



UADY

CIENCIAS DE LA SALUD

POSGRADO INSTITUCIONAL
EN CIENCIAS DE LA SALUD

“Barreras culturales y de género en las prácticas alimentarias y su relación con el estado de nutrición de madres y padres de familia de Cheumán”

Tesis presentada por:

LN. Leydi Teresita de Jesús Montero Quijano

En opción al grado:

Maestra en Investigación en Salud

Directoras:

M en C. Zulema Cabrera Araujo

Dra. Alina Marín Cárdenas

Mérida, Yucatán, México, 2018



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

"Luz, Ciencia y Verdad"

Posgrado Institucional en
Ciencias de la Salud

PICSA/233/18.

13 de noviembre de 2018.

La tesis "**Barreras culturales y de género en las prácticas alimentarias y su relación con el estado de nutrición de madres y padres de familia en Cheumán**", presentada por la **L.N. LEYDI TERESITA DE JESUS MONTERO QUIJANO**, en cumplimiento parcial de los requisitos para optar por el grado de **Maestra en Investigación en Salud**, ha sido aprobada en su contenido científico y en cuanto al cumplimiento de los establecido en el Plan de Estudios vigente del **Posgrado Institucional en Ciencias de la Salud**.

ATENTAMENTE

DRA. NORMA ELENA PEREZ HERRERA
COORDINADORA DEL POSGRADO INSTITUCIONAL
EN CIENCIAS DE LA SALUD

UADY



POSGRADO INSTITUCIONAL
EN CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. Archivo

Av. Itzaes x 59 y 59 A. Facultad de Medicina. C.P. 97000. Mérida, Yucatán, México.
Tel. (999) 9240554, 9233297 Ext. 36163. <http://www.pics.uady.mx>

AGRADECIMIENTOS ACADÉMICOS

A mis directoras de tesis:

M en C. Zulema Cabrera y Dra. Alina Marín: Por haberme dado la oportunidad de crecer como estudiante e investigadora, por sus consejos y enseñanzas a lo largo del posgrado. Por brindarme su apoyo en cada aspecto de mi vida, personal y profesional.

A mi comité revisor por su dedicación y consejos, en favor de mi crecimiento profesional: Dra. Gloria Uicab, Dra. Natalia Tumas, Dr. Víctor Hernández, Mtr. Manuel Ordoñez, Mtr. Andrés Santana.

A mi familia y especialmente mi esposo: Gracias por siempre creer en mí, por su apoyo incondicional, por comprender mis ausencias y palabras de amor en cada propósito de mi vida.

El presente trabajo se realizó en la comunidad de Cheumán, Yucatán.

ÍNDICE

I. RESUMEN	5
II. INTRODUCCIÓN.....	7
III. ANTECEDENTES	8
Barreras para la Interculturalidad	13
Barreras de género para la igualdad	17
Comunidad de Cheumán, Yucatán	22
IV. OBJETIVO GENERAL	23
V. Objetivos Específicos	23
VI. MATERIALES Y MÉTODOS.....	24
a. Tipo y diseño del estudio.....	24
b. Universo	25
c. Población estudio.....	26
d. Variables y escalas de medición	27
Estado de nutrición.....	28
Barreras en las prácticas alimentarias.....	30
Prácticas alimentarias:.....	30
Barreras culturales.....	31
Barreas de género.....	32
e. Criterios.....	34
f. Fuentes y recolección de la información.....	34
g. Instrumentos y técnicas de recolección de información.....	36
Guía de preguntas semiestructurada:.....	36
Recordatorio de 24 horas	38
Frecuencia de consumo.....	39
Índice de alimentación saludable.....	39
h. Prueba piloto	44
VII. Resultados	46
IX. CONCLUSIONES.....	69
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
XII. ANEXOS	83
12.1. Cuestionario de entrevista semiestructuradas.....	83

12.2. Instrumento de recolección de datos	86
12.3. Carta de consentimiento informado	88
12.4. Propuesta de Instrumento Escala Likert.....	92
12.5. Lista de alimentos traspatio y número de casas en las se encuentran.....	94

I. RESUMEN

Introducción: La alimentación es un fenómeno multifactorial en el que los procesos y significados involucrados son susceptibles de ser modificados, de esta manera, la obtención, procesamiento y consumo de alimentos expresan necesariamente un conjunto de factores, tales como sociales, económicos, políticos y culturales que representan parte de la identidad de una comunidad.

Reconocer dichas barreras también podría implicar potencialidades u oportunidades para incidir en la salud de las mujeres y hombres de la comunidad, rescatando y fortaleciendo la esencia de las tradiciones y costumbres mayas. El objetivo del presente trabajo fue determinar las barreras para la interculturalidad y de género para equidad y su relación con el estado de nutrición y dieta de las madres y padres de familia de Cheumán, Yucatán.

