Se realizaron al menos tres entrevistas a las cuidadoras de cuatro niñas y cuatro niños.

Este capítulo está integrado por un apartado sobre antecedentes en el estudio de la obesidad infantil, otro sobre datos epidemiológicos en el país y Sonora, para después describir la metodología empleada en el estudio. Posteriormente analizamos los datos empíricos, a partir de los cuales reflexionamos sobre los retos de las cuidadoras para realizar los planes alimenticios como parte de la atención a los menores. En el apartado de conclusiones retomamos los hallazgos más importantes y presentamos una reflexión sobre el abordaje interdisciplinario de la obesidad infantil, en particular con el ejercicio de los profesionales del trabajo social, como parte de la atención integral a este problema de salud pública.

La obesidad se define como «una enfermedad crónica, que se produce por un desbalance entre el gasto y la ingesta energética. El exceso de energía es almacenado en las células adiposas las cuales se hipertrofian y/o aumentan en número» (Urrejola, 2007, 421). Desde 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló el carácter epidémico de la obesidad, considerándola como la primer enfermedad crónica no transmisible que alcanza esta dimensión, y que se relaciona con la transición nutricional moderna. En la aparición y desarrollo de la obesidad, intervienen factores genéticos, metabólicos, psicosociales, ambientales, así como procesos relacionados con la condición socioeconómica, la cultura, el nivel educativo, el contexto sociopolítico en particular, comprendidos en procesos estructurales del mundo globalizado (Dehghan *et al.*, 2005; Speiser *et al.*, 2005; Achor *et al.*, 2007; Walters, 2007; Barrera *et al.*, 2013; Valladares *et al.*, 2013; Martínez y Navarro, 2014, y Rodríguez *et al.*, 2014).

De acuerdo con Pinzón (2009), se diagnostica obesidad infantil cuando la determinación del índice de masa corporal (IMC) es mayor al percentil 95, de acuerdo con las tablas de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Los estudios sobre comportamiento alimentario apuntan la etiología de esta condición en el cambio nutricional relacionado con la globalización y la urbanización, que posibilitan adquirir hábitos alimentarios poco saludables además del incremento del sedentarismo (Domínguez y Cabrera, 2009; Gracia, 2009; Meléndez, Cañez y Frías, 2010). Walters *et al.*, (2007) mientras que consideran necesaria una definición de la obesidad que incluya tanto las características biológicas medibles así como los elementos biopsicosociales, debido a que el padecimiento no solo involucra una comorbilidad múltiple en la que intervienen factores genéticos y del contexto alimentario, sino que conlleva la vivencia de una condición estigmatizada que afecta la autoestima y la adaptación social de quien la vive, sobre todo niñas y niños en el espacio escolar (Geller, 2004 y Cortesi, 2005 citados en Walters *et al.*, 2007).

Entre las consecuencias relacionadas con la obesidad están los problemas psicológicos, como depresión, aumento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, asma, diabetes tipo 1 y 2, anomalías ortopédicas, enfermedades del hígado, cáncer, artritis, complicaciones metabólicas como resistencia insulínica, alteraciones mens-

truales en las mujeres, esteatosis hepática, hiperandrogenismo, colelitiasis, dislipidemia, apnea obstructiva del sueño, alteraciones viscerales, dermatológicas y neurológicas, así como muerte prematura (Dehghan *et al.*, 2005; Speiser *et al.*, 2005; Achor *et al.*, 2007; Urrejola, 2007, y Valladares *et al.*, 2013). Todo lo anterior aumenta cuando la obesidad se presenta en etapas tempranas, cuyas consecuencias a la salud tienden a ser más graves durante el curso de vida.

De acuerdo con Haro (2011), el análisis de la atención a la obesidad requiere del estudio de las relaciones entre distintos actores sociales, como las cuidadoras y los cuidadores, los niños y las niñas y el personal de salud. En este trabajo se denomina cuidadores o cuidadoras a los padres, las madres, otros miembros de la familia o personas externas que están a cargo de niñas y niños. Los estudios sobre necesidades nutricionales señalan que las intervenciones familiares en la atención a la obesidad infantil, cada integrante de la familia tiene diferentes necesidades nutricionales y de actividad física en relación con la edad y el tipo rutina cotidiana (Berry *et al.*, 2004), mientras que Davison *et al.*, (2012) refiere el papel fundamental de las familias en la formación de hábitos de vida entre las niñas y niños; de ahí que la prevención de la obesidad en la población juvenil requiera de programas que correspondan con las dinámicas de los grupos domésticos y el contexto sociocultural. Diversos estudios reiteran el papel central de las cuidadoras –generalmente mujeres– en el proceso de atención de integrantes de la familia con alguna situación de salud particular (Robles, 2004; Barragán, 2007; Martínez *et al.*, 2009; Guerrero y Rojas, 2009; Vargas, 2010).

La obesidad infantil como problema de salud pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce como un problema de salud pública a la obesidad infantil, así como las altas probabilidades de que niñas y niños obesos padezcan enfermedades no transmisibles a edades más tempranas (OMS, 2014). En 2004 la OMS propuso la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, cuyo objetivo fue «promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poca sana y a la falta de actividad física» (2004, 4). En 2014 se creó la Comisión para acabar con la Obesidad Infantil en la que participan los países miembros de la OMS, entre los que se

incluye México y se recomienda que los gobiernos reconozcan su responsabilidad en la prevención y atención de este problema (OMS, 2016).

Se estima que en 2016, 41 millones de niñas y niños menores de cinco años en el mundo tenían sobrepeso u obesidad, mientras que 340 millones de menores de cinco a 19 años vivían una de estas condiciones (OMS, 2018). En México durante las últimas décadas, se ha registrado un aumento en el sobrepeso y obesidad en población de todas las edades, incluyendo a niñas y niños, lo que ha llevado al país a ubicarse dentro de los primeros lugares en prevalencia de esta enfermedad. Se reporta que 4 millones de niñas y niños entre cinco y 11 años tienen obesidad, siendo el principal problema de salud pública (INSP, 2015).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 de Medio Camino (ENSANUT MC, 2016) indica que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en población de cinco a 11 años fue de 33.2 %, mientras que en 2012 fue de 34.4 %, lo que indica una prevalencia sostenida de estas condiciones en estos 4 años. Para el sobrepeso, se registró una prevalencia de 17.9 %, mientras que de obesidad fue de 15.3 % para 2016. Comparando con los resultados de 2012, se puede observar una disminución estadísticamente significativa en la prevalencia de sobrepeso en 2016 (con 4 % menos), mientras que las prevalencias de obesidad en 2012 y 2016 son muy similares. Los niños son quienes tienen una prevalencia mayor de obesidad si comparamos con las niñas (18.3 % en el primer caso y 12.2 % en el segundo; ENSANUT MC, 2016).

La misma encuesta registró que en todo el país hay un elevado consumo cotidiano de alimentos no recomendables entre niñas y niños de edad escolar (de cinco a 11 años), que incluyen bebidas azucaradas, botanas, dulces y postres, siendo la región norte del país, a la que pertenece Sonora la que mayor consumo tiene, a pesar de registrar una disminución en la prevalencia de sobrepeso y obesidad que en 2012 fue de 37.7 % (la segunda más alta en todo el país) y bajó a un 29.5 % en 2016, la más baja en el país. Estos datos nos invitan a revisar las políticas para atender la problemática en la región y los programas específicos de atención a población infantil. Un dato interesante de la ENSANUT MC 2016 es el aumento de obesidad en escolares que viven en localidades rurales, que pasó de 9.8 % en 2012 a 12.5 %, mientras que en localidades urbanas se registró un descenso de 37.4 % en 2012 a un 34.9 en 2016. Esto se puede relacionar con el acceso a alimentos industrializados en zonas rurales, así como con la pérdida de autonomía alimentaria afectada por los procesos de globalización alimentaria (Rivera *et al.*, 2014; Rubio y Pasquier, 2019).

En la ENSANUT 2012 encontramos datos por entidad federativa y en Sonora, se reportó una prevalencia de obesidad en niños y niñas de cinco a 11 años de 17.8 %, mientras que la media nacional fue de 14.6 %. Los porcentajes de obesidad en niñas y niños en Sonora se han mantenido constantes en la última década. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 (ENN) y a la ENSANUT 2006 y 2012, muestra que, para niñas y niños, el despegue de la obesidad a partir de 2006 fue considerable y a partir de entonces la situación poco ha cambiado tal como la ENSANUT 2016 reporta. Si bien en México se han logrado bajar algunas tasas de prevalencia de obesidad infantil, los datos epidemiológicos nos indican la pertinencia de reflexionar sobre las experiencias de atención a partir de las cuales proponer programas interdisciplinarios en la prevención y atención de este padecimiento.

Acercamiento metodológico

El proyecto de investigación fue sometido a evaluación ante el Comité de Ética de El Colegio de Sonora y la Coordinación de Posgrado, así como por el comité de bioética de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora y el Comité Ética e Investigación del Hospital Infantil del Estado de Sonora. Se respetó la confidencialidad, el anonimato y el derecho de las y los participantes de declinar su participación en cualquier momento de la investigación y de ser atendidos en las dudas que pudieran generarse.

Por los objetivos planteados, el uso de la metodología cualitativa resultó pertinente, ya que permite considerar la perspectiva del paciente, contexto sociocultural, así como el sistema biomédico. El proyecto partió de la identificación de casos para comprender y analizar el objeto de estudio haciendo uso de múltiples fuentes de información cuantitativa y cualitativa en el contexto real donde se presenta el fenómeno, en la que se da cabida a los datos subjetivos y se reconoce la influencia del investigador o investigadora en la interpretación de la información en su conjunto (Jiménez, 2012). De acuerdo a Huberman y Miles (2000), «los casos son individuos o más unidades molares que deben compartir varias características en común: una familia, una tribu, una pequeña empresa, un vecindario, una comunidad. Los casos también pueden ser instancias de un fenómeno más grande [...] generalmente de un proceso social importante» (273).

Una vez autorizado el ingreso al hospital por parte del Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES), se hizo una caracterización de

la atención que se brinda en la CONHIES, a partir de la cual se seleccionaron los casos atendidos de 2013 a 2015. Primero se realizó observación en el espacio hospitalario de la CONHIES para conocer la rutina desde que se ingresa a dicha clínica y el procedimiento para recibir atención. Posteriormente se realizaron observaciones no participantes en las consultas y ambos tipos de observaciones se transcribieron en su totalidad. Por último, se realizaron entrevistas en el domicilio de los y las cuidadoras de niñas y niños con obesidad.

El personal de la CONHIES invitó a participar a las cuidadoras en el proyecto y a quienes aceptaron, se les contactó para agendar una cita en el lugar elegido por ellas mismas, que en todos los casos fue el domicilio particular. Se acudió en las fechas y horarios indicados a realizar entrevistas semiestructuradas, cuya duración promedio fue de una hora y se utilizaron pseudónimos para proteger la identidad de las participantes y asegurar su confidencialidad. Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad y al igual que las transcripciones de las observaciones, éstas se organizaron y analizaron utilizando el *software* Nvivo versión 10, que permite sistematizar información empírica.

En total se documentaron ocho casos con los siguientes criterios de selección:

1. Recibir atención en la CONHIES desde 2013 a 2015;
2. Constituir grupos domésticos de niñas y niños con diagnóstico de obesidad.

Siete mujeres desempeñaban el papel de cuidadoras, mientras que solo un hombre se identificó como cuidador principal en el total de los casos.

Observando la atención.: situación. en. la. Clínica.
de. Obesidad en. el Hospital Infantil del Estado de Sonora. (CONHIES)

En este apartado presentamos datos obtenidos de la observación directa en la CONHIES, tanto de la rutina de atención como de la consulta médico-nutricional. El consultorio se encuentra en el cuarto piso del HIES, en el cual diariamente se brindan 6 consultas durante un tiempo aproximado de dos horas durante la mañana. El mobiliario del consultorio es: un escritorio, tres sillas, una impresora, un lavamanos, un estadímetro de pared, un infantómetro, dos básculas y una cama de exploración. En la pared cuelgan tres láminas del plato del buen comer, donde se muestran los tres grupos básicos de la alimentación.

Las niñas y niños llegan a la CONHIES ya sea por referencia de una unidad de salud o bien, cuando se solicita consulta por medio del Seguro Popular. Los niños, niñas y adolescentes generalmente son acompañados por sus cuidadoras madres, abuelas o tutoras, y raramente acude el padre. Cuando un paciente llega a su primera consulta, es el médico quien lo atiende, mientras que los casos subsecuentes son atendidos por el personal de nutrición, en ambos casos participan estudiantes de nutrición y medicina. Durante la observación de las consultas, registramos que la lógica de la misma se fundamenta en tres temas:

1. Información alimenticia: en la cual se explica el «semáforo», que expone las recomendaciones sobre las porciones de los alimentos por medio de los colores verde, amarillo y rojo, significando este último, aquellos grupos de alimentos que se recomienda comer en menor cantidad.
2. Actividad física dentro y fuera del hogar: en el primer caso incluye actividades domésticas que posibiliten la activación como trapear, barrer y limpiar. En el segundo caso, se recomienda caminar de 25 a 30 minutos diariamente.
3. Sedentarismo y permisividad: se realiza un interrogatorio donde se reflexiona sobre hábitos sedentarios como las horas de exposición al televisor, teléfono celular u otro dispositivo electrónico, así como la permisividad de los padres ante estas conductas.

Respecto a la rutina de atención, observamos que previo a la consulta y antes de la entrada de los niños y niñas, el personal de salud revisa los expedientes en papel, sin embargo, en algunos casos esta revisión ocurre cuando los menores están presentes. Durante el interrogatorio y las recomendaciones nutricionales se abordan algunas de las temáticas antes descritas. La repetida observación en el espacio de la CONHIES, nos permitió realizar una diagramación de la rutina de atención en diversas etapas y en las que participan diversos actores: profesionales de la salud, cuidadoras y niñas y niños con obesidad (Esquema 6.1.).

Otra de las actividades realizadas en la CONHIES son una serie de pláticas mensuales en las que se abordan temáticas sobre alimentación, salud, cuidado, alimentos saludables y no saludables, su preparación y actividad física. Durante estas charlas observamos la asistencia de tres a cuatro niños y niñas, acompañados de sus cuidadoras. La riqueza de la observación nos permitió reflexionar sobre los vacíos en el

proceso de atención, que si bien cumple con los procedimientos que a nivel técnico se requieren, como las mediciones antropométricas y brindar recomendaciones nutricionales, también emergen temas que son abordados parcialmente, sobre todo en lo referente a los motivos de sedentarismo y la conducta permisiva de los padres y madres, razón por la cual en las entrevistas se buscó interrogar sobre los motivos de tales situaciones.

La observación de estos dos momentos también nos invita a reflexionar sobre la necesidad de la participación de diversos profesionales de la salud y de las ciencias sociales, entre las cuales se encuentra el trabajo social. Las intervenciones desde esta disciplina permiten un abordaje comunitario, de ahí la pertinencia en la atención interdisciplinaria de la obesidad, que rebasa los procesos individuales-familiares. Es necesario reconocer los elementos estructurales en este problema de salud pública y que van desde la oferta alimenticia en distintos contextos, las dinámicas económicas y laborales hasta el ciclo del grupo doméstico en que crece una niña o niño con obesidad. A partir del reconocimiento de estos factores individuales y socioculturales, en el siguiente apartado analizamos las prácticas y representaciones de las cuidadoras sobre el proceso de atención en el hogar.

Los cuidados, las cuidadoras y su *cuidar*

De los ocho casos analizados, en siete de ellos las madres son las cuidadoras principales y solo en uno es el padre, lo que indica la reproducción de los estereotipos de género que ubica a las mujeres como principales cuidadoras de la salud y la alimentación de los hijos e hijas (Criado, 2004; Vizcarra, 2008; Pérez y

ESQUEMA 5.2 ·
Itinerario consulta en la CONHIES

Fuente: Quintana (2016).



Gracia, 2013). En este apartado presentaremos las dificultades que las cuidadoras y el cuidador refieren respecto al seguimiento de las indicaciones médicas y nutricionales, que van más allá del discurso del *deber ser* y de la modificación de conducta, como si se tratase de un asunto de voluntad y buena actitud. Estos procesos se relacionan con diversas condiciones socioculturales que posibilitan o no la puesta en práctica de estas indicaciones, entre ellas la dinámica del grupo doméstico y comunitario, la situación en el entorno escolar de las niñas y niños, así como las dificultades para la atención en la consulta médica, la influencia mediática en los patrones alimenticios, entre otros elementos.

Las problemáticas que enfrentan las cuidadoras y el cuidador para atender a sus hijas e hijos en el espacio doméstico-familiar, permiten reflexionar sobre las prácticas que contradicen las indicaciones médicas, así como los cuestionamientos que en este espacio se generan respecto a lo que es «mejor» para la salud de las niñas y niños. Una de las situaciones difíciles es la organización de los alimentos y las comidas, ya que algunos no son accesibles económica ni físicamente, a lo que se sumaría culturalmente. A esto se suma que algunos alimentos o comidas no son del agrado de las niñas y niños, mientras que las cuidadoras refieren no saber cuál es la porción de alimentos recomendada.

La influencia de las redes sociales y familiares en la consecución de los planes alimenticios es uno de los mayores retos que enfrentan como cuidadoras. Las indicaciones nutricionales generan distintas dinámicas que van desde la aprobación y apoyo, hasta la puesta en duda de tal plan alimenticio. Además, para los menores es difícil seguir las recomendaciones alimenticias cuando en su contexto cercano, como el escolar y familiar, se consumen alimentos que le son prohibidos. La influencia de las redes sociales y familiares es crucial en la condición de salud de las niñas y niños con obesidad, incluso la persuasión que ejerce la familia y las amistades se refleja en el discurso de las cuidadoras. Si bien estas redes parten de ayudar en el proceso de atención del niño o niña, algunos discursos o prácticas parecerían contradictorias, generando situaciones de tensión y conflicto, como Marisela relata:

Sí lo han apoyado y a veces el niño ha sufrido porque está en un proceso de tratamiento, pero lo que no me gusta es siempre, a veces, hay problemas, que nos sentamos en la mesa a comer, así cuando es reunión, una cena familiar y nos sentamos a la mesa y no me gusta que todos estemos comiendo y que le digan: «tú, niño, eso no lo puedes comer», cuando el niño ya

está casi para darle la mordida y él se pone a llorar... no sé cómo explicarles a ellos, incluyendo a mis papás de una forma que ellos no se ofendan... él (el niño) lo que hace para defenderse pues llorar y lo que hace es llevarse la comida escondida, irse a su cuarto y ahí come. Necesito preguntarle al doctor cómo le puedo decir a la familia que no le digan así.

GD 8_Marisela

El desconocimiento de cómo manejar estas situaciones genera en las cuidadoras preocupación, ya que por un lado está la atención a la salud del hijo y por el otro, la situación familiar en la cual la falta de empatía y de acompañamiento en el proceso generan situaciones de sufrimiento para los menores, que repercuten en una mayor sensación de ansiedad y consumo de alimentos, como relató Marisela. Estas experiencias además se entrecruzan con condiciones materiales de vida que imposibilitan seguir las indicaciones nutricionales, como Monserrat relata:

Pues sí he platicado con ella [su hermana], sobre todo con él [su cuñado] porque es él que hace la comida. Pero... no yo siento así que van a decir: «no es mi bronca, no voy a cambiar mi forma de comer por alguien». Incluso me han dicho: «es que tú debes de hacerle la comida a Eloísa». No puedo ahorita porque trabajo con ellos, me pagan cien pesos y ellos me apoyan con la comida, no me puedo poner moños, ni tampoco me alcanza para yo comprarle la comida, hacérsela y llevarle para que ella coma eso, no tengo esa facilidad de hacer las cosas, por eso me atengo a lo que ellos hagan.

GD 4_Monserrat

Las condiciones laborales y económicas imposibilitan que Monserrat ponga en práctica las recomendaciones médico-nutricionales, limitando su capacidad de decisión sobre el tipo de alimentos para su hija. A esto se suma que la restricción de los alimentos genera situaciones de estigmatización y discriminación hacia las niñas y niños por parte de otros miembros del grupo doméstico. La decisión se vive distinta cuando se restringen los alimentos como parte de un cambio de alimentación familiar, a cuando se hace para tratar la enfermedad de un menor con obesidad. Por ejemplo, eliminar de la dieta alimentos chatarra que son del agrado de niñas y niños es complicado cuando hay cierta permisividad de los miembros del grupo doméstico, como Mónica refiere:

En cuestión de tanto la alimentación como quitar comida chatarra, como cosas que a ella le hacen daño. Hay veces que ya me dice: «mamá, cómprame unas Sabritas» pues ya pues digo yo: «no, no, no». Ayer sí se compró, le compré unas Sabritas, porque ya tenía mucho tiempo que ya no se las come pues, o sea, no quitar las cosas sí de golpe, ¿no? Así poco a poquito ¿no? Saber que ella eso no se debe comer, porque es comida chatarra. Y por ejemplo ayer fuimos a pasearla allá en el parque, vino su papá y nos llevó y se le antojó un coctel, no le echó crema ni lo que es grasa, lo que es mantequilla, ni queso, puro granito, limón y chilito, un poquito pa [sic] que le de sabor igual. Y su papá le compró una bolsa de durones, así provocando y eso, le digo: «ay no, estás mal tú... ya ella se comió unas Sabritas, el coctelito, ya hasta ahí».

GD 3_Mónica

El papel de las cuidadoras no solo se relaciona con la conducta alimentaria de niñas y niños, sino que incluye las prácticas del resto de los integrantes del grupo doméstico y lo que éstos ponen a disposición de los menores, a pesar de las restricciones de ciertos alimentos. Por ejemplo, las abuelas pueden tener una conducta permisiva con niñas y niños respecto al consumo de ciertos alimentos, incluso si saben que no es benéfico para su salud. Pero permitir que los consuman se relaciona con expresiones de cariño a través de los alimentos, sin reconocer las implicaciones en la salud y en la crianza sin límites, como Verónica y Octavio relatan:

Entrevistador (E): -¿Algún apoyo familiar, de amistades, que haya tenido?