Metodología: Es un estudio descriptivo, observacional y transversal. Muestreo de tipo no probabilístico y por conveniencia, para esto se consideraron dos grupos de familias (mujeres y hombres) entre 20 y 59 años y otro de 60 o mayores. El presente estudio se llevó a cabo en tres etapas consecutivas, Primera etapa: acercamiento a la comunidad, con el fin de conocer sus características e invitación a las familias a participar en entrevistas individuales, así como la recolección de información cuantitativa y cualitativa. Segunda etapa: Se analizó la información cualitativa, determinando las categorías del discurso, y cuantitativa resultante de las encuestas alimentarias y antropométricas. Tercera etapa: Se vaciaron los datos recolectados en el paquete estadístico SPSS versión 17. Se realizó: estadística descriptiva en frecuencias, medias y desviaciones estándar. Se usó la prueba de ANOVA de un factor para determinar las diferencias existentes en el IMC e IAS según el sexo, además de la correlación de Pearson para conocer la posible relación entre la calificación de IAS e IMC.

Resultados: se estudiaron una totalidad de 28 familias, de las cuales 14 personas fueron entrevistadas de manera individual. El 91% y 87% de las mujeres y hombres obtuvieron sobrepeso u obesidad, respectivamente. Las características de su dieta fueron bajo consumo de verduras, frutas y elevado en carbohidratos y alimentos

procesados, reflejado en el Índice de Alimentación Saludable (IAS), 67.6% de las mujeres tuvieron una dieta que *Necesita modificaciones* (n=19) y 32.1% dieta Buena (n=9); con respecto a los varones 88.2% *Necesita cambios* (n=15) y 11.7% dieta Buena (n=2).

Se determinaron las barreras para la interculturalidad y de género para la igualdad en las entrevistas individuales, resultando entre las principales: abandono de prácticas de siembra y cría de animales; limitada disponibilidad de alimentos saludables en la comunidad, así como difícil acceso a otras comunidades; división de tareas arraigadas al género en lo relativo a las actividades de alimentación; e invisibilización de comidas.

No existe relación significativa entre el IAS y el estado de nutrición.

Conclusiones: Existen en la comunidad barreras para la interculturalidad y de género para la igualdad que dificultan el acceso a alimentación saludable a las madres y padres de familia de la comunidad.

II. INTRODUCCIÓN

La alimentación es entendida como un conjunto de procesos que van desde satisfacer las necesidades biológicas de los individuos hasta representaciones sociales y psicológicas determinadas por la cultura. Sin embargo, la globalización ha tenido repercusiones sobre éstas, en todos los niveles socioeconómicos y demográficos, sobre todo en países en vías de desarrollo, modificándolas y creando nuevas significaciones en las sociedades.

Los significados y prácticas de alimentación podrían implicar barreras, donde también se involucran los roles de género dentro de la dinámica familiar, por otro lado, las percepciones de las prácticas que rigen y determinan la salud, son definitivos en la efectividad o fracaso de una intervención en salud.

En ese sentido, determinar las barreras para la interculturalidad y de género para la igualdad en las prácticas alimentarias y el estado de nutrición, podría aportar información valiosa que podría permitir ampliar el panorama de acción, dar las pautas para dirigir los esfuerzos y decisiones hacia blancos específicos de salud en las comunidades rurales.

La competencia intercultural es un paradigma emergente en el sistema educativo y la formación de profesionales en el área de la salud con una aproximación innovadora para el logro de este propósito. No obstante, primeramente, es necesario conocer el origen y características culturales propias de las comunidades para lograr superar las barreras de cultura y de género que pudieran existir. Partiendo de lo anterior, con el respaldo de la investigación científica y las adecuadas intervenciones se podría impactar en las comunidades y problemáticas de salud con mayor eficiencia y eficacia, así como lograr cambios deseables en los hábitos alimentarios y de salud, manteniendo y revitalizando las prácticas ancestrales mayas prevalecientes en la sociedad.

III. ANTECEDENTES

La obesidad es un tema extensamente estudiado y es evidente el aumento en la prevalencia mundial; dicho incremento no es exclusivo de países desarrollados, como inicialmente se pensó, sino que afecta a otros con menor desarrollo socioeconómico, tal como Popkin señaló, es fenómeno universal.¹

La transición nutricional, descrita por Popkin, su principal exponente, ocurre en la mayoría de los países en desarrollo, incluido México, son los cambios que ocurren en los hábitos de consumo y en las características alimentarias de la población de un país económicamente emergente. Se caracteriza por la sustitución de un alimento por otro, pero en otros casos la introducción de un nuevo alimento no es a costa de eliminar otro, sino de aumentar el acervo alimentario tradicional.^{2,3}