Entrevistado (EO): -Pues no, la verdad no... No, porque pues para mí fuera el apoyo de que: «¿Sabe qué? no le vamos a dar la soda.»

E: ¿Y por qué no plantean ellos seguir el semáforo, por ejemplo?

EO: Pues de principio sí, cuando yo los tenía a dieta, yo les traía lo que iban a comer y sí, pero aquí me la rompían ... Ya ve que dicen que «las abuelas son las más que los chipilonean y eso».

GD 7_Verónica

Mi suegra también dice «Deberían de atender a la niña», pero al momento de que nosotros queremos cambiar la rutina de la comida, primero te dice que sí y luego te lo voltea: «¿cómo se va a malpasar la niña? Pobrecita la niña.». Mi suegra sí nos decía «Lleva la niña... que no coma tanto», pero era de un día y al siguiente día ya, ponle que sí te seguía el rollo tres días y al cuarto, ya se le ponía la cara de «ay, no» y ya valía madre.

GD 1_Octavio

Las posibilidades de seguir las indicaciones en la alimentación se relacionan con las prácticas de otros integrantes de los grupos domésticos, quienes son permisivos con los niños, pero que además se relaciona con las expresiones de afecto y cuidado vinculadas a la alimentación y la obesidad en niñas y niños. De forma contraria, algunas cuidadoras mencionaron que fueron otras personas quienes les recomendaban llevar a los niños y las niñas a consulta cuando los observaban arriba de un peso normal, como Marisela y Nuria relatan:

Todo mundo: «Ay, que el niño está subiendo de peso, hay que tratarlo». Sobre todo familiares, «hay que tratarlo, acuérdate que hay diabetes en la familia».

GD 8_Marisela

Haz de cuenta era como una lucha así como de muchos, así de «¡atiéndelo!, ¡atiéndelo!»... Sí lo veía pues así gordito y decía «bueno sí, tengo que atenderlo, porque no puedo dejarlo a que sea cada vez más». Pero por otro lado, como que me conformaba con pensar «va a llegar a la etapa de la adolescencia y va a pegar el estirón y ahí va a...» Pero sabía que tenía que atenderlo. Era una lucha... Entonces cuando llego a la consulta allá con el pediatra y dije «¡Bueno! pos por algo lo mandaron».

GD 5_Nuria

Así, las decisiones de atender a las niñas y niños no fue una decisión individual, sino que estuvo mediada por las recomendaciones e incluso insistencia de que se buscara atención para los menores. Finalmente, para concluir este apartado mencionaremos el papel de las parejas de las cuidadoras y el apoyo brindado para que las niñas y niños recibieran atención necesaria, que se expresó en la aprobación de la búsqueda de atención, o bien, por medio del apoyo económico para la compra de los alimentos indicados en la dieta, como se muestra en los siguientes testimonios:

Cuando le platico yo a mi esposo de qué se trató y cuando nos dan las pláticas de una vez al mes... y dice –Sí es importante, ¡llévalo!... pues, ¡adelante! Si estás viendo que es para su bien, pues ¡adelante!

GD 5_Nuria

La aprobación por parte de la pareja es el apoyo percibido y recibido para la atención del menor, sin embargo, no hay participación activa en

el proceso de atención, ya que no hay acompañamiento a las consultas ni otra participación en la alimentación cotidiana del menor. Estas expresiones se relacionan con los estereotipos de género ubicando a las mujeres en el papel de cuidadoras principales de la salud de la familia (Criado, 2004 y Gracia y Pérez, 2013), mientras que los hombres en su papel de proveedores económicos disponen los recursos necesarios para adquirir los alimentos necesarios para la elaboración de las dietas, como María relata:

¿Él en qué me ayuda? En esto [hace señal de dinero con los dedos de la mano derecha], en lo económico, porque si él no me da dinero, yo no podría comprar a la niña su leche deslactosada, sus frutas, sus yogures.
¿En qué otra cosa me ayuda?, en decirle –Mira, hija, tienes que hacerle caso a tu mamá, porque eso te están indicando, si te portas bien y si le haces caso a tu mamá, yo no estoy para decirte, pero si tú le haces caso a tu mamá yo te voy a premiar con algo. Y sí, es mucha ayuda, parece que no, pero él no está en el momento, pero con eso que le dijo es mucha ayuda, porque él influye mucho en la niña. En la noche que llega si le digo –ay, mira, la niña no me hizo caso, no quiso comer esto y esto otro. Entonces allí platica con ella, la convence y otro día ya no batallo. Sí me ayuda mucho, principalmente en lo económico, si no trabaja, ¿de dónde?

GD 2_María

Sin embargo, se presentan otros casos en los cuales hay desacuerdo sobre las prácticas de cuidado de la niña o niño con obesidad, dando lugar por un lado a conductas permisivas mientras que por otro se busca controlar el consumo de alimentos, incluso antes del diagnóstico clínico, tal como relata Marisela:

Mi esposo dice «pobrecito, no lo pongas a dieta», cuando estaba chiquillo. Ahorita tiene once años, el niño ya sabe lo que si le hace daño, lo que si es bueno comer y qué no. Me dice «está muy chiquito, ¿cómo lo vas a poner a dieta? No, dieta es para los adultos»... estaba muy renuente con eso: «el niño va a comer lo que sea».

GD 8_Marisela

El testimonio de Marisela muestra las resistencias por parte de otros miembros del grupo doméstico para cuidar la alimentación de las niñas y niños, aun existiendo un diagnóstico médico. Las dificultades que tienen las cuidadoras para el seguimiento de las indicaciones médico-

nutricionales refieren a diversos ámbitos de la vida doméstico-familiar, los roles de género, la condición laboral, socioeconómica, así como la influencia de las redes sociales. El conjunto de estos factores indica la pertinencia de un abordaje interdisciplinario en la prevención y atención de la obesidad infantil, ya que la problemática misma es compleja y requiere de una reflexión desde las esferas políticas, de la salud, económicas, socioculturales y en última instancia, una discusión ética sobre el tipo de productos que se ofertan en el mercado y los efectos de estos en la salud de la población.

Conclusiones

Los datos empíricos que se presentarán en este artículo muestran el proceso de atención a niñas y niños con obesidad a partir de la experiencia de observación en la CONHIES y los testimonios de sus cuidadoras y cuidadores. A partir de estas dos fuentes de información reflexionamos sobre la necesidad de considerar la atención interdisciplinaria de este padecimiento, reconociendo los aciertos de los programas y formas de atención puestos en práctica, pero también los vacíos en estos procesos. Recomendamos considerar los elementos socioculturales en la atención de la obesidad infantil, incluyendo los contextos y dinámicas de los grupos domésticos que dificultan el seguimiento de las recomendaciones médicas, así como los factores que posibilitan la vivencia de la obesidad como una condición estigmatizada. Es necesario repensar las estrategias de prevención y atención para conjuntar equipos interdisciplinarios en los que además del personal médico y de nutrición se incluya a profesionales del trabajo social y de otras profesiones de las ciencias sociales para comprender los elementos socioculturales que posibilitan la prevalencia de este problema de salud pública.

La riqueza de los datos registrados por medio de la observación en el espacio hospitalario y la consulta médica, invita al cuestionamiento de los contenidos y la puesta en práctica de estos programas, que si bien desde un punto biomédico se sustentan, no consideran las condicionantes socioculturales del cuidado y la práctica alimentaria. Este abordaje permite comprender las barreras en el seguimiento de las indicaciones, situándolas más allá de decisiones individuales e identificando los factores contextuales y cotidianos que posibilitan el acceso a ciertos recursos. Posibilita también visibilizar las necesidades y obstáculos a los que se enfrentan los y las cuidadoras de los niños y niñas con obesidad. Entre las dificultades están las dinámicas laborales de

las cuidadoras que permean las posibilidades de cumplir con el plan alimenticio y los tiempos necesarios para su preparación, así como el acceso a los recursos económicos para la adquisición de los alimentos.

Otro de los elementos socioculturales relacionados con la obesidad infantil son las construcciones sociales sobre el género, que posicionan de forma distinta a niños y niñas frente a los estereotipos del cuerpo y la belleza. En estos procesos de atención se vislumbran las carencias de apoyo de las redes sociales y los cuidados en la alimentación, que por un lado estigmatizan la conducta alimentaria de niñas y niños, y por otro, son pocos los apoyos que reciben para cambiar esos patrones, exponiéndolos a comidas contraindicadas, generando un círculo entre la culpa y el estigma que dificulta el cumplimiento de los objetivos más allá de alcanzar un peso adecuado para la edad de los y las menores, que desde el discurso del *deber ser* médico y nutricional tienen una lógica tendiente lograr tal reducción de peso. Sin embargo, diversas condiciones como el acceso a recursos económicos, dinámicas de trabajo reproductivo y productivo obstaculizan el seguimiento de estas indicaciones, ante lo cual reciben regaños por parte del personal de salud sin comprender las lógicas que dan sentido a estas prácticas. Así, los contenidos de los programas o formas de atención biomédica se pueden enriquecer con el conocimiento de las condiciones en que viven las personas que acuden a los centros hospitalarios, así como los significados sociales de la obesidad y la alimentación.

Este artículo abona a la discusión sobre la necesidad de un abordaje sociocultural e interdisciplinario de la obesidad infantil, de forma particular desde el aporte del trabajo social, profesión que aporta acciones que entrelazan a la comunidad con las instituciones. Esta disciplina tiene la peculiaridad de analizar las problemáticas sociales desde un enfoque interdisciplinario en el que a través de la relación con el resto de las ciencias, colabora en la ejecución de planes, programas y proyectos, cuyos objetivos son mejorar la situación social de poblaciones en condiciones adversas, con el fin último de impactar en su bienestar reconociendo los derechos humanos, la justicia social y el respeto a la diversidad (Federación Internacional de Trabajo Social 2019).

Los resultados aquí analizados concuerdan con los estudios de Barrientos y Flores (2008), Mendoza (2011) y Cabello (2010, 2013, 2014), quienes reconocen la imperante necesidad de intervención social en la obesidad, a partir del trabajo comunitario que posibilite la incorporación de patrones de alimentación y de activación física saludables (Amador y Cabello, 2013). Quintana (2016) señala la pertinencia de

la formación de equipos interdisciplinarios para abordar la problemática de la obesidad infantil con la participación del profesional del trabajo social, así como otras áreas afines, para identificar elementos socioculturales que han quedado de lado en el proceso de salud-enfermedad-atención de niñas y niños con este diagnóstico. Por último, proponemos que desde el trabajo social se pueden plantear intervenciones comunitarias para comprender la complejidad de la atención a la obesidad infantil, reconociendo las limitaciones contextuales para que los cuidadores y cuidadoras pongan en práctica las recomendaciones alimentarias y de activación física. 🍌

Agradecimientos

Se agradece al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca otorgada para la realización de los estudios de Maestría en Ciencias Sociales de El Colegio de Sonora de la cual deriva esta publicación.

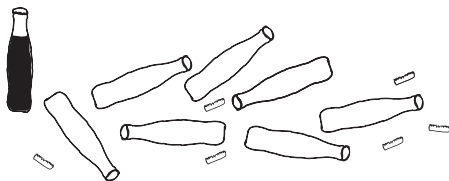
Bibliografía

- Achor, M.; N. Benitez; E. Brac y S. Barslund. 2007. Obesidad Infantil. *Revista de Posgrado de La Vía Cátedra de Medicina*. (168). Pp. 34–38.
- Amador, S. y M. Cabello. 2013. La obesidad infantil ante el debilitamiento del Estado de bienestar. Implicaciones para el trabajo social. En S. Preciado y E. Covarrubias (coords.). *Trabajo social y la importancia de la investigación en diferentes áreas de actuación*. Universidad de Colima. México. Pp. 43-63.
- Barragán, A. 2007. El género de las cuidadoras y los cuidadores en la atención del dolor crónico. En M. Civera y M. Herrera (Eds.), *Estudios de Antropología biológica volumen XIII*. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Instituto Nacional de Antropología e Historia y Asociación Mexicana de Antropología Biológica. México. Pp. 1083-1102.
- Barrera, A.; R. Rodríguez y M. Molina. 2013. Escenario actual de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 51 (3) Pp. 292–299.
- Barrientos, M. y S. Flores. 2008. ¿Es la obesidad un problema médico individual y social? Políticas públicas que se requieren para su prevención. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 65(6). Pp. 639-651.
- Berry, D.; R. Sheehan; R. Heschel; K. Knaf; G. Melkus y M. Grey. 2004. Family-Based Interventions for Childhood Obesity: A Review. *Journal of Family Nursing*. 10(4). Pp. 429–49.
- Cabello, M. 2010. *Voces y vivencias de aquéllos que gozan y sufren la obesidad*. Un estudio fenomenológico. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. 149 Páginas.
- Cabello, M. y D. De Jesús Reyes. 2011. Percepción de las madres de niños con obesidad sobre los hábitos alimenticios y sus responsabilidades en la alimentación de sus hijos. *RESPYN*. 12(1) 1–18.
- Cabello, M. 2013. Una propuesta de intervención social para la atención de la obesidad mórbida en mujeres, centrado en la perspectiva del Interaccionismo Simbólico. *MARGEN*. 70. Pp. 1-9.
- Cabello, M.; S. Vázquez. 2014. Prácticas alimentarias y obesidad infantil. Cultura regional y factores intrapersonales familiares y escolares. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*. (21). Pp. 47-62. Disponible en https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/43711/6/Alternativas_21_03.pdf

- Criado, M. 2004. El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares. *Revista Española de Sociología*. (4). Pp.93–118.
- Davison, K.; H. Lawson y J. Coatsworth. 2012. The Family-Centered Action Model of Intervention Layout and Implementation (FAMILI): The Example of Childhood Obesity. *Health Promotion Practice*, 13(4) 454–61.
- Dehghan, M.; N. Akhtar-Danesh y A. Merchant. 2005. Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal*, 4(24): 1-8.
- Federación Internacional de Trabajo Social. 2019. *Definición Global del Trabajo Social*. Disponible en <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>
- Gracia, M.; y S. Pérez. 2013. Género, alimentación y salud en cuestión: una introducción. En S. Pérez, y M. Gracia (Edits). *Mujeres (in)visibles: género, alimentación y salud en comunidades rurales de Oaxaca*. Publicaciones URV. España. Pp.7-14.
- Gracia, M. 2009. Qué y cuánto comer: Tomando medidas frente a las sociedades obesogénicas. *Salud Colectiva*, 5(3), 363–376.
- Guerrero, M. y E. Rojas. 2009. *Necesidades de cuidado de las cuidadoras y los cuidadores de personas con hipertensión arterial en un servicio de atención ambulatoria en salud*. Bogotá, Colombia. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Pontificia Universidad Javeriana, Departamento de Enfermería. Colombia. 100 Páginas.
- Gutiérrez, J.; J. Rivera; T. Shamah; S. Villalpando; A. Franco; L. Cuevas; M. Romero y M. Hernández. 2012. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. INSP. México. 200 Páginas.
- Haro, A. 2011. *Reflexiones sobre el cambio epistemológico en salud desde una epidemiología sociocultural*. Documento presentado en el Seminario Permanente de Antropología Médica, E. Menéndez (Coord.). CIESAS, México. 56 Páginas.
- Huberman, M.; y M. Miles. 2000. Métodos para el manejo y análisis de datos. En C. Denman y J. Haro (Eds.). *Por los rincones*. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. El Colegio de Sonora. México. Pp. 253-300.
- Jiménez, V. 2012. El estudio de caso y su implementación en la investigación. *Rev. Int. Investig. Cienc. Soc.* 8(1), 141-150.
- Martínez, L.; M. Robles; B. Ramos; F. Santiesteban; M. García; M. Morales y L. García. 2009. Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*. 20, 23-29.
- Martínez, C. y G. Navarro. 2014. Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 52 (1), 94-101.
- Meléndez, J.; G. Cañéz y H. Frías. 2010. Comportamiento alimentario y obesidad infantil en Sonora, México. *Revista latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 8 (2). 1131-1147.
- Mendoza, H. 2011. Interacciones sociales y patrones alimenticios de niños obesos en la zona metropolitana de Monterrey. Miradas desde el sujeto. *Revista Paraninfo Digital*. Vol. 14, 5/p. Disponible en <http://www.index-f.com/para/n14/o600.php>

- Organización Mundial de la Salud. (2014a). *Obesidad y Sobrepeso*. Nota descriptiva N° 311. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. 2014b. *Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud*. OMS. Ginebra, 24 pp. Disponible en https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- Pérez, S. y M. Gracia. 2013. *Mujeres (in)visibles: género, alimentación y salud en comunidades rurales de Oaxaca*. Publicaciones URV. Barcelona. 176 Páginas.
- Pinzón, E. 2009. Obesidad en pediatría. *Sociedad Colombiana de Pediatría*, 7(3), 1–13.
- Quintana, J. 2016. *Las cuidadoras de niños y niñas con diagnóstico de obesidad en Hermosillo, Sonora: Un estudio cualitativo con población atendida en la CONHIES*. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales. El Colegio de Sonora. México. 217 Páginas.
- Rivera, A.; R. Ortiz; L. Araújo y J. Heredia. 2014. México y la autosuficiencia alimentaria (sexenio 2006-2012). *Corpoica Cienc Tecnol Agropecu*. 15(1), 33-49.
- Robles, L. 2004. El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos: un sistema de autoatención. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), 618-625.
- Rodríguez, M.; E. Mendoza; A. Cumplid; L. Simental; G. Rodríguez; G. Sánchez y P. Ramírez. 2014. Terapia cognitivo-conductual en el manejo integral de la obesidad en adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 52 (1), 68–73.
- Rubio, B. y A. Pasquier. 2019. *Inseguridad alimentaria y políticas de alivio a la pobreza: una visión multidisciplinaria*. UNAM. México. 249 Páginas.
- Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública. 2016. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino ENSANUT MC 2016*. SSA y INSP. México. Páginas. Disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- Speiser, P.; M. Rudolf; H. Anhalt; C. Camacho; F. Chiarelli; A. Eliakim; M. Freemark; A. Gruters; E. HersHKovitz; L. Iughetti; H. Krude; Y. Latzer, R. Lustig; O. Hirsch; O. Pinhas-Hamiel; A. Rogol; S. Shalitin; Ch. Sultan; D. Stein; P. Vardi; G. Werther; Z. Zadik; N. Zuckerman y Z. Hochberg. 2005. Childhood Obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 90(3), 1871–87. <https://doi.org/10.1210/jc.2004-1389>
- Urrejola, P. 2007. ¿Por qué la obesidad es una enfermedad? *Rev Chil Pediatr*. 78(4). 421-423. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062007000400012>
- Valladares, A.; F. Suárez; A. Braguete y M. Cruz. 2014. Epigenética de la obesidad infantil y de la diabetes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 52 (1), 88–93.
- Vargas, L. 2010. Marco para el cuidado de la salud en situaciones de enfermedad crónica. Investigación en Enfermería. *Imagen y Desarrollo*. 12(1), 79-94.
- Vizcarra, I. 2008. Entre las desigualdades de género: un lugar para las mujeres pobres en la seguridad alimentaria y el combate al hambre. *Argumentos*. 21(57), 141-170.
- Walters, K.; I. Serrano e I. EcheGARAY. 2007. Obesidad: el reto de su invisibilidad en el siglo XXI. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 18, 82–107.

CAPÍTULO



***Cuerpos engrosados, algunas vicisitudes
en su atención cuando de niños se trata***

Milagros Morales Vázquez*
Raquel Ribeiro Toral

* FACULTAD DE PSICOLOGÍA, CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Autónoma del Carmen
Ciudad del Carmen, Campeche, México
jaymil8202@hotmail.com

Este texto tiene como objetivo compartir algunas reflexiones en torno a las vicisitudes en la atención de la obesidad, cuando se torna problemática y de niños se trata. Se considera la complejidad en la que se entraman los cuerpos en esta condición, con el propósito de señalar algunos resquicios en los que es necesario reparar en aras de ofrecer propuestas más efectivas para atenderlos, a la altura de sus implicaciones, sobre todo cuando son efecto del exceso. Las vicisitudes se derivan tanto de la concepción medicalizada del exceso de peso, como de los padres y del sujeto con un cuerpo engrosado; éstas, de raigambre distinta, ratifican la complejidad que supone la atención de los cuerpos desbordados, mostrando el entramado de implicaciones que conllevan, entre éstas, las de naturaleza psíquica-pulsional tienen lugar, y en muchos casos de manera importante, de ellas el psicoanálisis como dispositivo de atención a la singularidad puede hacerse cargo. Se reafirma la importancia de la colaboración interdisciplinar en la atención de estos cuerpos, imprescindible, sobre todo, cuando prevalece la dificultad para atenderlos. ♣

PALABRAS CLAVE


Obesidad en niños · problema de salud · problema social · psicoanálisis · tratamiento

Si bien el sobrepeso y la obesidad han estado presentes a lo largo de la historia de la humanidad, su incidencia se agudizó a finales de los setenta, de forma tal que, como señala Donna (2002), la Organización Mundial de la Salud, la OMS, los consideró como una pandemia a la que llamó globesidad. A la fecha, la OMS (2018) estima que el incremento de obesidad a nivel mundial casi se ha triplicado, de manera notable en la población infantil; declara que se ha vuelto uno de los problemas de salud pública más preocupantes del siglo XXI.

En México, la prevalencia de cuerpos engrosados no dista del panorama mundial, su incidencia se agudizó durante los últimos treinta años. De acuerdo con los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, la OCDE (2016), de entre las 60 naciones que integran este organismo, México ocupa el segundo lugar en obesidad en adultos después de Estados Unidos, mientras que en obesidad infantil se encuentra entre los países con las más altas tasas. Esta situación por sí misma se anuncia problemática, entraña inconvenientes de distinto orden, atinentes tanto a la dimensión macroestructural, como individual; en ésta, quizá uno de los aspectos más complicados se avizora, en muchos casos, en una perturbación de la calidad o de las condiciones de vida, dado el paulatino trastocamiento que puede ocasionar uno a uno, tanto en el plano de la salud², como en la esfera psicosocial y psíquica. La situación se torna más preocupante cuando se trata de niños: el agravio a la salud ocurre de manera más temprana y puede mantenerse como condición de vida.

En lo tocante a la dimensión macroestructural, una de las principales repercusiones de la obesidad se tasa en los altos costos económicos que conlleva, vinculados tanto con los gastos que supone su atención y la serie de complicaciones médicas derivadas del mismo, como con la productividad del país, dado su amplio margen de afectación y las pérdidas que ocasiona, tanto a nivel individual, como social, tal cual señala el Instituto Mexicano para la Competitividad, IMCO (2015). Por su parte, la OCDE asocia el mínimo incremento en la esperanza de vida que México ha tenido en los últimos 10 años³ con los altos índices de obesidad, así como con hábitos nutricionales poco adecuados, mayores tasas de mortalidad por diabetes y enfermedades cardiovasculares, dificultades para acceder a un sistema de salud de calidad y con el inequitativo contexto socioeconómico del país.

Lo anterior evidencia un tramo de la complejidad que supone el incremento desmedido de obesidad en el país y los desafíos que implica su

¹ Estas reflexiones se nutren tanto del proyecto de investigación vigente, financiado por PRODEP: *Una exploración diagnóstica sobre las vicisitudes en la atención de los cuerpos desbordados por su peso*, como de algunas ideas formuladas en la tesis de doctorado: *Implicaciones psicológicas del exceso de peso cuando de niños se trata, sus vicisitudes en la clínica* (Morales 2018). En ambas investigaciones el psicoanálisis constituye el marco conceptual en tanto interesa, entre otros aspectos, explorar la dimensión psíquica implicada en quienes se presentan con el cuerpo engrosado y en esa medida, dilucidar sus efectos, especialmente cuando esa condición del cuerpo se torna problemática para quien la presenta y pese a ello, prevalece la dificultad para atenderla, para apegarse al tratamiento. 

atención, dada la imbricación de elementos sobre los que se entrama, así como las complicaciones que conlleva. En el orden del detrimento que ocasiona la obesidad, como se mencionó antes, no solo se encuentran los daños a la salud, también ocurren repercusiones de carácter psicosocial y psíquico que, en la lógica de la singularidad, pueden volverse problemáticas. Dicho lo anterior, si la obesidad constituye una condición tan preocupante como se ha declarado públicamente, ¿A qué responde que prevalezca su alta incidencia?

La obesidad, entre un problema de salud y un problema social, ¿un problema de cuidado también?

La OMS concibe el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud; considera su alta incidencia como efecto del desequilibrio entre las calorías consumidas y las gastadas –sea por ingestión desmedida de alimentos ricos en calorías, sin la correspondiente actividad física o bien, por una disminución de ésta– resultado, en gran medida, de las condiciones socioestructurales⁴ de cada nación, dada su incidencia en el funcionamiento y en la dinámica social.

Si bien la OMS asocia el rápido incremento del sobrepeso y la obesidad con las condiciones socioestructurales de cada nación, no deja de concebirlo como un problema de salud, dadas las repercusiones que puede ocasionar en el propio cuerpo. A esta postura se apega la del discurso médico-nutricional que concibe la obesidad como una enfermedad de curso crónico y de etiología multifactorial, aunque sobre ésta se evidencie falta de consenso, como señala Cosenza (2014), pues mientras para algunos, como Rivera *et al.* (2018), su etiología está conformada por elementos de carácter biológico, social, político, cultural y económico –razón por la cual, declaran que se torna difícil su control y prevención, tanto a nivel individual, como poblacional– para otros, como Casabona (2017), Medina, Aguilar y Solé-Sedeño (2014) la dimensión psicológica está presente también.

Así, bajo la lógica del exceso de peso como un problema de salud y la obesidad como una enfermedad, prevalecen los esfuerzos por atenderlos como tal, tanto en el plano de la prevención, como en el del tratamiento mismo, a pesar de las claras diferencias en cuanto a su concepción y los aspectos que en ellos se entranan, evidenciando así una falta de consenso sobre la orientación a seguir en el marco de su tratamiento, a fin de atender sus diversas implicaciones. Esta idea también se apoya en la apelación que formula Álvarez (2011) sobre la atención de la

² Enfermedades como la cardiopatía coronaria, la diabetes tipo 2, cáncer de mamá y de colón, hipertensión, niveles altos de colesterol o de triglicéridos, accidentes cerebrovasculares, enfermedades del hígado y de la vesícula, apnea del sueño y problemas respiratorios, artrosis y problemas ginecológicos, entre otros, se encuentran asociadas a la obesidad. Enfermedades como la cardiopatía coronaria, la diabetes tipo 2, cáncer de mamá y de colón, hipertensión, niveles altos de colesterol o de triglicéridos, accidentes cerebrovasculares, enfermedades del hígado y de la vesícula, apnea del sueño y problemas respiratorios, artrosis y problemas ginecológicos, entre otros, se encuentran asociadas a la obesidad. ■

³ De acuerdo con los datos de la OCDE (2016), el aumento de la esperanza de vida en los países miembros fue de 2.64 años en promedio, entre 2003 y 2013, (de 77.8 a 80.4 años), mientras que en México el aumento fue de 0.80 años (de 73.8 a 74.6). México presenta la esperanza de vida más baja de los países miembros de la OCDE, la diferencia en longevidad entre México y el resto de éstos incrementó de 4 a 6 años. ¹⁶

⁴ Tales como el desarrollo socioeconómico de un país, las políticas públicas, agrícolas, de transporte, de planificación urbana, medioambientales, educativas y de procesamiento, distribución y comercialización de alimentos. ¹⁶

obesidad concebida como una enfermedad, reconoce que junto a la práctica médica científica, «[...] es necesario que desarrollemos un sentido social que nos permita ir más allá de signos, síntomas y padecimientos, y encontrar las causas profundas de la enfermedad.» (p.2).

Ahora bien, a la concepción del exceso de peso como un problema de salud se contraponen la postura que lo considera como un problema social, efecto de una serie de condiciones socioestructurales –de carácter social, económico, político, cultural y comercial– vinculadas tanto con la desigualdad y vulnerabilidad social, como con las transiciones en el patrón alimentario, cambios económicos, laborales, sociales y demográficos que, en suma, menoscaban la posibilidad de mantener una buena condición de salud y en esa medida, inciden en la conformación de cuerpos desbordados.

Propuestas como las de Álvarez (2011); Gracia (2011); Cruz, Tuñón, Villaseñor, Álvarez y Nigh (2013) desaprueban concebir el sobrepeso y la obesidad como un problema de salud en tanto, señalan que ello supone responsabilizar únicamente a cada portador de un cuerpo engrosado, tanto por su condición del cuerpo, como por su estado de salud, soslayando la responsabilidad del Estado en las causas subyacentes bajo las que se entraman los cuerpos en esta condición. Bajo esta orientación, se piensa la obesidad como efecto de condiciones sociales problemáticas, muchas de ellas vinculadas con situaciones de desventaja social que agudizan la dificultad para satisfacer derechos básicos como el de la alimentación y la salud.

Al planteamiento anterior se suma la postura de Viniegra (2016), señala que hay condiciones socioestructurales que causan una serie de problemas sociales complejos⁵, vinculados a la desigualdad social que repercuten en el plano de la salud:

[...] las raíces de lo que se manifiesta como problemas crónicos de salud, física y mental de las personas se encuentran en sus circunstancias crecientemente adversas para formas de vida digna, satisfactoria, serena y fraternal que, con infinidad de matices se imponen a la población de todas las regiones del planeta. (p. 142).

Así, Viniegra destaca la dimensión problemática del componente socioestructural como elemento que puede encontrarse en varios padecimientos, sean físicos o psíquicos; su postura remite a la incapacidad del Estado para procurar los derechos básicos de la población. El debilitamiento del Estado mexicano para garantizar los derechos

básicos de la población, sobre todo en materia de alimentación y acceso a la seguridad social se muestra en los datos presentados por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL (2018).

El CONEVAL informa que entre 1992 y 2016, el ingreso promedio nacional tuvo fluctuaciones que no permitieron mejores condiciones de vida en la población; la pobreza se incrementó entre 2008 y 2016, pasó de 49.5 % a 53.4 %, con ello se agudizaron los obstáculos para cubrir los derechos sociales, entre ellos, el derecho a la alimentación que, históricamente se ha visto profundamente afectado.

La alimentación es un derecho humano reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en ella se señala la responsabilidad del Estado para garantizarlo, así como la de velar por una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. La garantía de este derecho, señala el CONEVAL, comprende la disponibilidad suficiente de alimento, en cantidad y calidad, es un derecho fundamental para el bienestar de las personas.

Ahora bien, a pesar de que la alimentación constituye un derecho básico, los datos del CONEVAL muestran la deficiencia sistemática del Estado para garantizarlo: en 2016 los hogares con ingresos más bajos destinaron poco más del 50.6 % de su gasto en alimentos y bebidas, mientras que los hogares con ingresos altos el 25.2 %; esta diferencia se agrava con el alza en el precio de los alimentos; las variaciones en la economía afectan la alimentación de la población, generan situaciones desfavorables y cambios drásticos en el consumo alimenticio de los hogares, mermando la posibilidad de ingerir alimentos de calidad nutricional; las mayores dificultades afectan a los más desfavorecidos, agudizando su estado de vulnerabilidad.

A la situación anterior se suman los cambios en el patrón alimentario tradicional por los que México ha transitado (Torres y Rojas, 2017), se han incorporado una serie de alimentos e ingredientes industrializados, de mínimo o nulo valor nutrimental que, en exceso, afectan la condición del cuerpo y atentan contra la salud. Junto a esta transición se encuentran las repercusiones derivadas de la industria alimentaria en el país, dado el daño que muchas de sus prácticas de comercialización y su gama de productos ocasionan a la salud; en ellas prevalece la ecuación costo-calidad, entre más bajo el costo, menor la calidad del producto y del valor nutrimental.

La suma de consideraciones hasta aquí planteadas sobre las causas de la obesidad evidencia su estrecho vínculo con la alimentación y varios

⁵ Entre ellos, Viniestra alude a la mercantilización sin límite de la dignidad humana; la explotación del trabajo que anula derechos laborales y sociales; el hambre, que se extiende a los sectores más vulnerables de la población; la precariedad de las formas de vivir; el consumismo compulsivo como razón de vida y de identidad; el desmantelamiento del Estado benefactor, que debilita la satisfacción de derechos básicos de la población; las leyes al servicio del poder; la violencia sistemática y creciente, entre otros. *ib.*

aspectos problemáticos en torno a ella, relacionados con lo que se ingiere y las condiciones en que se lleva a cabo; así, se ratifica la complejidad de la obesidad dado el entramado de aspectos que en ella confluyen, tanto de índole socioestructural, como personal –de carácter biológico (genético) y psíquico– que pueden derivar en problemas de salud.

La obesidad constituye una condición que atañe tanto a un problema social como a uno de salud, ambas lógicas se encuentran en estrecha interacción, no son excluyentes. Ahora bien, en el marco de estas consideraciones surgen algunas interrogantes sobre el lugar que, aunado a los aspectos socioestructurales, tendrá la implicación subjetiva en la configuración de un cuerpo engrosado, es decir, ¿habrá algo del orden de lo psíquico puesto en juego en la configuración del cuerpo?, sobre todo cuando éste se orienta por el exceso –que se presenta bajo la forma de una ingestión desmedida, acompañada de una aguda falta de actividad física– quebrantando los límites tanto de la razón y de la voluntad, como del cuerpo mismo en su connotación biológica, a pesar del detrimento que pueda causar; bajo circunstancias como ésta, ¿puede suponerse alguna implicación psíquica en las elecciones que se toman sobre cómo alimentarse, además de las adversidades y complicaciones socioestructurales? Dicho de otra manera, ¿es posible pensar la obesidad como efecto de una serie de dificultades de carácter biológico y socioestructural –en las cuales el Estado tiene responsabilidad considerable– a las que se le suman las implicaciones subjetivas de quien la presenta?, dado que también se encuentra comprometido un asunto de cuidado, más específicamente, una falla en el propio cuidado, o bien, ¿la obesidad es efecto únicamente de una condición de índole socioestructural, que deriva en complicaciones médicas, de forma que quien la presenta no tiene ninguna implicación subjetiva en las elecciones que toma sobre cómo alimentarse y las maneras de llevarlo a cabo?

Las consideraciones hasta aquí planteadas en torno a la configuración de los cuerpos engrosados conducen a insistir en su complejidad, sus entramados no se encuentran en el mismo plano para todos, ni siquiera los de índole socioestructural, menos así, las implicaciones psíquicas. Los elementos imbricados en la obesidad remiten a la alimentación y a sus variadas implicaciones, algunas de ellas pueden tornarse problemáticas y no precisamente a consecuencia de las condiciones socioestructurales; en la alimentación confluyen tanto las condiciones socioestructurales en las que ocurre, como las maneras de posicionarse del sujeto frente a ello, así como las elecciones que toma para llevarla a cabo. En algunos casos de obesidad se entrevé una ingestión en

exceso distante tanto de situaciones de inseguridad alimentaria, como de falta de información sobre las repercusiones que ello supone; en otros casos, la sobreingestión de alimentos poco nutritivos ocurre mediada por las condiciones socioestructurales, a sabiendas del perjuicio que ocasiona. En ambas situaciones, el exceso, la desmesura del lado del sujeto figura como uno de los aspectos problemáticos a considerar.

¿Qué sujeto del lado del exceso?

El sujeto al que remite el exceso está orientado por modos de satisfacción placentera que pueden quebrantar los límites de la razón o de la voluntad, e incluso, los límites de la biología del cuerpo mismo; se trata del sujeto pulsional, del inconsciente, no determinado por la conciencia ni la voluntad, del que Freud (1914-16/1975) dio cuenta años atrás; advirtió que los procesos de pensamiento conscientes son solo uno de los componentes del funcionamiento psíquico o mental, mas no constituyen su totalidad; argumentó, teniendo como soporte su trabajo clínico, que no es posible reducir el funcionamiento psíquico, en su más amplio sentido, a las manifestaciones conscientes pues muchas de ellas contrarían la razón o la voluntad, presentándose incluso bajo el sin sentido –tal es el caso del síntoma, del chiste, de los actos fallidos y de los sueños– de forma tal que, en ese registro, no encuentran explicación y sin embargo insisten; Freud señaló que esas expresiones se derivan del inconsciente:

[...] los datos de la conciencia son en alto grado lagunosos; en sanos y enfermos aparecen a menudo actos psíquicos cuya explicación presupone otros actos de los que, empero, la conciencia no es testigo. Tales actos no son solo las acciones fallidas y los sueños de los sanos, ni aún todo lo que llamamos síntomas psíquicos y fenómenos obsesivos en los enfermos; por nuestra experiencia cotidiana más personal estamos familiarizados con ocurrencias cuyo origen desconocemos y con resultados de pensamiento cuyo trámite se nos oculta. Estos actos conscientes quedarían incoherentes e incomprensibles si nos empeñásemos en sostener que la conciencia por fuerza ha de enterarse de todo cuanto sucede en nosotros en materia de actos anímicos, y en cambio se insertan dentro de una conexión discernible si interpolamos los actos inconscientes inferidos [...]. No es más que una presunción insostenible exigir que todo cuanto sucede en el interior de lo anímico tenga que hacerse notorio también para la conciencia. (p.163).

Así, el funcionamiento psíquico o mental no se reduce a la conciencia, es efecto de la interacción entre modos de satisfacción pulsional, placenteros, de carácter inconsciente y su vínculo con la conciencia, concebida ésta como la estructura a través de la cual se establece el contacto con el mundo exterior, por un lado, y por otro, mediante la cual se manifiestan algunas de las expresiones del inconsciente que quiebran la razón y la voluntad, a pesar del detrimento que puedan causar, tanto a la vida misma, como el malestar psíquico que puedan ocasionar.

En el sujeto del inconsciente la pulsión es fundamental. Freud (1915-1975) concibe la pulsión como un elemento central en el psiquismo que direcciona tanto los modos de funcionamiento psíquico, como las propias elecciones sobre el posicionamiento en la vida, en el más amplio sentido; su premisa fundamental es la satisfacción, es decir, la liberación de tensión pulsional –ésta produce malestar en la medida en que rompe el equilibrio psíquico interno- produce placer; señaló que su naturaleza es tal que exige, de manera constante, las tareas más complejas al organismo a fin de lograr la satisfacción:

[...] la pulsión nos aparece como un estado fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante, *repräsentant*, psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal. (p.117).

Entre la pulsión y el cuerpo hay una íntima relación, en éste se experimenta el placer, o el displacer, que la pulsión produce en vías de su satisfacción, aunque contraríe a la conciencia misma. Así, el sujeto del inconsciente alude al otro reverso del sujeto de la razón, del que se ocupan la filosofía, la psicología, la medicina, la sociología y todas las demás disciplinas que conciben al ser viviente como un sujeto total, pleno, evolutivo, desarrollado, capaz de conducirse de manera voluntaria y razonable conforme va madurando. El psicoanálisis muestra que ese sujeto tiene otro costado, uno anencéfalo, que lo lleva a orientarse en función de sus modos de satisfacción pulsional placentera, aunque puedan conllevarle considerable detrimento, incluso para la vida misma o el lazo social; se trata de un sujeto deseante, parlante, histórico, en falta, no completo, que se desconoce y que, movilizado por su singularidad, pone en acto elecciones, en aras del placer experimentado en ellas, que se tornan modos de funcionamiento psíquico aunque pueden

causarle considerable agravio –hecho que ningún animal haría, como comer en exceso, rebasando los límites del propio cuerpo, por ejemplo– y pese a lo cual, no puede distanciarse aunque tenga la voluntad de hacerlo, la razón no es suficiente para lograrlo, tampoco la sugestión.

Así, la alimentación puede tornarse una práctica que puede volverse excesiva para muchos sujetos –por el placer que conlleva, aunque no necesariamente esté explícito, como es el caso de muchos sujetos que comen cuando dicen sentir ansiedad, cuando así ocurre, el alimento funciona como un estabilizador⁶– y paulatinamente una dificultad, distanciada de su función biológica; ello muestra que en sí misma la alimentación constituye una práctica compleja cuyas dificultades trazan un amplio espectro de estudio que, en función de la magnitud del problema y sus especificidades, así como del contexto en el que opera, puede implicar varias aristas: social, epidemiológica, económica, médica, psíquica, ética, gubernamental, comercial, entre otras; éstas, indiscutiblemente atañen a varias disciplinas.

Algunos contornos psíquicos de la alimentación.
y su vínculo con los cuerpos desbordados, el placer como soldadura.

La alimentación trasciende la necesidad en su vertiente biológica, así lo muestra la práctica misma: ocurre no únicamente en función de satisfacer la necesidad de alimento, sino además, o más allá de ello, en aras de producir placer, de forma que las elecciones alimentarias se hacen también en función del gusto que produce el alimento, más allá de sus propiedades nutricias. Desde el campo del psicoanálisis la alimentación constituye una práctica que, mediada por el encuentro con *el Otro* en tanto ser de lenguaje, humaniza, ocasiona profundos efectos psíquicos constitutivos y estructurantes que se exteriorizarán en el vínculo que el sujeto establece con el alimento y después, en el lazo social. Freud consideró que las primeras experiencias de alimentación operan como basamento de la vida psíquica en tanto, en función de la pulsión de autoconservación, despiertan el deseo, así como la vida sexual, hacen emerger al objeto sexual y al objeto de amor, complejizan el aparato psíquico, inauguran el camino hacia la comunicación y el lazo social, favorecen las relaciones histórico-sociales y también desencadenan malestar psíquico del lado de las inhibiciones, síntomas y angustia. Advirtió en la alimentación profundas incidencias fundantes psíquicamente, así lo formuló.

⁶ Es el caso de muchos sujetos que, «repentinamente», comen en exceso, «...por mis problemas personales me sentía ansiosa y después me iba a comer, comía por ansiedad; cuando me sentía ansiosa ya estaba comiendo sin darme cuenta», son expresiones recuperadas de las entrevistas realizadas en el marco del proyecto de investigación en curso: *Una exploración diagnóstica sobre las vicisitudes en la atención de los cuerpos desbordados por su peso.* 16

A. LA ALIMENTACIÓN MANIFIESTA la pulsión de autoconservación: un infante hambriento sólo busca satisfacer la necesidad de alimento y así, eliminar el malestar que produce el hambre; en ese estado (Freud 1985,1982), ocurre una recepción de estímulos provenientes del cuerpo⁷ que incidirán en la forma que tome la necesidad de la que se trate, en este caso, la de alimento:

⁷ Estos estímulos endógenos, como precisa el mismo Freud (1985), "son precursores de las pulsiones" (p.341). *ia*

... el sistema de neuronas recibe estímulos desde el elemento corporal mismo, estímulos endógenos que de igual modo deben ser descargados. Estos provienen de células del cuerpo y dan por resultado las grandes necesidades: hambre, respiración, sexualidad. De estos estímulos el organismo no se puede sustraer como de los estímulos exteriores [...]. Sólo cesan bajo precisas condiciones que tienen que realizarse en el mundo exterior; por ejemplo, la necesidad de alimento. (p.341).

Se trata de estímulos endógenos de los cuales el organismo humano es incapaz de sustraerse, para aliviarlos es necesaria la acción específica, brindada al comienzo de la vida por el «auxilio ajeno» (Freud 1985, 1982, p. 362). Con esta operación el infante deja de estar hambriento porque alguien lo alimenta, para que suceda él tiene que hacer modificaciones en la realidad exterior dado su estado de indefensión, lo consigue berreando. Esa experiencia primitiva, sostiene Freud, marca los inicios de la «voluntad» (*Idem*) entendida como la fuerza humana que permite modificar las condiciones exteriores a lo largo de la vida. Así, la alimentación preserva la vida y conlleva una dosis importante de placer pues mientras ocurre, «toda actividad anímica se acomoda de manera de procurar satisfacción [y] sirve en primer término a la autoconservación por vía del alimento». (Freud 1938, 2001, p. 151-52).