Algunos de las causas de la transición son: 1) la aparición de un fenómeno o cambio inesperado, que rompe el esquema de la vida tradicional, 2) Cambios significativos de la situación económica de la sociedad, 3) Avances tecnológicos en la agricultura o en la industria, 4) Aumento importante de la exposición a publicidad sobre alimentos industrializados y productos ultra procesados (PUP), con especial impacto a los niños más pequeños, 5) Aumenta la oferta de alimentos industrializados en general: hipermercados, cambios en la cadena de distribución, venta y comercialización de alimentos y (6) Disminución de la actividad física - sedentarismo- de la población, debido a los cambios en la tecnología, ocio y trabajo, lo que conlleva a una reducción del gasto energético.^{4,5}

La transición nutricional es acompañada también por la 1) *transición demográfica*, entendida como el cambio de un modelo de alta fecundidad y alta mortalidad a uno de baja fecundidad y baja mortalidad; 2) *transición epidemiológica*, caracterizada como el paso de un patrón de enfermedades infecciosas asociadas con la desnutrición, hambre periódica y la falta de saneamiento ambiental a un patrón de las enfermedades crónicas y degenerativas asociadas con el estilo de vida urbano-industrial; 3) *Patrón de enfermedades degenerativas tardías*, el cual es un cambio

importante en los patrones de mortalidad por edad con el consiguiente aumento de la esperanza de vida.⁵

México pasó de ser un país predominantemente rural con tasas elevadas de desnutrición a ser uno con crecimiento urbano desordenado y obesidad. La población rural del país era del 75 al 80% del total y la urbana era solo del 20 al 25% pero para la mitad del siglo XX estas condiciones se habían invertido. Según datos del INEGI (2010), en Yucatán 84% de la población era urbana y 16% rural, menor que las proporciones nacionales, siendo de 78% y 22% respectivamente.⁶

El resultado de dichos comportamientos se encuentra destellado en las cifras publicadas por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el año 2012, en la que las prevalencias para sobrepeso y obesidad han ido en aumento, siendo los más alarmantes el registrado en el grupo de las y los adolescentes que indica que más de una persona de cada cinco tiene sobrepeso y una de cada diez presenta obesidad y con respecto al grupo de población adulta, el problema es aún más grave indicando que 7 de cada 10 la población adulta presentan sobrepeso y que de estos la mitad presentan obesidad, afectando en mayor proporción a las mujeres, en conjunto constituye un serio problema de salud pública.⁷

Para Popkin se pueden identificar fases o periodos experimentados por las sociedades caracterizados por patrones específicos de dieta, actividad física, tamaño y composición del cuerpo, dichos patrones son paralelos a perfiles demográficos, socioeconómicos y de salud. El cambio de una fase a otra se le denomina transición nutricional, para el autor existen 5 etapas: “recolección de alimentos”, “hambrunas”, “disminución de hambrunas”, “predominio de las enfermedades crónico–degenerativas” y la última etapa, el “cambio conductual”.³

Considerando dicha teoría puede decirse que la mayoría de los países de ingresos medios se encuentran en la transición de la etapa de recesión de las hambrunas al predominio de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. Esta transición se caracteriza por: a) Abandono de las dietas tradicionales; b) Adopción de la "dieta occidental" con la consecuente globalización de la dieta, es decir, comienza a existir una homogenización mundial del tipo de comida que más se consume;

- c) Disminución de la actividad física por cambios en la estructura ocupacional;
- d) Los cambios anteriores inciden en el incremento de las tasas del sobrepeso y de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición (ECRN) como diabetes mellitus, hipertensión y cardiopatía isquémica.^{3,8,9}

Según un estudio realizado por Ortiz y Cols. sobre transición nutricional en México concluyeron que dos elementos no se apegan a los planteamientos de la transición alimentaria y nutricional son: 1) La disponibilidad de cereales en general y de maíz en particular no se ha reducido; 2) Tampoco se ha reducido la disponibilidad ni el gasto de los hogares en tubérculos.¹⁰

En lo relativo a la alimentación, según la Norma Oficial Mexicana 043 (NOM-043), es entendida como el “Conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena”. En casi todos los países, los factores sociales y culturales tienen una influencia muy grande sobre lo que come la gente, las percepciones tradicionales de los alimentos, cómo los preparan, sus prácticas alimentarias y sus preferencias.¹¹⁻¹³

Así mismo, la alimentación está condicionada por otros diversos factores, como el aspecto físico de los alimentos, los factores psíquicos del individuo, la dimensión social y antropológica, la religión, el hábitat, el nivel de instrucción y socioeconómico y la red de comercialización del alimento. De igual manera los cambios demográficos y culturales han afectado el comportamiento de las personas de diversas formas.^{14,15} Los hallazgos de un estudio realizado por Guzmán y Roselló, se concluyó que los conocimientos alimentarios, la influencia familiar, cultural y social, crean hábitos o patrones de alimentación que pueden afectar la salud.¹⁶