⁸ El Otro, señala Lacan (1969,2008), se presenta como estructura, como el campo que contiene la cadena significante, entendida como una estructura de lenguaje que precede al hombre y con la que será investido a su llegada al mundo, por encima de las leyes de la naturaleza. Se trata de un lugar que, originariamente es ocupado por la madre, o quien se encarga de ejercer esa función. *ia*

B. LA ALIMENTACIÓN TRAZA el camino de la comunicación y con ello, el del lazo social: un infante hambriento intenta exteriorizar el desagrado que siente mediante una «alteración interior ([...] berreo, inervación vascular)» (p. 362), señala Freud (1895, 1982), pero los berreos no son suficientes para aliviar el malestar sentido por el hambre, el estímulo endógeno persiste. El infante advierte que el alimento que colma su necesidad no viene de él, sino de afuera, del auxilio ajeno, del semejante y eso lo obliga a comunicarse; a partir de entonces, el llanto no sólo permitirá descargar el displacer que acompaña al hambre, será un llamado también, una demanda de ser alimentado; paulatinamente, el llanto se volverá un acto dirigido al *Otro*⁸ para modificar

la realidad exterior y así cancelar el hambre, que solo es posible «... mediante una intervención que [...] exige una alteración en el mundo exterior (provisión de alimento, acercamiento del objeto sexual)» (*Idem*). Esta vía, cobra a su vez una función secundaria importante en el camino de la interacción con el *Otro*, éste poco a poco se simbolizará y tomará la forma de la comunicación y en esa medida posibilitará la inserción del infante al lazo social.

C. LA ALIMENTACIÓN FAVORECE las relaciones histórico-sociales: el infante consigue ser alimentado cuando llora y en esa medida, altera su mundo exterior. Ese hecho, además de tener una incidencia sobre la vida, en términos biológicos, produce efectos en el plano social en tanto inaugura la inserción de ese ser en ciernes al lazo social, se trata de una incursión activa conformada por los movimientos motrices que éste emite –berreo y pataleo– por su manera de llamar a ese prójimo para recibir el alimento –no espera pasivamente a que éste vaya hacia él– y porque usa el lenguaje para comunicarse aunque aún no sepa hablar, no solo es nombrado por él. Mediante estos recursos, surgidos a nivel del cuerpo que brotan en las experiencias de alimentación temprana y que poco a poco toman la forma de la simbolización, el infante va insertándose en «la trama de las relaciones humanas que existe donde quiera que los hombres viven juntos» (Arendt, 1958 p.212) y en esa medida va escribiendo su historia singular, en la historia de su época.

D. LA ALIMENTACIÓN COMPLEJIZA al aparato psíquico: la exigencia de alterar el mundo exterior obliga al infante a dirigir su atención hacia él, mientras esto sucede, ocurren una serie de operaciones psíquicas, como señala Freud (1911,1980), que favorecen la conformación de funciones mentales más elaboradas que le permitirán mayor interacción con el mundo exterior, tales como el examen de realidad, la memoria, la atención, el juicio, el pensar y el estado de conciencia, entre otras.

Freud (1938, 2001) concibe el aparato psíquico constituido por dos pulsiones, la de vida y la de muerte, ambas operan dialécticamente: «En las funciones biológicas, las dos pulsiones básicas producen efectos una contra la otra, o se combinan entre sí. Así, el acto de comer es una destrucción del objeto con la meta última de la incorporación» (p. 147). Agrega, «... durante esta fase «oral» entran en escena, con la aparición de los dientes, unos impulsos sádicos aislados. [...] aquí la satisfacción es buscada en la agresión...» (p. 152). Así, en el acto de

comer se ponen en juego tanto la pulsión de vida como la de muerte, a manera de una mezcla pulsional. Se come para no morir, pero además de eso, se come por satisfacción, por el placer que produce el alimento del que se gusta; dicho placer puede ser tanto que, como se dijo antes, puede desvirtuar los límites del cuerpo, los de la propia necesidad y en esa medida, volverse en detrimento paulatino de la propia vida por la manera de llevarlo a cabo, acompañado del exceso, como puede apreciarse en muchos sujetos con un cuerpo engrosado, que además pueden tener grandes dificultades para cuidarse, a pesar del riesgo que ello implica.

Otra consecuencia de la experiencia de alimentación en el psicoanálisis, desde el planteamiento de Freud, es la percepción de objeto y luego la constancia objetal con relación al semejante que auxilia y brinda el alimento. Ambas operaciones son fundamentales para ejercer el juicio, conformado por la atribución y la existencia como operaciones lógicas. El juicio de existencia, señala Freud (1925,2001), consiste en «admitir o impugnar la existencia de una representación en la realidad» (p. 254), mientras que el juicio de atribución consiste en «atribuir o desatribuir una propiedad a una cosa [...] La propiedad [que] pudo haber sido [...] buena o mala, útil o dañina» (*Idem*). De esta manera, el juicio posibilita no solo discernir, sino además, establecer criterios morales; quizá por ello, sostiene Freud (1895) «el inicial desvalimiento del ser humano es la fuente primordial de todos los motivos morales». (p. 363), dado que el juicio es una operación de pensamiento complejo que paulatinamente toma consistencia, conforme se adquiere el habla.

Freud (1925,2001) señala que, como inicialmente el cachorro humano no puede expresar sus juicios a través de la palabra, lo hace «en el lenguaje de las mociones pulsionales orales, las más antiguas: «Quiero comer o quiero escupir esto.» [...] Vale decir: «Eso debe estar en mí o fuera de mí.»» (p. 254). Relacionando esto con la alimentación, es posible pensar que comer constituye un modo primitivo de hablar, de decir con el cuerpo, prescindiendo de las palabras; así, un cuerpo con obesidad, efecto del exceso, dice algo a través del cuerpo con la forma que ha tomado, así como del sujeto que lo porta, más aún, cuando prevalece la dificultad para atender lo problemático vinculado al peso del cuerpo.

E. LA ALIMENTACIÓN DESPIERTA la vida sexual del ser humano: el infante, una vez alimentado, experimenta una vivencia de satisfacción (que se relaciona con una disminución de tensión pulsional) opuesta al

displacer (aumento de tensión pulsional) sentido previamente; sobre esto señala Freud (1916,1978):

Las primeras nociones de la sexualidad aparecen en el lactante apuntaladas en [...] la recepción de alimento; cuando se adormece luego de haberse saciado en el pecho, expresa una satisfacción beatífica, lo cual se repetirá más tarde tras la vivencia del orgasmo sexual (p. 286).

Así, una vez experimentada la vivencia de satisfacción, el cachorro humano buscará repetirla para vivenciar el placer inherente a ella, sin necesidad de consumir alimento alguno. Al placer vivenciado a través del alimento (la leche), le acompañó un placer de otro orden, inherente al mismo, el registrado a través de la boca y de los labios estimulados durante la alimentación; esto constituye un momento psíquico fundante también, en tanto establece el precedente de las zonas erógenas, que remiten a áreas del cuerpo, sumamente singulares, más sensibles al placer. El placer en la boca y en los labios sin necesidad de alimento se logrará chupeteando, lo que sea: el propio dedo, cualquier parte del cuerpo, una mantita, un chupón o lo que se tenga al alcance. Lo interesante de esto, aclara Freud (1916,1978), es que «el lactante ejecuta acciones cuyo único propósito es la ganancia de placer [...] quiere repetir la acción de recepción de alimento sin pedir que se le vuelva a dar éste; por tanto, no está bajo la impulsión del hambre». (*Idem*). En este estado, el infante se encuentra bajo la impulsión de la libido, no del hambre, es decir, bajo el influjo de lo placentero experimentado, distante de la necesidad. Para Freud (1916,1978) «... la libido está destinada a nombrar la fuerza en la cual se exterioriza la [...] pulsión sexual» (p. 285-86), mientras que el hambre nombra la fuerza en la cual se exterioriza «la pulsión de nutrición». (p. 285-86). Bajo este planteamiento, el hambre no es sólo una manifestación del instinto de sobrevivencia, o de la necesidad en su vertiente fisiológica, al servicio de la vida, constituye a la vez una fuente pulsionante de la vida psíquica al servicio del placer por el placer mismo.

Para finalizar este apartado solo decir que «la vida sexual [...] no emerge como algo acabado, [...] sino que recorre una serie de fases sucesivas que no presentan el mismo aspecto» (Freud 1916,1978, p. 299), es interrumpida en un tiempo llamado de latencia para arribar con nuevos bríos en la pubertad. En la adolescencia se subordinan las pulsiones parciales al primado de los genitales y así, la sexualidad se somete a la función de la reproducción:

Antes de ello, durante la infancia, hay por así decir una vida sexual descompaginada, una práctica autónoma de las diversas pulsiones parciales que aspiran a un placer de órgano. Esta anarquía se atempera por unos esbozos de organizaciones «pregenitales», [...] [como] la oral, quizá la más primitiva. (p. 299).

La conformación de la sexualidad constituye un proceso que se construye en función de las experiencias de placer y de las vicisitudes de la propia historia, se trata de una construcción paulatina que no cesa, a pesar del desarrollo y del encuentro de experiencias de placer vinculadas al mismo, relacionadas con otras fases de la misma sexualidad, como la anal, fálica y genital; todas, con el tiempo, perviven, subordinadas a la genitalidad. Así, la sexualidad comprende una construcción humana envuelta en experiencias placenteras que se instituyen como efecto del encuentro del infante con el *Otro* y las paulatinas experiencias placenteras cuyo comienzo inaugura la alimentación.

F. LA ALIMENTACIÓN HACE EMERGER al objeto sexual y al objeto de amor: sobre el primero, sostiene Freud (1916,1978):

... el primer objeto de los componentes orales de la pulsión sexual es el pecho materno, que satisface la necesidad de nutrición del lactante. En el acto del chupeteo [...] el objeto se abandona y se sustituye por un lugar del cuerpo propio. La pulsión oral se vuelve autoerótica. (p. 299-300).

El objeto sexual toma la forma de cualquier cosa que proporcione al infante placer al ser chupado. Así, el chupeteo constituye la primera expresión de la incipiente vida sexual que se satisface de manera autoerótica, ya sea chupándose a sí mismo, a otros o a lo que sea que se encuentre cerca. Durante las experiencias de alimentación, sobre ese primer objeto sexual se apuntala el objeto de amor: «El primer objeto erótico del niño es el pecho materno nutricional; el amor se engendra apuntalado en la necesidad de nutrición satisfecha.» (Freud 1938, 2001, p. 188).

Al comienzo el infante no distingue el pecho del cuerpo propio, paulatinamente descubre, por la frecuencia con la que lo extraña, debido a que se ausenta, que no es algo propio sino que es de ese *Otro* que lo auxilia en su alimentación; señala Freud (1938, 2001): «Este primer objeto se completa luego en la persona de la madre, quien no sólo nutre, sino también cuida y provoca en el niño [...] sensaciones corporales, así

placenteras como displacenteras.» (p.188). La madre se presenta como un objeto de amor; como un objeto total y omnipotente, a diferencia del pecho que era un objeto parcial; ahora bien, el amor, aclara Freud (1916, 1978), alude a concebir en «...primer plano el aspecto anímico de las aspiraciones sexuales y [empujar] al segundo plano,[...] los requerimientos pulsionales de carácter corporal o «sensual» que están en la base.» (p. 300). El amor se torna libido desexualizada que toma la forma de la ternura, porque para cuando la madre deviene objeto de amor «ya ha empezado en el niño el trabajo psíquico de la represión.» (p. 300). De esta forma, las primeras experiencias de alimentación dan lugar al objeto sexual, al autoerotismo, al objeto de amor y a las investiduras libidinales que favorecen las relaciones eróticas.

G. LA ALIMENTACIÓN DESPIERTA el deseo del ser humano, así lo sostiene Freud (1895,1982):

El niño hambriento llorará o pateará inerte. Pero la situación se mantendrá inmutable, [...]. Sólo puede sobrevenir un cambio cuando, por algún camino (en el caso del niño, por el cuidado ajeno), se hace la experiencia de la vivencia de satisfacción que cancela el estímulo interno. Un componente esencial de esta vivencia es la aparición de una cierta percepción (la nutrición, en nuestro ejemplo) cuya imagen mnémica queda, de ahí en adelante, asociada a la huella que dejó en la memoria la excitación producida por la necesidad. La próxima vez que esta última sobrevenga, merced al enlace así establecido se suscitará una moción psíquica que querrá investir de nuevo la imagen mnémica de aquella percepción y producir otra vez la percepción misma, vale decir, en verdad, restablecer la situación de la satisfacción primera. Una moción de esa índole es lo que llamamos deseo; la reaparición de la percepción es el cumplimiento de deseo... (p. 557-58).

En el psiquismo queda un registro de la primera vivencia de satisfacción y es asociada a la sensación de hambre, de manera que la próxima vez que el infante sienta hambre, podrá activar esa huella y, en principio, alucinar que está siendo alimentado satisfactoriamente. Freud incluso dice que quizá ese era el modo de funcionamiento primitivo del psiquismo: «Nada nos impide suponer un estado primitivo del aparato psíquico en que ese camino se transitaba realmente de esa manera, y por tanto el desear terminaba en un alucinar». (*Idem*). En esta lógica, el chupeteo ayuda a sostener aún más la alucinación de estar siendo alimentado.

Ahora bien, la huella psíquica de la vivencia de satisfacción no sólo posibilita al infante, alucinar, inicialmente, que es alimentado, sino también, lo lleva a relacionarse con la realidad exterior. Es que esa huella es una imagen-movimiento (Freud, 1895, p. 363) que asocia los movimientos realizados en el berreo «excitaciones sensibles de piel y músculos» (p. 363) con el hecho de recibir el alimento. Esto facilita que la siguiente vez que el infante experimente hambre, pueda asociar su acción de berrear con el hecho de recibir alimento. Si además hace uso de su juicio de existencia (admitir o impugnar la existencia de una representación en la realidad), será capaz de distinguir si tiene ante sí un alimento real o si sólo es producto de su alucinación. De este modo, el infante va conectándose paulatinamente con el mundo externo y, en esa medida, construyendo sus recursos para proveerse del alimento, este logro es efecto de las condiciones psíquicas en las que se encuentra, así como de sus capacidades cognitivas y de supervivencia e independencia, que va adquiriendo. Con el tiempo, el berreo se sustituirá por la palabra y en adelante, conquistará la capacidad de alimentarse por sí mismo.

H. LA ALIMENTACIÓN DESENCADENA inhibiciones, síntomas y angustia. Así como la alimentación constituye un acto orientado a cumplir una necesidad, de múltiples efectos psíquicos, también puede tornarse un acto problemático de raigambre psíquica. Sobre esto señala Freud (1926,2001):

La perturbación más frecuente de la función nutricia es el displacer frente al alimento por quite de la libido. Tampoco es raro un incremento del placer de comer; se ha investigado poco una compulsión a comer que tuviera por motivo la angustia de morirse de hambre. Como defensa histérica frente al acto de comer conocemos el síntoma del vómito. El rehusamiento de la comida a consecuencia de angustia es propio de algunos estados psicóticos (delirio de envenenamiento; p. 84).

Así, Freud advierte que habrá casos en los que la alimentación se torne problemática a consecuencia de un correlato psíquico, y más allá de las expresiones que tome, sea como pérdida de ganas-interés e incluso, rechazo al alimento por una desinversión libidinal, o bien, de ingestión exacerbada por el placer de comer, lo problemático inherente a estas manifestaciones es el exceso pulsional vinculado a la ingestión, ya sea del lado de la abundancia, o bien, de la escasez⁹.

⁹ Resulta interesante advertir que en la declaración de Freud sobre la perturbación psíquica más frecuente vinculada a la alimentación y lo pulsional, en su época se relacionaba con la pérdida del placer-interés en el alimento y no con una ingestión excesiva, como ocurre actualmente. *ia*

El exceso pulsional es denominado goce para Lacan (1960, 2007), éste comprende un placer exacerbado que rebasa los límites del mismo placer de forma tal que ocasiona detrimento para el propio sujeto, se trata de un placer que conlleva lo nocivo como condición estructural; Lacan señaló que esta tendencia habita en lo más profundo de sí y puede volverse contra sí mismo y en esa medida, conlleva la propia destrucción; reconoció que se trata de la pulsión en su carácter destructivo, por ello, precisó, el goce está prohibido y su acceso implica una transgresión pues comporta lo mortificante para el sujeto mismo.

Hecho este recorrido¹⁰, es posible dimensionar tanto los efectos psíquicos y simbólicos de la alimentación, como que se trata de una práctica que se distancia de las leyes de la biología, así lo evidencia el placer que la acompaña, que se sobrepone tanto a la satisfacción derivada de la necesidad en su vertiente fisiológica, como a la nutrición misma; ese placer opera como una soldadura entre el sujeto y el alimento, en esta ligazón, la ingestión de alimento puede volverse excesiva, más allá del tipo de alimento del que se trate, tornándose una práctica privilegiada en la vida de un sujeto por sus implicaciones y el placer que conlleva, de forma tal que anula el miramiento por los límites del propio cuerpo y sus requerimientos en términos de necesidad. El sujeto inmerso en esta lógica, puede presentar considerable dificultad para replantearse el vínculo con la comida cuando su ingestión se ha tornado excesiva e incluso, problemática para su propia salud, aunque no necesariamente para el sujeto mismo.

Así, la alimentación se encuentra íntimamente anudada al placer que la acompaña, de manera singular en cada sujeto, se muestra tanto en sus prácticas cotidianas, como en las dificultades que surgen en torno a ella, en esa condición, el placer puede exacerbarse de forma tal que se perturben los límites del propio cuerpo; cuando esto ocurre, ¿de qué depende que la alimentación se torne excesiva –más allá del tipo de alimento que se consuma– y se vuelva problemática?, como ocurre en muchos casos de obesidad, en este caso, cuando de niños se trata.

Sobre algunas vicisitudes en la atención de la obesidad cuando de niños se trata

Contextualizando la propuesta: un espacio de escucha.

Ante el interés por dilucidar la connotación psíquica de la obesidad en niños, se ofreció un espacio de escucha¹¹, bajo la lógica del dispositivo

¹⁰ Desde el marco psicoanalítico, especialmente desde Freud, con la intención de plantear, desde esta postura, el hilo de algunas elaboraciones teóricas sobre la alimentación a fin de mostrar sus profundas implicaciones psíquicas y subjetivantes, con efectos en el lazo social y en esa medida, reconocerla como una práctica compleja, conformada por varios entramados: de índole socioestructural, cultural, pero también psíquicos. *ib.*

¹¹ En el marco de un proyecto de investigación doctoral orientado a dilucidar las implicaciones psíquicas del exceso de peso en niños, (Morales 2018). *ib.*

¹² El trabajo se realizó en la Clínica de Nutrición de la Universidad Veracruzana, durante el 2015-2016.

La propuesta se ofreció tanto a los pacientes atendidos en la clínica, como en algunos centros de preescolar y de primaria; en estos últimos, a través de una sesión informativa con los padres, haciéndoles saber que si era de su interés, los niños también podrían recibir atención nutricional. Se dio cita a cada uno de los interesados para una sesión de entrevista; la atención se propuso con periodicidad semanal, se les aclaró que no estaba condicionada a los servicios de la clínica. ■

psicoanalítico, para atender las dificultades emocionales que, a consideración inicial de los padres, pudieran presentar¹² sus hijos con obesidad, estuvieran o no en tratamiento –médico o nutricional– relacionado con su peso.

A partir de esta experiencia se advirtieron algunas vicisitudes en la atención de la obesidad, éstas se enmarcan en tres registros distintos: las derivadas de la conceptualización de la obesidad como un problema de salud, como una enfermedad; las atinentes a la posición de los padres en la atención de la obesidad de sus hijos y las correspondientes al propio sujeto con obesidad.

La obesidad, concebida como un problema de salud, como una enfermedad

Circunscribir la obesidad a un problema de salud se torna una vicisitud en su atención, que se intensifica cuando se le considera como una enfermedad en la medida en que se privilegie atenderla desde la perspectiva médico-nutricional, se desestima su complejidad y el resto de entramados que implica, tanto de raigambre socioestructural como psíquica, en función de la singularidad del caso; se debilita la posibilidad de considerar la implicación del sujeto en su padecimiento y así, se menoscaba la ocasión de que éste tome la palabra para dar cuenta de ello.

Considerar la obesidad como una enfermedad, aunque no todos los que la presentan tengan problemas de salud, como señala Gracia (2011), lleva a advertir nuevamente la falta de consenso en torno a sus causas y a su tratamiento; este disenso se evidencia entre la postura que adopta la Academia Nacional de Medicina y la OMS (2018), la primera concibe la obesidad, como declaran Rivera, *et al.* (2018), como una enfermedad de curso crónico, de etiología multifactorial conformada por elementos genéticos, sociales y ambientales, incluyendo estilos de vida y determinantes sociales y económicos; mientras que para la OMS (2018) la obesidad constituye una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Bajo la concepción de la obesidad como una enfermedad se privilegia su atención en función del detrimento que ocasiona a la salud; la atención de los aspectos a considerar en su tratamiento queda demarcado bajo la connotación de enfermedad; mientras que la concepción que la piensa como una acumulación de grasa, susceptible de derivar en una serie de problemas de salud, denota mayor posibilidad de ampliar los aspectos a considerar en el marco de su atención, ésta no queda reducida al daño que

ocasiona a la salud. Esta diferencia constriñe a interrogarse sobre las implicaciones que tendrá concebir la obesidad como una enfermedad y sus efectos, bajo esta orientación ¿qué aristas se contemplan en su atención? ¿se reconoce la complejidad de sus entramados?

Por ahora, más allá de la problematización sobre las implicaciones que supone la concepción de la obesidad como una enfermedad en sí misma¹³, interesa señalar que hay quienes, estando en esa condición, pueden tener no solo una serie de complicaciones en el plano de la salud, sino además en la esfera psicosocial y psíquica que pueden complicar la propia vida; cuando ello ocurre la importancia del saber médico-nutricional en su atención es indiscutible, así como es necesario ofrecer atención para ese otro malestar asociado a ella, el subjetivo, que anuncia su complejidad, cimentada en elementos de naturaleza distinta y presente de diferentes maneras, una prueba de ello se aprecia en quienes, a pesar del malestar relacionado con la obesidad, muestran considerable dificultad para seguir su tratamiento, y no por causas de índole material o contextual¹⁴.