La alimentación también supone una forma de establecer, fomentar y cimentar las relaciones sociales, permiten diferenciar socialmente a las personas, ya que existen alimentos considerados, de pobres, clase media y alta. La comida es causa y consecuencia del modo de vida, citando a Contreras, “dime lo que comes y te diré

lo que eres, aforismo con significado profundo que, simboliza las diferencias entre individuos y grupos que pueden entablar diálogo y relaciones sociales que permite que funcionen sistemas de reciprocidad y consolidar la comunidad mediante sus pautas dietéticas comunes”.^{17,18}

Las prácticas y costumbres alimentarias son lo que en su conjunto marcan las preferencias personales y colectivas respecto a qué, cuándo, dónde, cómo, con qué y para qué se come y quién lo consume, así mismo, aspectos relativos al abastecimiento y la circulación de productos y las formas de manipulación. Las distintas culturas poseen escalas y lógicas de valores que determinan lo que no se debe comer y puede reflejar una apreciación al asociar el consumo de determinado alimento con cierta enfermedad y el riesgo de consumir ciertos alimentos en estados considerados vulnerables, por ejemplo, durante el embarazo y lactancia. La cultura alimentaria, es pues entendida como resultado de múltiples determinaciones y cuya síntesis reúnen a diversas representaciones, prácticas y relaciones que involucran a un espectro de públicos consumidores "construidos" históricamente y en procesos continuos de transformación.^{13, 17}

Al ser la alimentación un fenómeno cultural, los procesos involucrados son susceptible de significación, de esta manera, la necesidad de alimentarse, la obtención, la depuración, el almacenamiento, el procesamiento y el consumo de alimentos expresan necesariamente rasgos de la cultura que albergan una riqueza cultural fundamental. Asimismo, la alimentación como elemento identificador de un grupo social, es una característica que difícilmente se pierde en el contacto con otros grupos y la perpetuación del estilo alimentario original en la vida cotidiana, es una prueba de autenticidad y de cohesión social.^{14,19,20}

Sin embargo, es posible identificar dos conceptos importantes resultantes de la convivencia entre culturas distintas, la “*transculturación*”, la cual identificamos como el proceso transitivo de los valores de una cultura dominada frente a una dominante, que implica la pérdida o desarraigo con el consiguiente olvido de prácticas, costumbres, valores y lenguaje y por otro lado el término “*desculturación*” se refiere cuando este proceso alcanza la pérdida de la lengua original.²¹

En México, como en la mayoría de las sociedades, se institucionalizan tiempos de comida formales de acuerdo con los horarios establecidos (desayuno, comida y cena). Existen elementos que se toma en cuenta para seleccionar alimentos, por ejemplo: clasificación según su temperatura, como parte del legado prehispánico estas se ordenan en función de sus cualidades “frías” o “calientes”, estas cualidades dependen del grado de calor solar o de humedad a la que se encuentra expuesto, por ejemplo: el frijol y el chile se considera alimentos calientes; en cambio el maíz y el tomate se consideran alimentos fríos.^{17,18}

En la cosmogonía del grupo étnico maya, la conservación de la armonía en el cuerpo se mantiene por la ingesta de alimentos fríos y calientes, que, al unirse, se neutralizan; en consecuencia, cuando se suscita un desequilibrio corporal (enfermedad o transición de un estado fisiológico a otro), debe suministrarse alimentos o medicamentos de calidad contraria a la del mal para restablecer el orden perdido. No obstante, en un estudio Riva, encontró que los sujetos participantes solían clasificar los alimentos como “Sanos” y “No Sanos”, relacionándolos como naturales y frescos y elevados en colesterol y grasa, respectivamente, siendo este último identificado por los mismo característico de la dieta tradicional yucateca.^{18,22}

Ruz, describe la alimentación maya con eje central, el maíz, combinando las técnicas de agricultura con prácticas de caza, pesca y recolección, los mayas complementan la dieta habitual de maíz-chile-frijol-calabaza con diversos nutrimentos provenientes de animales, frutos y raíces. Este esquema tiene, además, profundas variaciones en épocas festivas o períodos considerados especiales como el embarazo, la lactancia o la enfermedad. También, eventos especiales del ciclo de vida como el nacimiento, el bautizo, el matrimonio y la muerte, además de ciertas fiestas, permiten variaciones en la dieta al añadir carne, pan de dulce, chocolate y bebidas embriagantes de acuerdo al caso correspondiente.¹⁷

El estudio realizado por René et al, en el pueblo Wixarika ubicado en el estado de Jalisco, se observó que el alimento no sólo tiene la función de satisfacer necesidades biológicas, sino que tiene un alto contenido religioso. El gobierno al ignorar la cosmovisión de este grupo, numerosos programas de suplementación

han fracasado lo que explica el hambre y desnutrición crónica existente en esta comunidad.²³