Autores como Bolaños (2016), Guerra, Pousa, Charro y Becoña (2009), así como Brosens (2009) y Fernández (2005), reconocen el fracaso en el tratamiento de la obesidad como una constante, dada la falta de adherencia de los pacientes, a pesar de las complicaciones que puedan presentar derivadas de ello. Esta situación reitera la importancia de ampliar las consideraciones a atender cuando la obesidad ha devenido problemática; cuando se encuentra comprometida la propia salud es indiscutible la importancia del saber médico-nutricional, sin embargo, no es suficiente para atenderla, sobre todo cuando insiste la dificultad del paciente para seguir su tratamiento. El fracaso del tratamiento de la obesidad anuncia que hay otros aspectos a considerar en su atención, se precisa de otros saberes también, a la altura de las dificultades de esta condición que ha tomado el cuerpo, entre ellas, la psíquica también tiene lugar, de manera importante tanto en los casos en los que la obesidad se gestó a consecuencia de una ingestión en exceso y se mantiene así, a sabiendas de lo que implica, como en las dificultades que presentan algunos sujetos para apegarse a su tratamiento, ajenos a complicaciones de orden material o contextual y pese a lo cual, la dificultad para seguir su tratamiento persiste.

Privilegiar la concepción medicalizada de la obesidad implica deestimar su complejidad y con ello, paradójicamente, se reducen las posibilidades de lograr una atención efectiva, en tanto se soslaya la importancia del resto de entramados a considerar en su atención, a pesar

¹³ No es el punto sobre el que ahora se profundizará, dada su importancia, será tema de discusión para otro texto. ■

¹⁴ Las dificultades de índole material se relacionan con la dificultad económica, la falta de información sobre la importancia de atender la obesidad, sobre todo cuando se presentan complicaciones médicas derivadas de ella, la falta de tiempo o desconocimiento sobre el cuidado de la alimentación y la realización de actividad física, entre otras. Mientras que las complicaciones contextuales se relacionan con dificultades derivadas de una condición macroestructural que hacen difícil la asistencia al espacio de atención, sea por la ubicación física del mismo, por la falta de transporte, por horarios de atención inaccesible, citas muy espaciadas, entre otras. ■

¹⁵ Como puede apreciarse tanto en la Guía de Práctica clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Sobrepeso y Obesidad en el Adulto, publicada por el Sistema Nacional de Salud en 2009, como en la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, publicada en 2013. ¹⁶

de que desde el discurso oficial¹⁵ se ha insistido en su tratamiento integral, recientemente formalizado en la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017 para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad (2018).

Es evidente, aún resta mucho por trazar en la atención de la obesidad, su prevalencia muestra la importancia de replantear los aspectos a considerar en el marco de su atención a fin de lograr mayor alcance, sobre todo cuando ha causado estragos y genera malestar; cuando así ocurre, es necesario considerar su implicación psíquica-pulsional también, de la cual el dispositivo psicoanalítico puede ocuparse, no atenderla puede entorpecer, complicar o hasta obstaculizar los alcances de la atención médico nutricional.

La implicación de los padres en la atención de la obesidad de sus hijos.

La dificultad atinente a los padres en el tratamiento de la obesidad de sus hijos se presentó bajo la forma de complicaciones relacionadas tanto con el cuidado, como con los límites que les correspondía trazar y sostener en el ejercicio de su función como padres: mostraron notoria dificultad para marcar y sostener el límite en el consumo desmedido de alimentos.

Los padres también denotaron dificultad para dimensionar el carácter problemático que la obesidad podía suponer para sus hijos¹⁶, en principio, en función de los estragos que a su salud podía ocasionar, pero también, en función del malestar subjetivo derivado de ella; presentaron dificultad para reconocer, escuchar y atender el cuerpo engrosado de sus hijos.

En suma, las vicisitudes de mayor consideración atinentes a los padres, en el marco de esta experiencia, se distanciaron de obstáculos de índole material o contextual, se derivaron de complicaciones en el ejercicio de su función relacionadas con el cuidado y la instauración de límites. Esta situación evidencia que en el proceso de atención de la obesidad en los niños, el trabajo con los padres es fundamental, ofrecerles un espacio de escucha orientado a acoger y trabajar con las dificultades que experimentan en el ejercicio de su función como tal, en especial, ante sus hijos con obesidad; acoger lo que tienen por decir, tanto lo sabido –relacionado con el peso de sus hijos–, como lo no sabido –vinculado a lo propio del sujeto del inconsciente– a fin de discernir lo que les corresponde atender, tanto en el marco de su singularidad, como en su función como padres, a fin de posibilitar que se hagan de condiciones que les permitan atender el malestar de sus hijos y acompa-

ñarlos en ese proceso, poniendo en juego lo que les corresponde asumir en el ejercicio de su función, el cuidado, en el más amplio sentido, es fundamental.

Sobre las vicisitudes atinentes a los niños con obesidad

Se advirtió que aunque la obesidad provocaba malestar físico y psíquico en los niños, la vivían como una condición común ante la cual, en principio, no había asomos de demanda de atención, en ninguna de sus aristas. Se mostraron con dificultad para asumirse como sujetos de palabra y con ello, se presentó la complicación para dar cuenta de su malestar, incluido el relacionado con su peso y sus formas de comer, en exceso; estas manifestaciones remitían a modos de funcionamiento psíquico, orientados a mantener una condición placentera insistente y repetitiva, vinculada a la ingestión en exceso y en esa medida, a un estado de goce, por más que sus efectos resultaran comprometidos para la vida misma y ocasionaran malestar subjetivo en los niños.

También se advirtió en estos niños una reiterada dificultad para dar cabida a aquello más vinculado a lo disfrutable genuino para ellos, dificultad para reconocer y validar aquello más próximo a su deseo; se apreció en ellos una constante insistencia a responder a la demanda, sobre todo de la madre, aunque ocasionara malestar y tuviera costos en el cuerpo.

Conclusiones

La incidencia de la obesidad, tal como se presenta en nuestro contexto, denota que se trata de una condición en la que confluyen tanto aspectos de índole socioestructural como personal, cuando es efecto de la ingestión en exceso, la implicación psíquica-pulsional tiene un lugar importante; la conjunción de estos elementos puede derivar en problemas de salud, mostrando así que en esta condición que toma el cuerpo, el cuidado como una práctica fundamental, orientada a preservar la vida, también se encuentra comprometido.

La obesidad en niños devela un trastocamiento atinente al cuidado, una falla en el ejercicio de esta función, en principio, de parte de quienes se hacen cargo de ejercerla, generalmente los padres; después, la dificultad se presenta en los mismos niños sobre el propio cuidado. La obesidad en niños constriñe a interrogar, de manera crítica y reflexiva, sobre las complicaciones que los padres estarán experimentando en

¹⁶ En función tanto del malestar físico, como psicosocial y emocional. Algunas expresiones del malestar físico que ya presentaban los niños entretuvieron: dificultad para respirar durante el sueño, mayor agitación para realizar actividades físicas, molestias en las rodillas y en la espalda. Mientras que en el orden psicosocial-emocional se apreció: dificultad, cuando no imposibilidad, para participar en actividades que implicaran esfuerzo físico como correr y brincar, dado el impedimento para hacerlo; la repercusión más sentida de ello la vivenciaban los niños en función del lazo social con sus pares, sintiéndose no participantes, o bien, no incluidos en él a consecuencia de su cuerpo; algunos mostraron malestar derivado de los efectos-obstáculos sentidos por tener el cuerpo con obesidad. ■

el ejercicio de su función como cuidadores y portadores del límite, en tanto funciones fundamentales en la estructuración psíquica y el lazo social.

Interrogarse sobre las complicaciones en el ejercicio de la función parental en torno al cuidado de los hijos y la instauración del límite no se distancia de las condiciones de la época y del contexto, se reconoce que éstas pueden ser muy adversas, en función de las circunstancias, y justamente por ello, a sabiendas de que hay situaciones socioestructurales que no son favorecedoras para lograr condiciones más próximas al bienestar, en función de la singularidad, es necesario interrogarse sobre la forma que toma el ejercicio de la función parental en circunstancias así y sobre sus efectos, a fin de considerar las dificultades que se están presentando en este ámbito y desde esa lógica, pensar en dispositivos orientados a atenderlas.

El cuidado y el límite constituyen operadores primordiales, psíquicamente, cuyos efectos trascienden al lazo social e inciden de manera importante en los modos de posicionarse del sujeto ante la vida misma; la relación que éste establece con el alimento y sus objetos de satisfacción no es la excepción, no queda al margen de la configuración psíquica.

Interrogarse sobre el ejercicio de la función parental atinente al cuidado y al límite, cuando se trata de niños con obesidad, así como sobre las dificultades que se experimentan en torno a ello a fin de reflexionar sobre sus efectos evidencia que, aunado a los aspectos socioestructurales vinculados a la obesidad, así como a sus afecciones en torno a la salud, cuando las hay, es necesario reconocer que hay otras consideraciones a atender, las de carácter psíquico-pulsional también son importantes, tanto las atinentes a los sujetos con un cuerpo engrosado, como las de los padres.

La alimentación no se ciñe a los contornos delimitados por el *Otro*, tampoco se reduce a la función de la nutrición, constituye una práctica que se conquista a partir del encuentro con el *Otro* y de su acompañamiento, en ella, la propia singularidad tiene lugar de manera importante, remite a la manera tan única de cada sujeto de llevarla a cabo en función de su elección, entramada en sus circunstancias, incluidas las contextuales, en ello se trasluce su componente psíquico-pulsional. Ambas dimensiones, tanto la sociocultural como la singular se encuentran íntimamente imbricadas y conforman el acto de comer en sí mismo, delinean tanto la estructura sobre la que se lleva a cabo, como las preferencias sobre qué y cómo comer, más allá de la necesidad,

esto se aprecia claramente en la obesidad vinculada a la alimentación en exceso.

A fin de avanzar en la atención de la obesidad, se considera fundamental reconocer su complejidad y en esa medida, diseñar mecanismos para atenderla a la altura de sus implicaciones. Ofrecer un espacio de atención a la dimensión psíquica-pulsional se hace necesario, tanto para el sujeto que se presenta con obesidad, como para los padres cuando se trata de niños, en especial, cuando prevalecen las dificultades en su atención, sea en quien la presenta, o bien, en los padres, especialmente cuando ésta se ha tornado problemática para quien la presenta.

La propuesta que aquí se traza es la de considerar el dispositivo psicoanalítico como parte de los programas interdisciplinarios para atender a los sujetos con obesidad. Lejos de contribuir a su medicalización, esta propuesta busca ofrecer un espacio de escucha a esos sujetos a través del cual, mediante su palabra, sea posible discernir los entramados de su implicación subjetiva en la conformación de su cuerpo engrosado, ésta, aunque suele ser negada, se trasluce en sus sueños, en su malestar, en su compulsión a comer, así como en la imposibilidad de apegarse al tratamiento para el control de su peso.

Puede cuestionarse ¿por qué el psicoanálisis como propuesta de atención a la dimensión psíquica –pulsional– del sujeto con obesidad, habiendo tantas teorías y terapéuticas psicológicas para atenderla?, ¿qué vigencia pueden tener los planteamientos freudianos escritos entre 1895 y 1938? Se propone el psicoanálisis como un dispositivo de atención en tanto reconoce la dimensión psíquica-pulsional, en la lógica de la singularidad y la privilegia, reconoce que en función de la satisfacción pulsional y el posicionamiento del sujeto ante ello, se orienta en la vida y en esa medida, lleva a cabo sus elecciones. Así mismo, se propone el psicoanálisis como dispositivo de atención a la singularidad en tanto Freud inauguró un campo de estudio muy singular: aquel en el que coinciden los campos físico y psíquico; sobre esto, Alenka Zupacic (2013) en 2008 señaló que el objeto del psicoanálisis continúa siendo esa zona «...en donde estos dos campos se traslapan, [...] donde lo biológico o somático es ya lo mental o cultural, y donde, a la vez, lo cultural emerge de los propios *impasses* de las funciones somáticas que intenta resolver» (p. 10).

El psicoanálisis resulta propicio para atender al sujeto con obesidad y su malestar psíquico vinculado al mismo, así como las dificultades que experimenta para apegarse a su tratamiento o bien, para renunciar

a modos de ingestión en exceso; se trata de ofrecer un espacio en donde le sea posible hablar de éste, de sus propios padecimientos y sus implicaciones, hablar desde su singularidad y en esa medida, dilucidar su implicación subjetiva a fin de discernir a qué responde su ingestión en exceso, así como su cuerpo engrosado, ello, en función de lograr un mayor alcance en la atención de la obesidad, en constante colaboración interdisciplinar.

Proponer el dispositivo psicoanalítico como mecanismo de atención para la dimensión psíquica-pulsional, presente también en quien tiene un cuerpo engrosado, efecto del exceso, implica reconocer que en esta condición del cuerpo hay entramados de un orden distinto al que atiende el saber médico-nutricional y el psicológico, que pueden contrariar el tratamiento, a pesar de la voluntad de apegarse a él, o bien, de la demanda del mismo proveniente de los padres cuando se trata de niños; entramados de los cuales estos saberes no pueden ocuparse, pero sí el psicoanálisis, esos entramados se tornan resquicios en los que es necesario reparar en aras de ofrecer propuestas más efectivas para la atención de la obesidad, desde la colaboración interdisciplinar, a la altura de sus implicaciones, complejas. ❁

Agradecimientos

Al PRODEP, a la Universidad Autónoma del Carmen, a la Universidad Autónoma de Querétaro, al Cuerpo Académico «Psicoanálisis, Clínica y Sociedad» y al Seminario Alimentación y daños a la salud, de El Colegio de la Frontera Sur.

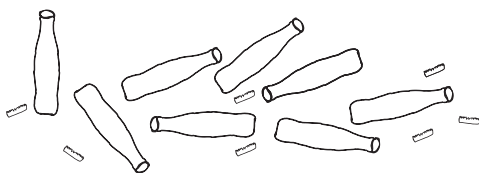
Bibliografía

- Álvarez, R. 2011. La enfermedad como problema social. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 54(3): 2-3. Disponibles en <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2011/un113a.pdf>
- Arendt, H. 2005. La fragilidad de los asuntos humanos. En *La condición humana*. Paidós. España. Pp. 211-214.
- Bolaños, P. 2016. *Fracaso terapéutico en sobrepeso y obesidad. Trastornos de la conducta alimentaria* 23: 2449-2460. Disponible en http://www.tcasevilla.com/archivos/fracaso_terapeutico_en_sobrepeso_y_obesidad.pdf
- Brosens, C. 2009. Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. *Evidencia, Actualización en la Práctica Ambulatoria* 12(3): 116-117. Disponible en <http://www.foroaps.org/files/bgfbre.pdf>
- Casabona, C. 2017. Sobrepeso y obesidad infantil: no tiramos la toalla. En AEPap (Eds). *Curso de Actualización Pediatría*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0. Pp. 39-52.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL. 2018. Informe de Evaluación de Desarrollo Social 2018. Resumen Ejecutivo. México. 60 pp. Disponible en https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Documents/RESUMEN_EJECUTIVO_IEPDS2018.pdf

- Cosenza, D. 2014. Introducción a la clínica psicoanalítica de la anorexia, bulimia y obesidad. En A. Arenas (Ed.) *Logos* 8. Grama. Buenos Aires. Pp. 9-91.
- Cruz, M.; E., Tuñón; M. Villaseñor; G. Álvarez y R. Nigh. 2013. Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región y Sociedad*. 25(57), 165-202.
- Secretaría de Salud. 2013. *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*. Institución. México. 103 Páginas. Disponible en <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/EstrategiaNacionalSobrepeso.pdf>
- Secretaría de Salud. 2009. *Guía de Práctica clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Sobrepeso y Obesidad en el Adulto*. México. Páginas. Disponible en http://www.cenotec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GPC_ObesidadAdulto/IMSS_046_08_EYR.pdf
- Gracia, M. 2011. La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 54(3): 20-28. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v54n3/v54n3a4.pdf>
- Instituto Mexicano para la Competitividad. 2015. *Kilos de más, pesos de menos: los costos de la obesidad en México*. Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. México. 46 pp. Disponible en http://imco.org.mx/wp-content/uploads/2015/01/20150127_ObesidadEnMexico_DocumentoCompleto.pdf
- Lacan, J. 1990. La muerte de Dios. En Lacan. *El seminario de Jacques Lacan. Libro 7: La ética del psicoanálisis (1959-1960)*. Editorial Paidós. Segunda edición. Argentina. 389 pp. Disponible en: <https://www.bibliopsi.org/docs/lacan/Seminario-7-%20La%20%C3%89tica%20del%20Psicoan%C3%A1lisis%20B.N.pdf>
- Lacan, J. 1992. Producción de los cuatro discursos. En Lacan. *El seminario de Jacques Lacan. Libro 17: El reverso del psicoanálisis. (1969-1970)*. Editorial Paidós. Argentina. 321 Páginas.
- Fernández, M. 2005. Experiencias de tratamiento integral de la obesidad infantil en pediatría de atención primaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 7 (s1): 35-47. Disponible en https://www.aepap.org/sites/default/files/tratamiento_obesidad.pdf
- Freud, S. 1986. Proyecto de Psicología para neurólogos. En *Obras completas, Vol. I. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud. (1886-1899)*. Editorial Amorrortu. Segunda edición. Argentina. 465 Páginas.
- Freud, S. 1986. Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. En *Obras completas, Vol. xii. Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras. (1911-1913)*. Editorial Amorrortu. Segunda edición. Argentina. 389 Páginas.
- Freud, S. 1984. Pulsiones y destinos de pulsión. En *Obras completas, Vol. xiv. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. (1914-1916)*. Editorial Amorrortu. Segunda edición. Argentina. 369 Páginas.
- Freud, S. 1984. Lo inconciente. En *Obras completas, Vol. xiv. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. (1914-1916)*. Editorial Amorrortu. Segunda edición. Argentina. 369 pp.
- Freud, S. 1984. Conferencia 20. En *Obras completas, Vol. xvi. La vida sexual de los seres humanos. Conferencias de introducción al psicoanálisis, parte iii. (1916-1917)*. Editorial Amorrortu. Segunda edición. Argentina. 446 Páginas.
- Freud, S. 1984. La negación. En *Obras completas, Vol. xix. El yo y el ello y otras obras. (1923-1925)*. Editorial Amorrortu. Segunda edición. Argentina. 321 pp.
- Freud, S. 1986. Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas, Vol. xx. Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia. ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Y otras obras. (1925-1926)*. Editorial Amorrortu. Segunda edición. Argentina. 287 Páginas.
- Freud, S. 1986. Esquema del psicoanálisis. En *Obras completas, Vol. xxiii. Moisés y la religión monoteísta. Esquema del psicoanálisis y otras obras. (1937-1939)*. Editorial Amorrortu. Segunda edición. Argentina. 317 Páginas.
- Guerra, M.; L. Pousa; A. Charro y E. Becoña. 2009. Evaluación de la actitud y las dificultades que los médicos de Atención Primaria tienen ante el diagnóstico y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *SEMERGEN - Medicina de familia*, 35(1), 15-19. Disponible en [doi:10.1016/S1138-3593\(09\)70177-7](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(09)70177-7)
- Medina, F.; A., Aguilar y J. Solé-Sedeño. 2014. Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 34(1), 67-71. Disponible en [doi:10.12873/341medina](https://doi.org/10.12873/341medina)

- Morales-Vázquez, M. M. 2018. *Implicaciones psíquicas del exceso de peso cuando de niños se trata, sus vicisitudes en la clínica*. Tesis de Doctorado, Universidad Veracruzana, Instituto de Investigaciones Psicológicas. México. 132 Páginas.
- Diario Oficial de la Federación*. 2017. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Estados Unidos Mexicanos: Secretaría de Gobernación. Secretaría de Salud. DOF: 18/05/2018.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE. 2016. Las necesidades de atención de la salud y la organización del sistema de salud en México en OCDE. *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud*. México. Pp. 45-80. Disponible en DOI: 10.1787/9789264265523-es
- Organización Mundial de la Salud, OMS. 2020. *Obesidad y sobrepeso*. Centro de Prensa. Notas descriptivas. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Rivera, J.; A. Velasco; A. Hernández; C. Aguilar; F. Vadillo y C. Murayama. 2013. Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado. Trabajo de postura en J. Rivera, A. Hernández, C. Aguilar, F. Vadillo y C. Murayama (editores). *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. UNAM. México. Pp 6-45. Disponible en <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>
- Torres, F. y A. Rojas. 2018. Obesidad y salud pública en México: transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos. *Problemas del Desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía*, 49(193): 145-169. Disponible en doi: <https://doi.org/10.22201/iiec.20078951e.2018.193.63185>
- Viniegra, L. 2016. El bien vivir: ¿cuidado de la salud o proyecto vital? Primera parte. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 73(2): 139-146. Disponible en doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.01.001>
- Zupancic, A. 2013. *¿Por qué el psicoanálisis?* Paradiso. México. 136 Páginas.


CAPÍTULO



Región transfronteriza México-Guatemala
Estado nutricional de la población infantil
menor de cinco años de edad

Armando Camilo Hernández-Contreras*
María Regina Solorzano Aguilar
Cecilia Guadalupe Acero Vidal
Gloria Margoth Coutiño Aguilar
Rosa María López Morales
Jessica Paola Cruz Cruz

* JEFE DE LA SECCIÓN DE PEDIATRÍA
Clínica Hospital del ISSSTE
Comitán de Domínguez, Chiapas, México
ahercon@hotmail.com

En todo el mundo, el consumo de alimentos ultraprocesados¹ va en aumento, lo que conlleva a problemas nutricionales y metabólicos graves y alarmantes como la desnutrición u obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial. En América Latina, México ocupa el primer lugar en el consumo de alimentos ultraprocesados, cada persona consume 214 kilogramos de alimentos ricos en azúcares y harinas refinadas, que tienen muy poco valor nutricional (Marrón-Ponce, 2018). Guatemala ocupó el puesto número seis, con consumo de 114.6 kilogramos por persona al año. Con el objetivo de identificar y dar a conocer el estado nutricional de la población infantil menor de cinco años de edad residentes de la Región Transfronteriza México-Guatemala (RTMG) y su relación con los recursos alimentarios producidos locales y su aprovechamiento, se realizó un estudio transversal descriptivo, por medio de una encuesta de nutrición y salud a jefes y jefas de familia. Se exploró el estado nutricional, factores de riesgo y el proceso alimentario de las familias en seis localidades de la RTMG. De 52 niñas y niños menores de cinco años se encontró la presencia de malnutrición (OMS 2011) en 32.7 % de los niños y niñas estudiados, coexistiendo la desnutrición (7.7 %) con sobrepeso y obesidad (25 %). De igual manera, se presenta información sobre la producción, aprovechamiento, comercialización y patrones de conducta alimentaria de la región. 

PALABRAS CLAVE

Morbimortalidad · alimentación · desnutrición · obesidad ·
alimentos ultraprocesados

Introducción

¹ Los productos ultraprocesados son formulaciones industriales elaboradas a partir de sustancias derivadas de los alimentos o sintetizadas de otras fuentes orgánicas. En sus formas actuales, son inventos de la ciencia y la tecnología de los alimentos industriales modernas. La mayoría de estos productos contienen pocos alimentos enteros o ninguno.

Vienen listos para consumirse o para calentarse, por lo tanto, requieren poca o ninguna preparación culinaria (OPS, 2015, P. 5).

La transición epidemiológica y cambios de los estilos de vida es un problema alarmante a nivel mundial, sin embargo, afecta aún más a la RTMG, en donde las condiciones de desigualdad social, son muy marcadas. La malnutrición se entiende como una alteración en la nutrición adecuada, que resulta en desnutrición, sobrepeso y obesidad (Waterlow, 1996); es un problema de salud pública que requiere especial atención para combatir sus efectos, especialmente las infecciones derivadas de la desnutrición y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la diabetes mellitus y las dislipidemias entre otras, secundarias al sobrepeso y obesidad.

En las comunidades rurales de la RTMG, el sustento alimentario se basa en la producción agrícola de la propia región sin embargo, en años recientes y debido al Cambio Climático, el deterioro de suelo, la disminución y contaminación del agua dulce, y la disminución del precio de los productos agrícolas, lo que dificulta su comercialización, ha ocasionado una disminución en su producción (Maletta, 2011). A nivel global, un cuarto de la población de niñas y niños de menos de cinco años, sufren retraso en el crecimiento lineal (talla) y cognitivo derivado a la desnutrición crónica (Galván y Amigo, 2007). La Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través de las Metas del Milenio y de los Objetivos de Desarrollo Sustentable, se propone mejorar las condiciones nutricionales de los preescolares (Del Popolo y Oyarce, 2006), ya que la desnutrición es prevenible con la mejora en el acceso de alimentos, calidad de atención sanitaria, saneamiento del agua y del aire, entre otros factores; sin embargo, este problema de salud pública se puede erradicar con la participación de la ciudadanía y el gobierno.

El panorama epidemiológico en México se ha transformado en las últimas cuatro décadas. En años anteriores las niñas y niños de menos de cinco tenían alteraciones del crecimiento (32.3 % en zonas rurales y 4 % en zonas urbanas), con un déficit de peso ideal para su edad superior a 25 % (INSP, 2012) y las enfermedades infecciosas respiratorias y diarreicas, aunque continúan siendo las principales causas de muerte en la población infantil, poco a poco han dejado paso a las enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y cánceres, como las principales causas de muerte en la población adulta joven de las próximas décadas (Soto *et al.*, 2016).

Los problemas de salud pública en México, cada vez más se relacionan con los cambios en los estilos de vida, principalmente en el proceso

alimentario, donde la producción agrícola de las localidades rurales se ha reducido por el deterioro del suelo y el bajo acceso a la comercialización de sus productos.

El modelo de desarrollo que ha promovido la globalización alimentaria, ha implicado la inserción de alimentos de preparación industrial, conocidos como alimentos ultraprocesados (popularmente «alimentos chatarra»), en la dieta diaria de comunidades que hasta hace algunas décadas se alimentaban de la producción agrícola de autoconsumo, basada en el maíz y frijol (Soto *et al.*, 2016).

La histórica vulnerabilidad social de la población mexicana rural, caracterizada por marginación y pobreza, ha permitido que los padecimientos infecciosos no se controlen y sigan ocupando los primeros lugares como causa de morbilidad, avizorando un panorama en el que las enfermedades crónicas paulatinamente están ocupando los primeros lugares de mortalidad en la población. Lo anterior aunado a nuevas amenazas como el Cambio Climático, la crisis del campo y la inseguridad alimentaria.

A lo largo del capítulo se expondrán los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas a los jefes y jefas de familia de la RTMG en las comunidades antes señaladas. Así como la propuesta de algunas posibles soluciones a los problemas detectados.

Antecedentes

La lucha contra el hambre, la inseguridad alimentaria y la malnutrición son temas de orden político y no solo técnicos o de recursos (De Clementi y Vivero, 2006) sin embargo, se necesita sumar voluntades y compromiso político de diversos sectores para generar marcos legales, políticas públicas y recursos, con el fin de promover y sensibilizar hacia cambios culturales en las prácticas alimentarias (Valdez, 2018).

La malnutrición, que incluye a la desnutrición en cualquiera de sus grados, así como al sobrepeso y obesidad, es alarmante por sus múltiples causas y consecuencias. La malnutrición tiene tres implicaciones principales que afectan a nuestra región (Fernández y Martínez, 2017):

1. Seguridad alimentaria pobre. La RTMG se ha caracterizado a lo largo de la historia por la escases y poca variabilidad de alimentos, que afecta a una población caracterizada por ser altamente marginada, con difícil acceso a alimentos provenientes de otras zonas y rezago económico y social;

2. La transición demográfica, epidemiológica y nutricional. En gran parte de las regiones del mundo, en especial en esta región geográfica, son alarmantes los cambios en los estilos de vida de la población, específicamente en el incremento de las actividades sedentarias y en la ingestión de alimentos ultraprocesados, a edades cada vez más tempranas y;
3. Ciclo de vida. Aunque el riesgo de malnutrición está presente durante toda la vida de los individuos, sus efectos son diferentes, y son los niños y niñas menores de cinco años de edad los que pueden presentar más secuelas o deficiencias a futuro (Fernández y Martínez, 2017).

Los cambios de hábitos alimentarios en la población de América Latina son alarmantes, considerando que el gasto per cápita por compra de comida rápida aumentó 38.9 %, pasando de 13.6 % en 2000, a 18.9 % en 2013). México es uno de los países que mayor consumo tiene de alimentos ultraprocesados, siendo de 30 %, seguido de Estados Unidos. Consumir un solo refresco al día incrementa la probabilidad de tener sobrepeso en 27 % para adultos y en 55 % para niños (OPS, 2015).

El consumo de bebidas azucaradas a nivel mundial es la causa de 184 mil muertes al año, especialmente de enfermedades crónicas no transmisibles degenerativas y sus complicaciones. Se ha observado que, en México, las tasas de mortalidad asociadas al consumo de estas bebidas, se han incrementado a 24 mil muertes anuales (INSP, 2019).

México se encuentra sobre la media de consumo anual de alimentos ultraprocesados de los países latinoamericanos; en contraparte, Guatemala se encuentra por debajo de la media (Alquicira *et al.*, 2018).

Panorama de salud nutricional México-Guatemala.

En 2010, ocho de cada diez personas mexicanas carecían de acceso a alimentación suficiente y no tenían seguridad social; uno de cada tres no tenía acceso a servicios de salud y alrededor de tres de cada diez habitaba en viviendas de mala calidad. Las precarias condiciones de vida y de trabajo de la población de la frontera sur están asociadas a procesos ancestrales de inequidad social y de género y a procesos recientes de migración masiva (Díaz-López, 2018). La salud y los servicios de atención a la salud en la RTMG no escapan a esta realidad, caracterizada por un mosaico de problemas que, por su naturaleza y causalidad, podrían resumirse como enfermedades viejas y nuevas. A manera de ejemplo,

entre las primeras causas de mortalidad aún tenemos enfermedades y condiciones evitables con la tecnología médica actual como la desnutrición, las muertes maternas y enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el tracoma. Algunos de sus municipios y regiones presentan las razones de mortalidad materna, infantil y preescolar, más altas en comparación con la media nacional. Aunado a estas condiciones de salud desfavorables, la cobertura de los servicios de atención a la salud es insuficiente y su calidad deficiente. Al panorama de problemas infecciosos y de la pobreza, en la década actual se han sumado problemas como la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, cáncer y otras enfermedades crónicas y degenerativas.

Por otro lado, los estándares y puntos de corte recomendados para clasificar desnutrición en la población han cambiado conforme ha evolucionado el conocimiento sobre la evaluación del estado nutricional. Para la evaluación antropométrica, actualmente se emplean los patrones de referencia recientemente publicados por la OMS (2006), en los cuales se considera a las niñas y los niños sanos que fueron alimentados al seno materno, la cual provee información respecto a cuantas desviaciones estándar se encuentra la población de estudio respecto a la media de la población de referencia.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT, 2012), se estima que, en México, el 2.8 % de las niñas y niños de cinco años o menos presenta bajo peso, el 13.6 % talla baja y el 1.6 % emaciación. Se sabe que la baja talla es el reflejo de los efectos negativos acumulados a lo largo de la vida del niño o de la niña. La ENSANUT 2012 manifiesta que el retardo en el crecimiento en las niñas y niños de cinco años o menos es de 13.6 %; como ha sido históricamente en el sur de México, sigue prevaleciendo de manera significativa la baja talla (19.2 %), siendo las localidades rurales las más afectadas (INSP, 2012). Del total de niñas y niños de cinco años o menos evaluados en 2012 en Chiapas, 31.4 % presentó baja talla, 8.4 % bajo peso y 2.4 % emaciación. La prevalencia de baja talla en Chiapas fue superior a la encontrada para el ámbito nacional (13.6 %). La prevalencia de baja talla en 2012 para las localidades urbanas fue 14.8 %; en las rurales de 44.2 % (INSP, 2012).

Según datos de la serie Encuesta Nacional de Nutrición, las prevalencias de baja talla para la edad fueron 3 veces más altas en la población rural que en la población urbana a nivel nacional en México (Rivera-Dommarco *et al.*, 2001).

Actualmente, la obesidad representa un problema de salud pública por su magnitud dentro de la población mexicana. De acuerdo con la

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT, 2016), en México, el 33.2 % de la población escolar presentó sobrepeso u obesidad. Entre las niñas la prevalencia de sobrepeso fue de 20.6 % y de 15.4 % entre los niños; cabe mencionar que en el caso de la obesidad es más elevado en los niños con un 18.3 % en comparación con las niñas 12.2 % (ENSANUT, 2016). La tendencia de estos problemas es hacia el incremento, de tal forma que para el año 2018 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018), reportó una proporción del 38.4 % de sobrepeso-obesidad en la población infantil y adolescente.

En contraparte, Guatemala es el primer lugar de desnutrición de América Latina y el sexto lugar a nivel infantil. Se ha estimado que el 49.8 % de las niñas y niños de cinco años o menos sufren desnutrición crónica, lo que significa que uno de cada dos sufre problemas nutricionales (UNICEF, 2016). Esta condición está asociada a diferentes daños a la salud; así, se reporta que el 54 % de muertes por causas infecciosas, como neumonía y enfermedades diarreicas agudas se encuentran asociadas a estados de desnutrición (UNICEF, 2016).

Lo anterior muestra la importancia de estudiar el estado nutricional de las niñas y los niños menores de cinco años de la RTMG, una región con alto índice de marginación.

Descripción de la problemática en niñas y niños menores de cinco años en el área de estudio.

Morbilidad.

La RTMG se caracteriza por ser una región con altos índices de marginación y pobreza (Peláez-Herreros, 2012). La desigualdad social es la principal causa de la desnutrición y de las enfermedades infecciosas, tales como las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs) y las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs), que siguen siendo las principales causas de morbilidad y mortalidad en la RTMG en el siglo XXI.

De acuerdo con los datos del Sistema de Información en Salud (SIS), en el 2018, en la Jurisdicción Sanitaria III de Comitán de Domínguez, Chiapas, y con base en el indicador Peso/Talla (P-T) se encontró que, de un total de 20 389 niñas y niños de cinco años o menos, 1 087 (5.3 %) presentaban desnutrición leve, 187 (0.92 %) desnutrición moderada y 13 (0.06 %) desnutrición severa, para un porcentaje total de desnutrición del 6.3 %.

En esta Jurisdicción Sanitaria, en 2018, las Unidades de Salud que tuvieron los índices más altos de desnutrición infantil son: La Trinitaria con 20 casos, Ciudad Cuauhtémoc del Municipio de Frontera Comalapa con 13, San Pedro Yutniotic del Municipio de Las Margaritas siete, Nuevo Huiştán del Municipio de Las Margaritas seis, Santo Domingo Las Palmas del Municipio Maravilla Tenejapa, Amparo Agua Tinta de Las Margaritas con cinco, y Carmen Xhán de La Trinitaria con un caso (SIS, 2018).

En Guatemala, el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA, 2017) informó que se tenía bajo control nutricional a 55 174 niñas y niños de cinco años o menos de Municipios que conforman la franja transfronteriza del lado guatemalteco (Nentón, Cuilco y Santa Ana Huiştá, en el Departamento de Huehuetenango), reportando 16 680 (30.23 %) con algún grado de desnutrición y que 38 494 (69.76 %) tienen un adecuado estado nutricional (SIGSA, 2017).

Morbilidad y Mortalidad

De acuerdo al análisis de mortalidad en el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica en México de 2018 (SUIVE, 2018), en la RTMG del lado mexicano, específicamente en los Municipios de Frontera Comalapa, La Trinitaria, Independencia, Las Margaritas, Maravilla Tenejapa y Ocosingo, las primeras causas de morbilidad infantil son las Infecciones respiratorias agudas, las Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, las Infecciones de vías urinarias, la desnutrición leve y la amebiasis intestinal.

En 2018, el Comité Jurisdiccional de Estrategias para la Reducción de la Muerte Infantil (COJUERM), realizó un análisis de la mortalidad infantil por EDAS e IRAS encontrando que éstas estuvieron asociadas a algún grado de desnutrición, en 31.61 por cien mil menores de cinco años de la Jurisdicción Sanitaria No. III de Comitán, Chiapas, particularmente de los Municipios de Frontera Comalapa, Las Margaritas, Chicomuselo, Comitán y La Trinitaria. La situación actual es preocupante, ya que muchos niños y niñas, así como sus padres, tutores o cuidadores, reciben nula o poca atención integral en materia de nutrición por parte del personal de salud.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por conducto del Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) en México, reportó que durante el periodo 2014-2018 se registró un total de 13 casos por mortalidad infantil con diagnóstico de desnutrición grave

y *kwashiorkor* en la región fronteriza del lado mexicano. A pesar de que a nivel nacional, las defunciones por desnutrición han disminuido «de 4 118 muertes en 1990 a 613 en 2009» (Fernández y Viguri, 2010: 472). Los autores señalan que el verdadero problema de la desnutrición no son las muertes sino el número de niños con esa condición, que se enfrentan a la vida con más probabilidades de sufrir con mayor gravedad todo tipo de enfermedades.

En Guatemala, de acuerdo a los datos obtenidos del SIGSA del 2018, el Municipio de Cuilco fue el que tuvo el mayor número de muertes infantiles distribuidos de la siguiente manera: en menores de un año de edad, neumonías 30 %; en el grupo de edad de uno a cuatro años, el 37 % falleció por diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. En el municipio de Nentón, el resfriado común ocupa en primer lugar con un 21.20 %, y esta causa se asoció en un 16.16 % a la desnutrición. Mientras que en Santa Ana Huixta el 50 % de los niños mueren por diarreas y gastroenteritis de origen viral.

De acuerdo a la VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil en Guatemala (ENSMI), donde se evaluó el estado nutricional de las niñas y niños de cinco años o menos, se encontró que el 47 % tenían algún grado de desnutrición y de ésta, el 17 % se consideró desnutrición severa (ENSMI, 2009).

Estos resultados no solo reflejan las precarias condiciones nutricionales en la que se encuentran las niñas y niños de la RTMG, sino que también exponen las condiciones de pobreza, desigualdad social y limitantes socioeconómicas y su estrecha relación con la mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas, específicamente por EDAS e IRAS en edades menores de cinco años de la región, situación que se analiza en otro capítulo de este libro.

Contexto geográfico

Chiapas es un estado del sureste de la República Mexicana que limita al norte con Tabasco, al este y sureste con los departamentos guatemaltecos de Petén, Quiché, Huehuetenango y San Marcos, al sur con el Océano Pacífico, al oeste con Oaxaca y al noroeste con Veracruz. Está compuesto por 124 municipios, siendo su capital la ciudad de Tuxtla Gutiérrez. En 2015 tenía una población de 5 217 908 personas (2 681 187 mujeres y 2 536 721 hombres), de los cuáles 540 459 son niñas y niños de cinco años o menor edad (INEGI, 2018).

De la región mexicana que nos ocupa, el Municipio de La Trinitaria limita al norte con La Independencia y Las Margaritas, al este con la

República de Guatemala, al sur con Frontera Comalapa y al oeste con Socoltenango, Tzimol y Comitán de Domínguez. En 2015, tenía una población de 76 917 personas (37 472 hombres y 39 445 mujeres) de los cuales 6 848 es población indígena; la integran un total de 415 localidades que incluyen a 18 474 viviendas. Es una región con alto grado de marginación. Del total de población, 67 097 personas son derechohabientes de una institución médica (CEIEG, 2018).

Tzisco y Unión Campesina El Porvenir (UC) son localidades del Municipio de La Trinitaria. En 2010, la primera contaba con una población de 1 562 personas, de las cuales 772 eran hombres y 790 mujeres que habitaban en 344 viviendas (INEGI, 2015). Unión Campesina El Porvenir (UC) tenía una población de 156 personas, 71 hombres y 85 mujeres y 37 hogares (INEGI, 2015).

El Departamento de Huehuetenango está situado en la región Noroccidental del País de Guatemala; limita al norte y oeste con México, al sur con los departamentos de San Marcos, Quetzaltenango y Totonicapán; y al este con el Departamento de Quiché. En 2015, tenía una población de 1 264 449 personas, de las cuáles 184 620 eran menores de cinco años (Centro Nacional de Epidemiología, 2019). Tiene un total de 33 municipios. En 2015 Cuilco tenía 62 342 habitantes, Nentón 49 073 habitantes, Santa Ana Huixtla 9 622 habitantes y Jacaltenango 47 113 habitantes son municipios de Huehuetenango (INE, 2019).

Metodología

Se realizó un estudio transversal descriptivo de tipo cuali-cuantitativo mediante una encuesta y la realización de antropometría, para la identificación del estado nutricional de la población infantil menor de cinco años; el componente cualitativo se efectuó mediante observación participante y entrevistas en profundidad, para el análisis social de las familias de las niñas y niños estudiados y para la obtención de información relacionada con el aprovechamiento de los alimentos locales.

El estudio se realizó durante el mes de marzo de 2019, en las comunidades de Tzisco y Unión Campesina El Porvenir (UCEP) del Municipio La Trinitaria, del Estado de Chiapas, México, y en los Municipios de Nentón, Jacaltenango y Santa Ana Huiña del Departamento de Huehuetenango, Guatemala. Las comunidades se eligieron con base a su alta prevalencia de desnutrición y marginación, tanto del lado mexicano como guatemalteco.

Se realizó una encuesta preliminar a los jefes y jefas de familia, de las comunidades chiapanecas que informaron tener niños y niñas

menores de cinco años (en adelante, población infantil chiapaneca estudiada), y de esta población se seleccionó la muestra a estudiar en la que se incluyó a la población infantil menor de cinco años identificada y sus respectivas familias.

Para la comunidad mexicana de Tizcao, el tamaño de la muestra se calculó con el software *EpiInfo*, obteniéndose una proporción representativa a partir de la población total de niñas y niños menores de cinco años de edad (en adelante, población infantil chiapaneca estudiada) estimándose una prevalencia de desnutrición de la región de 7.2 %, con una confiabilidad del 95 %; el muestreo fue aleatorio sistemático y, mediante un listado de las casas, se identificaron aquellas familias que tuvieron un promedio de cinco integrantes, seleccionándose una de cada cuatro familias. En la comunidad mexicana de Unión Campesina el Porvenir, debido al tamaño de la población no se seleccionó una muestra aleatoria, estudiándose todas las familias que tuvieron niñas y niños menores de cinco años. Para el estudio de la población guatemalteca, a los médicos encargados de las unidades médicas se les entregaron los cuestionarios y la participación de las familias fue voluntaria.

El protocolo de investigación no requirió la revisión de comité de ética, ya que se consideró que no existía riesgo alguno para los participantes. Se obtuvo el consentimiento informado de manera verbal para la entrevista y la antropometría a los niños y las niñas.

Se incluyó solo a las familias de la población infantil menor de cinco años de edad seleccionada de las comunidades colindantes (mencionadas en líneas previas) de ambos lados de la frontera México-Guatemala, que aceptaron participar en el estudio. Se eliminaron los cuestionarios que contenían información incongruente y los que estaban incompletos.

A las jefas y jefes de las familias incluidas se les entrevistó con la aplicación de un cuestionario integrado por la información relacionada con la identificación familiar, variables sociodemográficas, hábitos alimentarios de la familia mediante un recordatorio de 24 horas y preguntas sobre el aprovechamiento de los alimentos producidos por las familias (en parcelas y huertos familiares) y el concepto que tienen de la desnutrición y sus causas.