Estudios realizados por Riva, Marín y Pérez en Yucatán los alimentos base en la elaboración de las comidas son la masa de maíz, frijol, huevo, carne y alimentos industrializados, así como chile que acompaña a los alimentos. Entre otros hallazgos están que, en el desayuno no suele haber carne, sino hasta el almuerzo en guisos y en la cena, por lo general consumen lo que sobró del almuerzo; prácticamente todos los platillos los acompañan con tortillas.^{22,24,25}

Otros estudios realizados a nivel estatal como el encabezado por Hernández y cols. se destaca la barrera existente entre el servicio de salud y la comunidad rural, describiendo la aceptación y prestigio social de alimentos industrializados, la recomendación de prácticas alimentarias por parte del equipo de salud que difieren con sus costumbres, tales como consumir alimentos “fríos” en el desayuno y la disminución del consumo de tortillas, las cuales fueron rechazadas y en consecuencia limitan la adherencia y beneficios del tratamiento médico-nutricional. Resultados similares fueron encontrados por Pérez et al. en el que se concluye que algunos alimentos industrializados otorgan status social y una dieta variada, en contraste con familias que comen “solo maíz y frijol” consecuencia de su limitación económica.^{26,27}

Barreras para la Interculturalidad

En otro orden de ideas, un mapa supranacional de las Américas mostraría la presencia de pueblos indígenas multinacionales como los *mayas* de México, Guatemala y Belice; los *quechuas* de Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y Argentina; o los *guaraníes* de Bolivia, Paraguay, Argentina y Brasil. Esto puede llevar a afirmar que las fronteras son relativas y la interacción entre los países ocurren con facilidad.²⁸

Esta interacción también existe dentro de cada país, estado o provincia que las conforman, la cual se ha intensificado en las últimas décadas, gracias a la dinámica o fenómeno urbano-rural, conocido como *periurbanización*, concebida como el fenómeno que tiene lugar en los espacios situados en la periferia de la ciudad; es

un lugar donde se expresan diversas transformaciones en los planos demográfico, económico, político, social y cultural, en relación con los procesos territoriales.²⁹

En el marco de la “Conferencia Mundial sobre las Políticas Culturales” realizada en México en 1982, se dio la siguiente declaración: “la cultura puede considerarse actualmente como el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o un grupo social. Ella engloba, los modos de vida, los derechos fundamentales al ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias... el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones y crea obras que lo trascienden”.³⁰

Gracias a lo anterior ha surgido el concepto de “**interculturalidad**” como una necesidad, el cual se basa en el desarrollo de la comprensión entre culturas, la valoración de cada una en un plano equitativo y las relaciones con la otra que van generando procesos de integración, lo cual conlleva a formas de convivencia entre culturas diferentes, esto puede suceder en una situación o sociedad, el énfasis este puesto en el encuentro, la interacción y la relación entre ellas. La interculturalidad contiene a su vez el principio de lo transcultural, el cual quiere decir que, pese al contacto de las culturas con lo diferente, cada una podrá resistir en cierta medida su “esencialismo”.^{31,32}

La interculturalidad, como meta, pretende: 1) Que exista un espacio y tiempo común para los grupos humanos diferenciados por elementos culturales como la lengua, la identidad étnica o territorial; 2) Abarcar a las minorías, pero junto a la gran mayoría y, por tanto, incide en las discriminaciones personales, familiares e institucionales del conjunto social; 3) Promover el conocimiento y el reconocimiento de las distintas culturas que conviven, aceptando las diferencias culturales como algo positivo y enriquecedor del entorno social y ambiental; 4) Favorecer la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente, en donde la relación entre diferentes no sea en condiciones de desigualdad; 5) Enseñar a afrontar de los conflictos de forma

positiva, no negando que existen y son reales, asumiendo que pueden ser motor del cambio para mejorar.³³

Interculturalidad, es un concepto que recientemente se ha socializado en el ámbito de la salud y se ha detectado como una barrera que dificulta y limita el acceso a los servicios de salud, las cuales están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura de las instituciones de salud y la cultura o "culturas" de los usuarios de los servicios. En el caso de las poblaciones indígenas poseen diferentes conceptos de causalidad de enfermedades, derivados de una cosmovisión particular desde la cual percibe una serie de riesgos en los servicios y espacios de salud, que dificultan el que acudan a ellos.^{32,34}

Las "barreras culturales" en salud pueden identificarse desde cuatro ámbitos: 1) Las que se presentan desde la estructura y de los servicios (sistema); 2) En el establecimiento o espacio de salud; 3) En el personal prestador de servicios de salud y 4) En la población usuaria.³³

En adición a lo anterior, es importante reconocer que en el país existen cincuenta y seis etnias diferentes y se hablan sesenta idiomas diversos; nuestro estado es el tercer lugar en concentración de pueblo indígena a nivel nacional, siendo superado solamente por Chiapas y Oaxaca. Se puede inferir que como punto de partida existen barreras lingüísticas y de comunicación que en muchos casos juegan un papel negativo, pero no definitivo, en la relación de los indígenas con las instituciones de salud.^{35,36}

A nivel de las acciones en salud, las estrategias de comunicación intercultural aparecen como factores que disminuyen las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios. El mejorar los procesos de comunicación y diálogo, promueve una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y a la vez mejora el nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud biomédico.³⁷

Al respecto, Berlin y Fowkes señalan que el éxito de la comunicación intercultural puede ser logrado a través de un proceso compuesto de cinco elementos: "escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar". Los autores reconocen que

aunque el lenguaje puede ser una gran barrera en la comunicación en sus aspectos gramaticales, simbólicos y semánticos, éste no constituye un obstáculo determinante en la relación profesional-paciente, si los profesionales están dispuestos al diálogo y conocen en parte la cultura médica de sus pacientes, como por ejemplo, las denominaciones de enfermedad, la relación entre hábitos y cultura, la dimensión corporal del sufrimiento y la utilización de herbolaria tradicional, entre otras. La negociación cultural se manifiesta cuando las creencias culturales y las expectativas de los pacientes se contraponen a las del profesional de salud interfiriendo en la confianza y adherencia al proceso terapéutico.³⁸

Por otra parte, en el campo antropológico, el Dr. Aguirre Beltrán define la salud intercultural como la complementariedad entre dos sistemas de salud (institucional y tradicional), que tiene como objeto común hacerle frente a la enfermedad y mejorar la salud en zonas de refugio indígena. Es decir que por sobre las diferencias existe la complementariedad entre los sistemas de salud para enfrentar los padecimientos que afectan a los grupos étnicos.³⁹

La cobertura de la atención de salud, ya de por sí baja en las zonas rurales, alcanza los niveles más críticos en las zonas de asentamiento de los pueblos indígenas. Los saberes colectivos, las prácticas locales, los terapeutas de la medicina indígena y los recursos comunitarios, si bien son de gran valor en el contexto del mantenimiento general de la vida y la cultura de la gente, ante un perfil epidemiológico tan complejo cubren solamente una parte de sus necesidades de salud.³⁰

Las prescripciones de los profesionales de salud de orden profiláctico y terapéutico son en su mayoría de uso colectivo y no individual, por ejemplo, las que se emiten a través de medios de comunicación masivos y a través de la atención en clínicas, en las que se impone la aplicación de reglas alimentarias e ignora las pautas alimentarias de la sociedad, lo que puede llevar a la incomprensión de determinadas conductas y consecuentemente calificarlas de irracionales, así como también puede llevar al fracaso de diversas acciones o proyectos en las sociedades.¹⁴

Tripp-Reimer y Cols. reconocen barreras en la atención y sostienen que los profesionales necesitan un conjunto de habilidades en particular con el fin de proporcionar atención culturalmente competente a pacientes minoritarios, familias y comunidades. Tales como: 1) Adaptar los patrones de comunicación/interacción; 2) Realizar evaluaciones culturales; 3) Modificar los programas de educación; 4) Obtener información acerca de la lógica de los pacientes, motivos sobre la falta de cumplimiento de tratamiento e involucrarlos en la solución de problemas, así como diseñar estrategias para abordar los problemas de salud; 5) Determinar la aplicación de una estrategia demostrado de forma eficaz en una población particular o individuo; 6) Trabajar en asociación con las comunidades étnica; 7) Evaluar el nivel personal y de la agencia la competencia cultural y tomar acciones para corregir las deficiencias.³⁴

Uno de los resultados de su publicación fue que los practicantes del área de la salud a menudo indican que las habilidades requeridas no son factibles debido a la falta de tiempo, los recursos y/o información y, a veces la motivación, para cumplir con estas prácticas estándares. Sin embargo, ellos no reconocen que éstas son las mismas razones dadas por las y los pacientes que tienen dificultades en la terapéutica recomendada.³⁴

Barreras de género para la igualdad

Como se ha descrito con anterioridad, en cualquier sociedad coexisten un sinnúmero de miradas acerca de la realidad que están determinadas por las características propias de su cultura y su desarrollo técnico, la clase social, la edad, la asociación gremial entre muchos otros factores. Una de estas miradas, que es la primera identidad que se forma en el individuo desde su infancia temprana, es la del género.