A los integrantes de las familias incluidas se les realizó antropometría de acuerdo a las recomendaciones de Habicht (1974) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2008), obteniéndose el peso y la talla de los niños y de las niñas estudiadas y con estos valores, se construyeron los índices peso para la talla (P/T) y talla para la edad (T/E);

el diagnóstico nutricional se estableció mediante la comparación de los resultados obtenidos, con los patrones de crecimiento de la OMS (Cordero y Mejía 2007).

Como definición de malnutrición, se tomó la de la OMS (2016): que incluye «las carencias, los excesos o los desequilibrios de la ingestión de energía y/o nutrientes de una persona» y que «abarca a la desnutrición...y al sobrepeso y la obesidad...» El estado nutricional se clasificó en normal, desnutrición leve, moderada y grave, sobrepeso-obesidad; la talla se clasificó en normal, baja y alta, de acuerdo a los criterios de la OMS antes mencionados.

El análisis de los resultados cuantitativos se realizó mediante los estadísticos descriptivos razones, proporciones y valores absolutos; para las variables de asociación se utilizó el *odds ratio* y sus intervalos de confianza. Las preguntas abiertas se integran en el análisis cualitativo.

Resultados

Se entrevistó a un total de 90 jefes y jefas de familia de la RTMG (70 de Chiapas y 20 de Huehuetenango), con una población familiar total de 395 personas de las cuales, 67 (17 %) correspondieron a niños y niñas menores de cinco años de edad (Tabla 8.1.).

Se incluyeron 45 familias de ambos lados de la frontera: diez guatemaltecas del Departamento de Huehuetenango y 35 mexicanas del Municipio La Trinitaria, Chiapas, que aportaron al estudio a 52 niñas y niños menores de cinco años; 13 (25 %) del lado fronterizo de Guatemala y 39 (75 %) del lado mexicano (Tabla 8.2.). Veintisiete fueron del sexo masculino (52 %) para una razón niño:niña de 1.08.

El promedio de edad de la población infantil de Chiapas que se estudió, fue de 2.3 años con una edad mínima de menos de un mes y una máxima de 4.3 años; en Huehuetenango, la edad mínima fue de dos años y la máxima de cuatro con un promedio de 3.3 años. En la Tabla 8.3. se muestra la distribución infantil por grupos de edad y sexo.

El resumen de los datos antropométricos encontrados se muestra en la Tabla 8.4., agrupados por edad y sexo, en valores mínimos y máximos. El promedio de peso de las niñas de Huehuetenango fue de 15.06 K (DT \pm 2.39; IC 95 % 12.84 – 17.27) y en los niños de 9.6 K (DT \pm 1.44; IC 95 % 8.08 – 11.11). En la población infantil de Chiapas estudiada el peso de las niñas fue en promedio de 11.5 K (DT \pm 3.32; IC 95 % 9.85 – 13.15) y en los niños el promedio fue de 12.75 K (DT \pm 2.48; IC 95 % 11.62 – 13.88).

TABLA 8.1 · Jefes y jefas de familia entrevistadas
y población de estudio de la RTMG

País	Estado / Departamento	No familias (n = 90)	Persona entrevistada	
			Mujeres n = 80	Hombres n = 10
México	Chiapas	70	64	6
Guatemala	Huehuetenango	20	16	4

TABLA 8.2 · Población infantil menor de cinco años

País	Estado / Departamento	Municipio	Comunidad
México	Chiapas	La Trinitaria	Tziscaco
			U. Campesina
Guatemala	Huehuetenango	Jacaltenango	San Andrés Huista
			San Marcos Huista
			Jacaltenango
			Inchehux
		Nentón	Gracias a Dios
		Santa Ana Huista	

TABLA 8.3 · Grupos de edad de la población menor de cinco años

Edad años, meses	Población huehueteca				
	Niñas n = 7	Niños n = 6	Total n = 13	%	% acumulado
< 1		2	2	15.38	15.4
1 - 1.11		2	2	15.38	30.8
2 - 2.11	2		2	15.38	46.2
3 - 3.11	2	2	4	30.77	76.9
4 - 4.11	3		3	23.08	100.0

Total de personas (n = 395)	Población menor de cinco años de edad		
	Total n = 395	Niñas n = 30	Niños n = 37
306	20	27	47
89	10	10	20

Niñas n = 25	Niños n = 27	Total n = 52	% Estado / Departamento
9	15	24	75
9	6	15	
1	3	4	25
1	2	3	
1		1	
	1	1	
2		2	
2		2	

Población chiapaneca				
Niñas n = 18	Niños n = 21	Total n = 39	%	% acumulado
3	1	4	10.26	10.3
3	6	9	23.08	33.3
4	8	12	30.77	64.1
5	2	7	17.95	82.1
3	4	7	17.95	100.0

Fuente: Encuesta de nutrición de la RTMG, 2019

TABLA 8.4 · Antropometría de población menor a cinco años

Edad (años, meses)	Niñas			Niños		
	n = 7	Peso K	Estatura m	n = 6	Peso K	Estatura m
8.4a. Población infantil de Chiapas						
< 1				2	6.8 - 8.16	0.61 - 0.69
1 - 1.11				2	9.5 - 10.4	0.73 - 0.75
2 - 2.11	2	11.97 - 14.06	0.84 - 0.90			
3 - 3.11	2	11.34 - 14.51	0.91 - 0.97	2	11.34	0.82 - 0.86
4 - 4.11	3	17.24 - 18.14	0.9 - 1.11			
Media		15.06	0.94		9.6	0.74
IC 95% para la media		12.84 - 17.27	0.88 - 0.99		8.08 - 11.1	0.67 - 0.81
Desviación típica ($\pm 1 DT$)		2.39	0.06		1.44	0.07
Variación de Pearson (%)		15.84	6.38		14.97	8.97
8.4b. Población infantil de Chiapas						
< 1	3	3.8 - 7.4	0.53 - 0.65	1	7.4	0.64
1 - 1.11	3	7.4 - 8.5	0.69 - 0.75	6	10 - 11	0.73 - 0.82
2 - 2.11	4	9.8 - 14	0.76 - 1.00	8	10 - 16	0.82 - 0.97
3 - 3.11	5	11 - 18	0.87 - 0.98	2	12.5 - 15	0.87 - 0.96
4 - 4.11	3	12 - 18	0.93 - 1.00	4	15 - 17	0.95 - 1.01
Media		11.5	0.83		12.75	0.87
IC 95% para la media		9.85 - 13.15	0.76 - 0.89		11.6 - 13.8	0.83 - 0.91
Desviación típica ($\pm 1 DT$)		3.32	0.13		2.48	0.09
Variación de Pearson (%)		28.89	15.53		19.44	10.12

Fuente: Encuesta de nutrición de la RTMG, 2019

La talla de la población huehueteca estudiada fue en promedio en las niñas de 0.94 m ($DT \pm 0.06$; IC 95 % 0.88 - 0.99) y en los niños de 0.74 m ($DT 0.07$; IC 95 % 0.67 - 0.81). En la población chiapaneca estudiada, las niñas tuvieron una estatura promedio de 0.83 m ($DT \pm 0.13$; IC 95 % 0.76 - 0.89) y los niños un promedio de 0.87 m ($DT \pm 0.09$; IC 95 % 0.83 - 0.91).

Las diferencias encontradas en la antropometría de la población infantil huehueteca estudiada (Tabla 8.4a.), fue el resultado de la mayor edad de las niñas (100 % con más de dos años) en comparación con la de los niños (33.3 % con edad mayor a dos años), lo que conlleva a mayor peso y estatura en las niñas. En la población infantil chiapaneca (Tabla

8.4b.), la edad entre las niñas y los niños fue más homogénea por lo que las diferencias encontradas intragrupo sí son significativas.

Con base al índice peso/talla y comparándolo con las tablas de nutrición de la OMS, no se encontró diferencia significativa en el estado nutricional de la población infantil estudiada, de ambos lados de la frontera (Tabla 8.5.), predominando el sobrepeso-obesidad en la población infantil mexicana (30.77%) en comparación con la guatemalteca (23.08%); la desnutrición se encontró en la misma proporción (7.69%) en ambos grupos.

TABLA 8.5 · Malnutrición de la población infantil

Depto/ municipio	Población	Malnutrición		Desnutrición		Sobrepeso-obesidad	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
<i>Guatemala</i>	13	5	38.46	1	7.69	4	30.77
<i>México</i>	39	12	30.77	3	7.69	9	23.08
Total	52	17	32.69	4	7.69	13	25.00
	OR	1.4		1		1.48	
	IC 95%	0.38-5.20		0.09-10.55		0.37-6.0	
8.5a. En la RTMG							
<i>Femenino</i>	25	11	44.00	3	12.00	8	32.00
<i>Masculino</i>	27	6	22.22	1	3.70	9	33.33
Total	52	17	32.69	4	7.69	17	32.69
	OR	2.75		3.54		1.06	
	IC 95%	0.82 - 9.16		0.34 - 36.56		0.33 - 3.39	
8.5b. En población infantil de Huehuetenango							
<i>Femenino</i>	7	4	57.14	1	14.29	3	42.86
<i>Masculino</i>	6	1	16.67		0.00	1	16.67
Total	13	5	38.46	1	7.69	4	30.77
	OR	6.67		3.54		3.75	
	IC 95%	0.49 - 91.33		0.34 - 36.56		0.27 - 51.38	
8.5c. En población infantil de Chiapas							
<i>Femenino</i>	18	7	38.89	2	11.11	5	27.78
<i>Masculino</i>	21	5	23.81	1	4.76	4	19.05
Total	39	12	30.77	3	7.69	9	23.08
	OR	2.03		2.5		1.63	
	IC 95%	0.51 - 8.1		0.21 - 30.12		0.36 - 7.33	

De los 52 niños y niñas de la RTMG, 17 casos tenían malnutrición por carencia o por exceso para una prevalencia global del 32.69%, predominando en Guatemala con cinco casos (38.46%). La desnutrición se observó en cuatro casos (7.69%), con igual proporción en Guatemala y México. El sobrepeso-obesidad tuvo una prevalencia del 25% para un total de 13 casos de los cuales nueve correspondieron a población infantil huehueteca (Tabla 8.5a.). La malnutrición en las comunidades mexicanas estudiadas se presenta en la Tabla 8.5b.

La malnutrición por sexo en la RTMG predominó en las mujeres en un 44% (Tabla 8.5a.). En las niñas de Huehuetenango que se estudiaron fue del 57.14% y de 38.89% en el lado chiapaneco (Tabla 8.5b. y 8.5c.). En el grupo de las niñas guatemaltecas solo se encontró una niña con desnutrición leve y tres con sobrepeso-obesidad (42.86%) mientras que, en el grupo de los niños de ese lado de la frontera, solo uno estuvo afectado (16.67%) con sobrepeso-obesidad.

La talla baja (Tabla 8.6.) en la población infantil huehueteca estudiada, predominó en el sexo masculino mientras que, en la chiapaneca, fue en el femenino (OR 12.5 y 1.25 respectivamente).

TABLA 8.6 · Talla para la edad por sexo de la población infantil

Sexo	Población	Normal %Casos	Baja %Casos	Alta %Casos
8.6a. En la RTMG				
Femenino	25	17	68.00	7 28.00
Masculino	27	16	59.26	10 37.04
Total	52	33	63.46	17 32.69
OR = 1.51 IC 95% = 0.47 - 4.9				
8.6b. Población infantil Huehuetenango				
Femenino	7	5	71.43	2 28.57
Masculino	6	1	16.67	5 83.33
Total	13	6	46.15	7 53.85
OR = 12.5 IC 95% = 0.84 - 186.3				
8.6c. Población infantil Huehuetenango				
Femenino	18	12	66.67	5 27.78
Masculino	21	15	71.43	5 23.81
Total	39	27	69.23	10 25.64
OR = 1.23 IC 95% = 0.29 - 5.2				

En cuanto al tipo de alimentación, más del 93 % de las familias de la RTMG estudiadas consumen verduras, frutas y alimentos derivados de los animales (Tabla 8.7.). En la región mexicana (Tablas 8.7b. y 8.7c.) se consume más carne que en la guatemalteca (97.1 % versus 80 %). Los alimentos denominados «chatarra» se consume predominantemente en la región mexicana en un 82.9 % en tanto que en la guatemalteca su consumo es del 70 %. En la RTMG alcanza un porcentaje global del 80 % (Tabla 8.7a.).

De las 45 familias de la RTMG, 37 (82.2%) producen alimentos vegetales para su consumo, predominando del lado mexicano con 32 de las 35 familias (91.4%) mientras que del lado guatemalteco solo cinco familias lo hacen (50%). Los alimentos mayoritariamente producidos son el maíz y el frijol (100% en ambas poblaciones). Otros alimentos producidos en la región son: chayote (40.5%), plátano (27%), mango y limón (16.2% respectivamente), lima (13.5%), guayaba y durazno (10.8% respectivamente), entre otros productos producidos en menor proporción. El excedente de lo producido se destina a su comercialización, especialmente el maíz, frijol y café. Del total de familias de la RTMG, 26 (57.8%) comercializan sus productos: 25 (24.4%) son mexicanas y una guatemalteca (2.22%).

En la tabla 8 se puede observar la diferencia de los servicios básicos con los que cuentan las comunidades estudiadas. Destaca que el 100% de las familias del Departamento de Huehuetenango tiene casa propia y cuentan con servicio de agua entubada, en tanto que las familias chiapanecas solo el 88.6% y 42.9% respectivamente, tienen estos servicios. El 80% de las familias de la franja fronteriza guatemalteca estudiadas tiene servicio de drenaje y ninguna del lado mexicano (Tabla 8a).

El 84.4% de las familias (38 familias) de la RTMG estudiadas conviven en pareja conyugal (23 casadas y 15 en unión libre para porcentajes de 51% y 33.3%, respectivamente) con un mayor número de casados en las familias huehuetecas estudiadas (60%) en comparación con las parejas chiapanecas (48.6%), mientras que, en estas últimas, predominó la unión libre con el 40% de las familias y solo una pareja del lado fronterizo guatemalteco se encontró en esta condición (Tabla 8b)

La ocupación familiar encontrada en la RTMG (tomando como criterio la actividad del hombre) fue predominantemente agricultora. Treinta y dos de las 33 jefas de familia en las localidades fronterizas de Chiapas, se dedican a las labores del hogar (una de ellas además, atiende una tienda de abarrotes en su casa y en un caso no se desconoció la actividad); los hombres son agricultores (uno de ellos también trabaja de lanchero en la laguna de Tziscaco). En las familias huehuetecas,

TABLA 8.7 · Consumo de alimentos en la RTMG

Frutas		Verduras		Animal		Chatarra		
8.7a. RTMG								
Consumo semanal	n = 45	%	n = 35	%	n = 45	%	n = 45	%
Ninguna	3	6.7	1	2.2	1	2.2	1	2.2
Una vez	22	48.9	27	60.0	27	60.0	27	60.0
Dos veces	10	22.2	4	8.9	4	8.9	4	8.9
> Dos veces	4	8.9	7	15.6	7	15.6	7	15.6
Otra	6	13.3	6	13.3	6	13.3	6	13.3
≥ una a la semana		93.3		97.8		97.8		97.8
8.7b. Población infantil Huehuetenango								
Consumo semanal	n = 10	%	n = 10	%	n = 10	%	n = 10	%
Ninguna	2	20	1	10	2	20	3	30
Una vez	3	30	6	60	3	30	4	40
Dos veces	4	40	1	10	3	30	2	20
> Dos veces	1	10	2	20	1	10	1	10
Otra					1	10		
≥ una a la semana		80		90		80		70
8.7c. Población infantil Chiapas								
Consumo semanal	n = 35	%	n = 35	%	n = 35	%	n = 35	%
Ninguna	1	2.9			1	2.9	6	17.1
Una vez	19	54.3	21	60.0	13	37.1	13	37.1
Dos veces	6	17.1	3	8.6	1	2.9	2	5.7
> Dos veces	3	8.6	5	14.3	4	11.4	9	25.7
Otra	6	17.1	6	17.1	16	45.7	5	14.3
≥ una a la semana		97.1		100		97.1		82.8

ocho (80 %) mujeres se dedican a las labores del hogar y una es profesora; de los hombres, el 55.6 % (cinco casos) se dedican a la agricultura, dos son albañiles y uno laboratorista (Tabla 8c).

El analfabetismo de los jefes y jefas de familia de la RTMG fue del 23 % (dos en Guatemala y una en México) y en todos los casos afectó exclusivamente a las mujeres (Tabla 8d). La escolaridad más alta (nivel universitario y diversificado) se encontró en las comunidades de Huehuetenango con cuatro casos (tres mujeres y un hombre); de las comunidades de chiapanecas estudiadas, el nivel más alto fue de secundaria terminada con 23 personas (35.94 %) predominando en hombres con 13 casos (41.9 % de este grupo).

TABLA 8.8 · Talla para la edad por sexo de la población infantil

Población	Huehuetenango		Chiapas					
	n = 10	%	n = 35	%				
8.8a. Servicios públicos								
<i>Casa propia</i>	10	100	31	88.6				
<i>Casa de block-ladrillo</i>	7	70	25	71.4				
<i>Agua entubada</i>	10	100	15	42.9				
<i>Drenaje</i>	8	80						
<i>Automóvil</i>	4	40	16	45.7				
<i>Servicio TV</i>	8	70	29	82.9				
<i>Telefonía</i>	8	80	19	54.3				
<i>Internet</i>	4	40	3	8.6				
8.8b. Estado civil								
<i>Casados</i>	6	60	17	48.6				
<i>Unión Libre</i>	1	10	14	40.0				
<i>Soltera</i>			1	2.9				
<i>Viuda</i>	1	10		0.0				
<i>Separados</i>			1	2.9				
<i>Desconocido</i>	2	20	2	5.7				
Jefas y jefes de familia								
Jefas / Jefes	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	n=10	%	n=9	%	n=33	%	n=31	%
8.8c. Ocupación								
<i>Labores del hogar</i>	8	80			31	93.9		
<i>Agricultor</i>			5	55.6			29	93.5
<i>Albañil</i>			2	22.2				
<i>Carpintero</i>							1	3.2
<i>Profesora</i>	1	10	1	11.1				
<i>Comerciante</i>	1	10						
<i>Laboratorista</i>			1	11.1				
<i>Desconocida</i>					1	3.0		
<i>Con dos ocupaciones</i>					1	3.0	1	3.2
8.8d. Escolaridad								
<i>Primaria completa</i>	3	30	4	44.4	13	39.4	10	32.3
<i>P.incompleta</i>	2	20	2	22.2	5	15.2	5	16.1
<i>Secundaria completa</i>					10	30.3	13	41.9
<i>S. incompleta</i>					2	6.1	2	6.5
<i>Bachillerato</i>			1	11.1				
<i>Universitaria</i>	1	10	1	11.1				
<i>Diversificado</i>	2	20						
<i>Sabe leer y escribir</i>					1	3.0	1	3.2
<i>Analfabeta</i>	2	20			1	3.0		
<i>Desconocido</i>			1	11.1	1	3.0		

En cuanto a la caracterología de las familias de la RTMG se encontró que 31 (68.9 %) de ellas son nucleares (22 chiapanecas y nueve huehuetecas), y 14 (31.1 %) son extensas (13 en Chiapas y una en Huehuetenango) que incluyen principalmente a suegros, nueras, nietos y/o bisnietos, cuñados y en un caso a la exesposa (de lado chiapaneco) por lo que el estudio incluyó, no solo a los hijos e hijas menores de cinco años sino a un sobrino, tres nietos y una bisnieta de estas edades.

El análisis de la información.

Solo tres familias (6.7 %) de la RTMG reconocieron desaprovechar algunos de los alimentos producidos, la mayoría aprovecha los alimentos por los siguientes motivos: ser parte de una familia numerosa limita la cantidad de alimento por persona, escasos recursos monetarios, que disminuye la capacidad adquisitiva y producción de alimentos. Los residuos alimenticios se destinan a las aves de corral, las cuales sirven para el consumo familiar o se comercializan, lo que apoya la economía, algunas familias son pequeños productores de maíz, frijol, jitomate, café, cacahuete, etc. productos que comercializan en las comunidades aleñañas, tienen un amplio sentido del compartir con los vecinos de la colonia, y realizan una especie de trueque de alimento, algunos alimentos como el mango y el aguacate, maduran muy rápido y eso acorta el tiempo para comercializarlo o consumirlo.

Los alimentos más consumidos al día son las frutas, verduras producidas o compradas en su localidad. El consumo de productos lácteos fue más frecuente en las localidades de Guatemala; en contraparte, en México los alimentos de origen animal es la principal fuente de alimento. En cambio, el consumo de bebidas gaseosas y alimentos procesados de alto nivel calórico como las galletas, pan y frituras es mayor en las localidades de México que en Guatemala.

Del recordatorio alimentario de 24 horas se pudo observar que la mayoría de los entrevistados basa su alimentación en guisados que contienen alimentos propios de la región, amplio consumo de alimentos como huevo, frijoles fritos con aceite o manteca, que predominan en los tres servicios de alimentación (desayuno, comida y cena).

Al preguntar sobre el concepto que de desnutrición tienen, las familias mexicanas entrevistadas las definieron como bajo peso en niñas y niños a consecuencia de enfermedades, deficiente economía familiar y malos cuidados de las madres; mientras que, en Guatemala, además de la falta de recursos económicos, las personas entrevistadas resaltaron

la deficiencia de nutrientes y la falta de educación. En México comentaron: «Cuando están bajos de peso se enferman seguido», «Por la anemia», «Por la alimentación y economía que no se puede comprar para sobrevivir», «Mal cuidado de las mamás a los hijos», «Es una enfermedad en donde la mamá trabaja para tener recursos económicos, porque es difícil recuperar el peso de los niños y niñas». En Guatemala se comentó: «Es la deficiencia de nutrientes en el organismo», «Por falta de economía», «Falta de educación y economía» y «Falta de comida».