Estudiar desde una perspectiva de género se refiere a las estructuras marcadas por el acceso desigual de mujeres y hombres a recursos materiales y no materiales, como fenómeno social que impone relaciones desiguales de poder entre ellos mediante normas y valores culturales y simbólico, las cuales implican a las instituciones sociales porque no solo se refiere a las relaciones entre los sexos en

el ámbito individual, sino también a una gama compleja de estructuras, prácticas y comportamientos que definen los sistemas de organización que constituyen las sociedades humanas.⁴⁰

Según Sayavedra y Flores la relación entre la cultura y el género se puede explicar de dos formas: La primera describe la categoría de género como una *construcción cultural*, la cual incluye la identificación, comportamientos, prácticas, aspiraciones, roles y relaciones sociales entre éstos, generalmente desiguales y jerárquicas y que son resultante de los enfoques en la educación y cultura de la sociedad. Es decir, cambian con la historia, la etnia, la ubicación geográfica y el sistema socioeconómico, además, que estos roles tienen una relación directa con la biología.³³

La segunda línea de explicación señala, que en nuestra sociedad se ha conformado históricamente un orden que marca una *desigualdad de roles*, “Patriarcado”, esta forma desigual de la realidad ha conformado percepciones del mundo diferentes y a menudo contrapuestas imponiendo la perspectiva y visión del hombre en la mayor parte de las actividades humanas. Por otra parte, ser hombre o mujer implica distintos riesgos y oportunidades para enfermar y/o restablecer la salud, razones por las que se considera importante incorporar la categoría de género y las actividades de difusión en la propuesta intercultural en salud.³³

Aunque las mujeres y los hombres rurales desempeñan papeles diferentes y complementarios para lograr la seguridad alimentaria de la familia y la comunidad, las mujeres a menudo ejercen una función destacada como garantes de la nutrición, la seguridad y la calidad de los alimentos. Según el plan de acción sobre género y desarrollo publicada por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, o por sus siglas en inglés *FAO*, para el periodo 2002-2007, decreta que es necesario reconocer los distintos papeles que desempeñan las mujeres y los hombres en la nutrición de las familias, esto es fundamental para mejorar la seguridad alimentaria de los hogares.^{41,42}

La FAO recomienda un enfoque que toma en cuenta el contexto económico y cultural. De hecho, la seguridad alimentaria no es sólo una cuestión de

disponibilidad, sino también de acceso a los alimentos, así como de adecuación y aceptación de los alimentos por los consumidores. Otro punto importante que dicta es respetar el conocimiento de las comunidades tradicionales, en particular de las mujeres, sobre el valor nutricional de los productos agrícolas locales y los productos selváticos recolectados.⁴³

La perspectiva de género implica tener en cuenta el lugar y el significado que las sociedades dan al hombre y a la mujer en su carácter de seres masculinos o femeninos. Hay que reconocer que una cosa es la diferencia sexual y otra cosa las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual. Analizar alguna situación desde la perspectiva de género permite entender que la vida de mujeres y hombres puede modificarse en la medida en que no está “naturalmente” determinada; ayuda a comprender más profundamente no sólo la vida de las mujeres, sino también la de los hombres y las relaciones que se establecen entre ambos.^{43, 44}

El rol de género juega un papel importante en las prácticas alimentarias tal como se describe en el estudio realizado por Hernández-Escalante y Cols. en la ciudad de Mérida, en familias de estrato socioeconómico medio, se describió que la mujer es la primera cuidadora de la alimentación, oferta de alimentos, distribución de tiempos de comida, porciones consumidas, administradora de los recursos económicos en materia de alimentación, también se encontró que las familias tienden a percibir y clasificar los alimentos en saludables o no saludables, lo cual puede considerarse un elemento que dificulta la adecuada educación alimentaria. Cabe destacar el rol dominante y negativo del esposo sobre la alimentación, ya que casi la mitad de las madres refirieron que el esposo intervenía en los hábitos alimentarios, ya que en ocasiones decidía que no se comiera comida tradicional yucateca, incluso ejercen acciones de presión (“se molestan”) cuando sus parejas ofrecen o sugieren el consumo de platillos menos calóricos como “con verduras al vapor” o “puchero tradicional”.⁴¹

Según el estudio realizado por Marín et al en la comunidad rural Dzutoh, Yucatán, se observó un consumo elevado de alimentos industrializados, predominando leche

en polvo, chocolate en polvo, aceite, sal, azúcar, galletas saladas y refresco embotellado, es decir, alimentos de alta densidad energética. En cuanto a las prácticas alimentarias se describió que las mujeres de la comunidad están supeditadas a los recursos monetarios con que cuenten en ese momento o a los que les proporcione el esposo. Se concluyó que la cocina, sigue siendo un espacio femenino en la comunidad. Ninguna de las entrevistadas mencionó la participación de los hombres en la preparación de los alimentos. De igual forma se identificó cierta distinción a los hijos varones mayores, en cuanto a ofrecerles una mayor cantidad de comida, además de la consideración hecha al padre de familia y a los hijos varones de servirles primero. Estos hábitos pueden traducirse, entonces, en un acceso desigual por género a la hora de tomar los alimentos.²⁴