Algunas familias aceptaron saber de algunos casos de desnutrición que en otros momentos se han tenido en su comunidad. En las comunidades mexicanas mencionaron como causa de desnutrición de las niñas y los niños, a la falta de apetito, las enfermedades, así como el poco o nulo consumo de leche materna. En Guatemala, además de la enfermedad, fueron muy insistentes en remarcar las malas condiciones de higiene y pobreza. La percepción de las causas de desnutrición de algunos de los entrevistados en Chiapas fue: «Le quitó el pecho al año, ya se recuperó, lo desparasitaron y lo vitaminó» (Chiapas, México) «No le daba ganas de comer, pero ahora ya come», «Porque la niña no come bien, es melindrosa, no come verduritas, carnita. No le dieron lactancia materna y su nuera estuvo con anemia durante el embarazo», «Debido a que se enferma mucho», «A la mala alimentación, consume muchas golosinas», «Se enferma mucho, toma mucho antibiótico», «Antes no lo alimentaban bien, actualmente ya está en manejo y mejoró», «Está cambiando el tiempo porque antes no venían así, mis otras hijas nacieron bien». En Guatemala se comentó: «Mala higiene», «Condiciones económicas», «Pobreza» y «Síndrome de Down».

Al preguntar por la «alimentación ideal» para los niños, todas las personas entrevistadas, tanto mexicanas como guatemaltecas coincidieron en mencionar: el consumo de frutas y verduras; carnes y sus derivados; comer tres veces al día y evitar el consumo de comida chatarra. En México, además mencionaron: no comer carne, que consuman agua hervida, leche materna, alimentos con poca grasa y tener cuidado en la limpieza en el proceso de preparación de los alimentos. En Guatemala, agregaron: el consumo de Incaparina (mezcla elaborada a base de harina de maíz, harina de soya y micronutrientes, distribuida por el INCAP) y una alimentación variada donde se incluyan alimentos con vitaminas y minerales.

La mayoría de las personas entrevistadas, refieren que las condiciones de nutrición en sus hijas e hijos no son las mejores, sin embargo, indican hacer un esfuerzo mayor, para aumentar la diversidad de

alimentos y así mejorar el estado nutricional, de sus hijas e hijos. Por ejemplo, en la localidad de Tzisco, se encontró un amplio conocimiento relacionado a la adecuada alimentación de las niñas y niños de cinco años o menos, lo cual se traduce en una amplia participación de los comités de salud y personal de unidades de salud de la Secretaría de Salud, quienes se encuentran en constantes capacitaciones a la población, con temas como el manejo de la deshidratación, preparación de alimentos para niñas y niños, saneamiento de los alimentos, lo cual ha contribuido al mejoramiento de las condiciones de salud. Mientras que en la localidad UCEP, mencionaron frecuentemente la importancia de la lactancia materna y sus beneficios para la salud en los primeros años de vida y dominan el conocimiento de «El plato del bien comer», pese a estos esfuerzos familiares las condiciones nutricionales son desfavorables.

En Guatemala, las diferencias que indicaron en la entrevista sobre el consumo de alimentos en las niñas y niños menores de cinco años, fue la poca o nula ingestión de alimentos de origen animal, como la carne, ya que conlleva mayor tiempo de masticación y poca accesibilidad a consecuencia de la economía. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud en Guatemala, la desnutrición continúa siendo un problema de salud nacional, como una medida correctiva al problema se continúa con el consumo de la Incaparina (INCAP, 1999) y con talleres para revertir este problema, ya que la población conoce bien los problemas que acarrea una mala alimentación en los primeros años de vida. Es en este momento que nos formulamos la siguiente pregunta ¿Qué otras medidas se pueden tomar para corregir este problema que nos aqueja a ambos lados de la frontera?

En las entrevistas realizadas, la mayoría de las personas mencionaron que las enfermedades más frecuentes en las niñas y niños menores de cinco años son las IRAS y las EDAS, enfermedades tratables y prevenibles, pero cuando existe poca o nula información sobre las medidas que se pueden adoptar para ello, los estragos son inmensurables, sobre todo si no se detectan a tiempo.

Los jefes y jefas de familia mencionaron estar preocupados por la salud de sus hijos e hijas, porque secundario al estigma de la marginación social, las mujeres refieren que existe una escasez preocupante de medicamentos en los centros de atención cercanos, por lo que deben comprar con sus recursos los medicamentos indicados por el personal de salud. Ello merma aún más la dieta familiar; a pesar de ello, refieren que el servicio de atención es bueno.

Además del maíz y frijol, algunas familias siembran otros productos. En este punto se puede observar una diferencia en la variedad de los mismos, puesto que en las localidades mexicanas cosechan acelga, aguacate, altamisa, café, calabaza, caña, cebolla, chayote, chile, cilantro, col, durazno, epazote, granadilla, guayaba, guineo, hierbabuena, hinojo, lima, limón, mandarina, míspero, momón, mostaza, naranja, pacaya, piña, rábano, repollo, tomate de árbol, guash o guaje, mango y zanahoria. En Guatemala mencionaron banano, cebolla, chile dulce, chipilín, durazno, guisaquil, higo, mandarina, mango, nance, plátano y algunas hierbas.

Conclusiones

La RTMG, es una zona altamente marginada y se destaca por sus altos índices de pobreza. El presente estudio tuvo como objetivo principal, identificar el estado nutricional de dos comunidades del Municipio de La Trinitaria, Chiapas y seis comunidades huehuetecas colindantes.

Se esperaba encontrar importantes diferencias nutricionales entre las distintas poblaciones transfronterizas y entre las comunidades mexicanas y guatemaltecas. Sin embargo, aunque sí existen tales diferencias, éstas no fueron significativas desde el análisis estadístico y consideramos que esto es resultado del tamaño pequeño de la muestra.

Con base al estudio antropométrico, no se observó diferencia en el grado de desnutrición de ambas poblaciones transfronterizas, pero sí en el sobrepeso y obesidad que fue mayor en la población guatemalteca. Estos resultados nos permiten observar que, al igual que en otras latitudes, la malnutrición en exceso calórico está ganando terreno, como también se observó en la población burócrata que se describe en el capítulo de enfermedades crónicas no transmisibles en la infancia que ocupa un capítulo de este libro. Esto nos habla del consumo elevado de alimentos ultraprocesados de alto valor calórico agregando a ello, la manera de preparación que, en su mayoría, son fritos.

Aunque sin significancia estadística, la malnutrición por exceso y por déficit fue mayor en el sexo femenino, especialmente en la población guatemalteca. Este fenómeno de traslape epidemiológico de la nutrición (persistencia de desnutrición y creciente prevalencia de sobrepeso-obesidad) en la RTMG tiene importantes connotaciones de riesgo para la región ya que es bien conocido que la desnutrición y talla baja en población infantil menor de cinco años es un factor de riesgo para la mortalidad, especialmente por enfermedades infecciosas

(Cordero, 2007) en tanto que el sobrepeso y la obesidad infantil nos ofrecen un panorama de incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente la diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, en adultos jóvenes, lo que implica mayor incidencia de mortalidad derivada de estas patologías, tales como el infarto del miocardio, evento cerebrovascular, insuficiencia hepática y renal, entre otros.

Lo anterior nos lleva a preguntarnos si las familias entrevistadas están bien informadas respecto a los cuidados y tipos de alimentación que sus hijos deben tener, ¿Cuál es el peso de los factores estructurales y de vulnerabilidad social en la alta prevalencia de malnutrición, en particular el sobrepeso y obesidad? Nos atrevemos a responder hipotéticamente que esto es el resultado del impacto mediático que de manera insistente impulsa al consumo de alimentos ultraprocesados de bajo valor nutricional pero alto contenido calórico «vacío» que aporta pocos o ningún nutriente, especialmente derivado de la ingestión de frituras, refrescos y jugos embotellados altamente azucarados, bollería y pastelería industrializada, entre otros.

Los resultados de este estudio hacen evidente que, aunque separados por un franja fronteriza, las comunidades de ambos lados se enfrentan a problemas de salud similares y por lo mismo, su atención se debe abordar con políticas y estrategias sanitarias conjuntas; es por ello que hacemos un llamado de atención a los gobiernos de México y Guatemala a realizar acciones que mejoren las condiciones de vida de la RTMG, ya que el problema de salud, no solo el nutricional, es alarmante. Es preocupante el difícil acceso a los servicios de salud, tanto desde el punto de vista de su oferta como de los recursos económicos familiares para solventarlo. En estas comunidades, no se cuenta con las medidas básicas de saneamiento como agua entubada y drenaje; aún en las zonas más habitadas, las calles siguen siendo de tierra, lo que se considera como un factor de riesgo para la presencia de IRAS y EDAS.

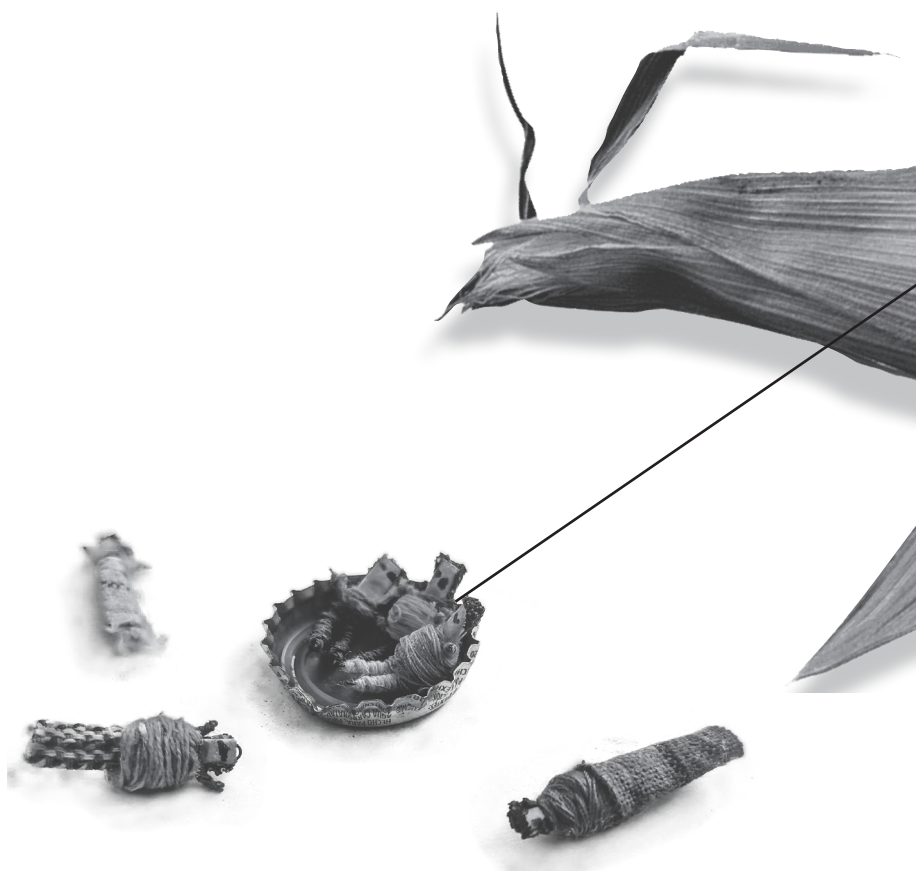
De continuar con estas condiciones, en las próximas décadas, la población de la RTMG se verá enfrentada a enfermedades más graves y de difícil control, como son ya la desnutrición y las derivadas del sobrepeso y la obesidad.

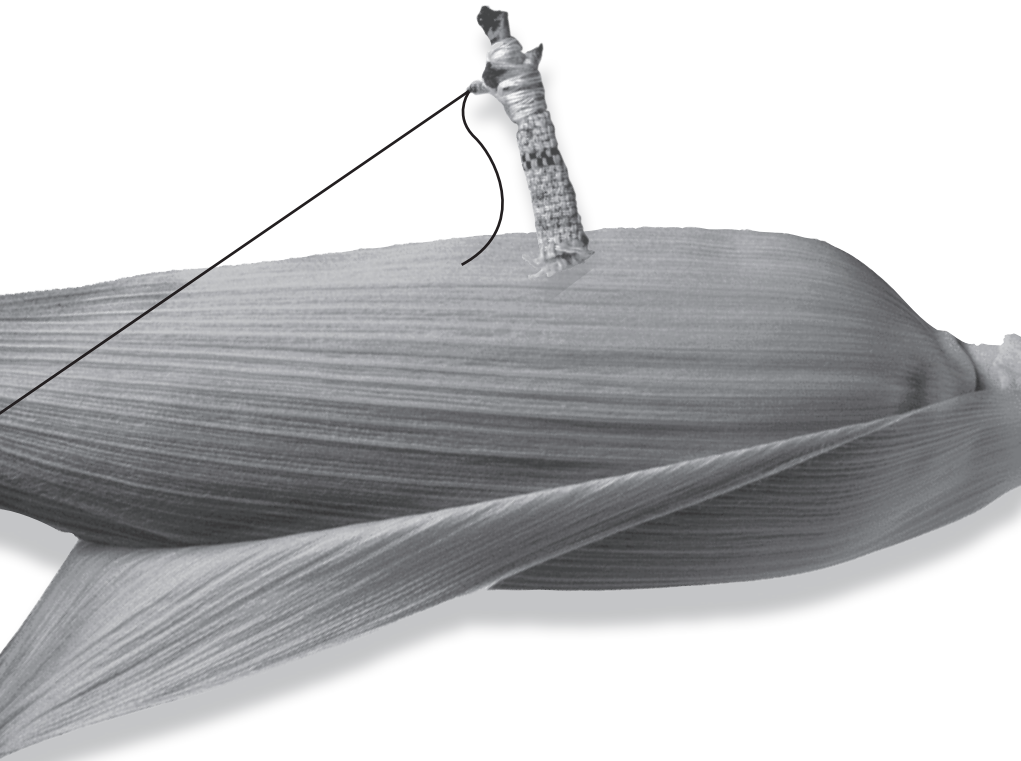
Bibliografía

- Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas. 2018. *Perfiles municipales*. Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica. México. Disponible en http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wp-content/uploads/Boletines/Temp_Perfmun.html
- Cordero, D. y M. Mejía. 2007. Los nuevos patrones de crecimiento de la OMS. OPS/OMS. Bolivia:1-38. Disponible en <https://docplayer.es/2934777-Catalogado-por-el-centro-de-informacion-y-documentacion-ops-oms-bolivia-cordero-valdivia-dilberth-ed.html>
- De Clementi, L. y J. L. Vivero. 2006. La nueva Seguridad Alimentaria en América Latina y la lucha contra el hambre en Guatemala. En I. Trueba (Ed.) *El fin del hambre en el 2025: un desafío para nuestra generación*. Madrid: Cátedra Alfonso Martín Escudero, Universidad Politécnica de Madrid: 331 páginas.
- Del Popolo, F. y A. M. Oyarce. 2006. Población indígena de América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y de las Metas del Milenio. En: *Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas-LC/w. 72: 35-62*. CEPAL. Chile.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT. 2018. *Presentación de resultados*. México. Disponible en https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Fernández, A. e I. Martínez. 2017. *Impacto social y económico de la malnutrición Modelo de análisis y estudio piloto*. Documentos de proyectos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Libro digital, páginas 189. Disponible en <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Impacto%20social%20y%20econ%C3%B3mico%20de%20la%20malnutrici%C3%B3n%20.pdf>
- Fernández, S. y R. Viguri. 2010. La mortalidad por desnutrición en México en menores de cinco años, 1990-2009. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 67(5), 471-473.
- Galván, M. y H. Amigo. 2007. Programas destinados a disminuir la desnutrición crónica. Una revisión en América Latina. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 57(4), 316-326.
- Gutiérrez, J.; J., Rivera-Dommarco; T. Shamah-Levy; S. Villalpando; A. Franco; L. Cuevas y M. Hernández. 2012. *Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública 1(1.48) México: 21-194. Disponible en <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012Resultados-Nacionales.pdf>
- Habicht, J.P. 1974. Estandarización de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 76(5): 375-384. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10766/v76n5p375.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (1999). *Proyecto Longitudinal del INCAP en el oriente de Guatemala años 1969-1991*. Disponible en <https://www.sica.int/incap/estudio.aspx?IdEnt=29>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). 2015. *Catálogo de claves de entidades federativas, municipios y localidades, Octubre 2015*. Disponible en <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/Default.aspx>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) 2018. *Cuéntame. Información por entidad*. Disponible en <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chis/poblacion/comotu.aspx?tema=me&e=07>
- Instituto Nacional de Salud Pública. 2019. *Artículo 1 sobre nutrición y enfermedades crónicas, La carga de enfermedad y muertes atribuibles al consumo de bebidas azucaradas en México*. Disponible en <https://www.insp.mx/epppo/blog/consumo-bebidas-azucaradas.html>

- Instituto Nacional de Estadística (INE), Guatemala, 2019. *Estimaciones de la Población total por municipio. Período 2008-2020. Guatemala*, Páginas 1-6. Institución INE. Disponible en [http://www.oj.gob.gt/estadistica/j/reportes/poblacion-total-por-municipio\(1\).pdf?fbclid=IwAR3R4NZWDUW76OJAAYxkl3-LUCV2lx_TZ021AVSECBWHFRWQVRDMR-TwdG8](http://www.oj.gob.gt/estadistica/j/reportes/poblacion-total-por-municipio(1).pdf?fbclid=IwAR3R4NZWDUW76OJAAYxkl3-LUCV2lx_TZ021AVSECBWHFRWQVRDMR-TwdG8)
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2009. *v Encuesta Nacional de Salud Materna Infantil – ENSMI 2008-2009*. UNFPA. Guatemala. Disponible en <https://catalog.ihnsn.org/index.php/catalog/1869>
- Ministerio de Salud Pública y asistencia social de Guatemala. 2019. *Proyección de población por área, 2015*. Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud Pública y asistencia social de Guatemala. Disponible en <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/informacion/estadisticas-vitales/poblacion-y-proyeccion> Disponible en http://iris.paho.org/xmliui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_esp.pdf
- Maletta, H. 2011. *Tendencias y Perspectivas de la agricultura familiar en América Latina*. Documento de Trabajo N° 1. Proyecto Conocimiento y Cambio en Pobreza Rural y Desarrollo, RIMISP, Santiago, Chile: 4-30. Disponible en http://www.sudamericarural.org/images/en_papel/archivos/af_maletta_2011.pdf
- Marrón-Ponce, J.; T. Sánchez-Pimentia; M. da Costa y C. Batis. 2018. Energy contribution of NOVA food groups and sociodemographic determinants of ultra-processed food consumption in the Mexican population. *Public health nutrition*, 21(1): 87-93.
- Ochoa-Díaz, H. 2018. *La Frontera Sur de México, ¿una salud en crisis?* Academia Nacional de Medicina de México; 3-242. Disponible en <http://www.anmm.org.mx/publicaciones/CANIVANM150/ANM-FRONTERA-SUR-BAJA.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. 2017. *El consumo de productos ultraprocesados aumenta en Guatemala*. Blog de noticias FAO en Guatemala. Disponible en <http://www.fao.org/guatemala/noticias/detail-events/en/c/854050/>
- Organización Panamericana de la Salud. 2015. *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas*. Washington, D.C. 60 páginas.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. 2011. *AnthroPlus for personal computers manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents*. World Health Organization. Genova: 2-6 Disponible en <http://www.who.int/childgrowth/software/en/>
- Peláez-Herreros, Ó. 2012. Análisis de los indicadores de desarrollo humano, marginación, rezago social y pobreza en los municipios de Chiapas a partir de una perspectiva demo-

- gráfica. *Economía, sociedad y territorio*, 12(38): 181-213. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-84212012000100007&script=sci_arttext
- Rivera-Dommarco, J.; T. Shamah-Levy; S. Villalpando; T. González; B. Hernández y J. Sepúlveda. 2001. *Encuesta nacional de nutrición 1999. Estado nutricional de niños y mujeres en México*. Instituto Nacional de Salud Pública. 44, (2):188-190. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000200013
- Shamah T.; L., Cuevas; J. Rivera y M. Hernández. 2016. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016: Informe final de resultados. México, INSP: 144 páginas. Disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- Sistema de Información en Salud (SIS). 2018. *Corte enero 2018, Documentos de control interno no publicados*. Secretaría de Salud, Jurisdicción Sanitaria No. 111, Comitán de Domínguez, Chiapas, México.
- Sistema de Información Estatal de Vigilancia Epidemiológica. 2018. *Corte 2018 Documentos de control interno no publicados*. Secretaría de Salud, Jurisdicción Sanitaria No. 111, Comitán de Domínguez, Chiapas, México.
- Sistema de Información Gerencial de Salud. 2017. *Memoria de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica, Corte 2017*. Documentos de control interno no publicados. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala.
- Soto, G.; L., Moreno y D. Paha. 2016. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina*. 59(6): 8-22.
- Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones. 2018. *Corte 2018. Documentos de control interno no publicados*. Secretaría de Salud, Jurisdicción Sanitaria No. 111, Comitán de Domínguez, Chiapas, México.
- Santizo, M. C. 2016. *En Guatemala el 49,8% de los niños sufre desnutrición crónica. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Guatemala*. Disponible en <https://www.unicef.es/noticia/en-guatemala-el-498-de-los-ninos-sufre-desnutricion-cronica-maria-claudia-santizo-oficial>
- Valdez, G. 2018. *Trabajo presentado en XIV Congreso Internacional de promoción al consumo de frutas y verduras. 5 al día: una estrategia hacia el hambre cero*. Estados Unidos: 2-26. Disponible en http://www.cincopordia.com.mx/congreso/2018/docs/conferencias-magistrales/8-MTRA._GUADALUPE_VALDEZ_SAN_PEDRO.pdf
- Waterlow, J.C. 1996. *The requirements of adult man for indispensable amino acids*. Discussion. *European journal of clinical nutrition*, 50: S151-S179.





Este libro se terminó de imprimir el 20 abril del 2021, segundo año de la pandemia por covid-19 en la Ciudad de México, en los Talleres Inova&Kon y con un tiraje de 400 ejemplares. Su diseño estuvo a cargo de Tlapalabrería Ediciones: tlapallibros@hotmail.com En su composición se usaron fuentes de la familias Gandhi Sans para titulares y paratextos, mientras que el texto corrido se compuso en Minion Pro.