Por otro lado se encontraron resultados similares en un estudio realizado por Perez-Gil y Cols. en una comunidad rural de la costa de Oaxaca, en la que describe que la provisión de alimentos, decisión del platillo y su preparación es una tarea de las mujeres del hogar, esta comunidad a diferencia de gran parte del país realiza cuatro comidas principales (“desayuno, comida, cena y el almuerzo”), el consumo de alimentos industrializados estuvo determinado por la disponibilidad, el precio y la conveniencia aparecen como determinantes, los medios de comunicación sobre todo programas de cocina han influido en sus prácticas, en cuanto a la distribución de los alimentos refirieron basarse en la edad, es decir, poca cantidad a los pequeños de la familia y en abundancia a los mayores.²⁷

Una extensión del estudio realizado por Perez-Gil y Cols. describió que la distribución de tareas domésticas en el hogar es desigual dividiéndolas en “tareas para niñas” y “tareas para niños” tales como poner la mesa, cuidar a los niños, lavar los trastes y recoger la basura e ir a comprar a la tienda, respectivamente. Se encontró que las mujeres se sienten emocionalmente ligadas a algunas prácticas alimentarias de su infancia generalmente marcadas por la cultura tradicional de su comunidad. Se concluyó que el sistema frío/caliente de los alimentos no interviene en las decisiones en cuanto a su consumo y tiempo de comida. Por último, la aceptación de productos light y milagro ha tenido aceptación entre las mujeres de

la comunidad, por ejemplo: “té para bajar grasa”, coca cola light, galletas ricas en fibra y bajas en grasa, dichos productos refirieron haber sido conocidos a través de los medios de comunicación como televisión, revista o radio.⁴⁵

Se reconoce la importancia de contar con datos e investigaciones cuantitativas con la contribución de las investigaciones cualitativas que permitirían conocer el contexto de los números. Aunque las comunidades de grupos étnicos son diversas, es posible encontrar algunas constantes que permiten rastrear las grandes ideas de organización de su pensamiento. Esos pueblos organizan el pensamiento en pares o dualidades, como “lo frío y lo caliente” o “lo masculino y lo femenino”, y poseen un gran respeto por los ancestros, los antepasados y los espíritus.^{46- 49}

Incorporar la perspectiva intercultural en los servicios de salud debe coadyuvar a forjar una sociedad democrática y equitativa, pues es la respuesta desde el sector salud para superar la situación de exclusión en la que se encuentran las poblaciones indígenas por la desconfianza y la distancia que muchos sienten frente a los servicios de salud.⁵⁰

Consciente de esta realidad, desde 1992 la Organización Panamericana de Salud (OPS) se encuentra trabajando de manera coordinada con las poblaciones indígenas para mejorar su oferta de salud y calidad de vida. En 1993, después de una reunión de consulta celebrada en Winnipeg y en la que participaron representantes de los pueblos indígenas, gobierno, instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales, OPS y los Países Miembros se comprometieron a trabajar con los pueblos indígenas para mejorar su salud y contribuir a su bienestar tomando en cuenta sus conocimientos y saberes locales.²⁸

¿Qué implica trabajar en salud desde una perspectiva intercultural? El tema de salud desde la perspectiva intercultural no es un enfoque más, sino un tema que apunta a la equidad y a la disminución de la morbimortalidad en este grupo con el fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en la que implica: 1) Reconocer positivamente la existencia de diversidad (a nivel personal, familiar, de la comunidad, la sociedad y el Estado; 2) Propone el diálogo horizontal y

enriquecedor de diferentes culturas; 3) Reconocer, armonizar y negociar las innumerables formas de diferencia que existen en los países de la Región.^{50,51}

Comunidad de Cheumán, Yucatán

La comunidad de Cheumán, población objetivo, es una comunidad que se encuentra a 15 kilómetros de la ciudad de Mérida, cuyo nombre significa en maya “*lugar donde se compra*”, y tuvo su esplendor durante la época del auge henequenero, incluso emitió fichas propias de la hacienda.⁵²

Esta comunidad cuenta con una escuela primaria, una comisaria y un área de recreación de fútbol y carece de centro de salud. Esta comunidad rural representa a muchas otras con las mismas características que a pesar de la cercanía con la capital del estado aún tiene muchas carencias. Se pretende por medio de este estudio conocer la posible relación entre las barreras para la interculturalidad y para la igualdad de género, en las prácticas alimentarias y calidad de la dieta de dicha comunidad.

Gracias a conversaciones informales, los residentes de la comunidad relatan que la hacienda era su modo de abastecimiento, ya que la mayoría de los hombres se dedicaban al trabajo de la penca de henequén y las mujeres a tejerlo; además, tenían acceso a diversos alimentos ya que la hacienda contaba con tienda. Por otro lado, aquellos residentes que no tenían labores dentro de la hacienda producían y vendían carbón para alimentar las máquinas de la hacienda.

Conocer las características de esta comunidad podría aportar información valiosa para la creación o modificación de programas en salud, proveer pautas en la práctica de los miembros profesionistas del área de la salud, así como instrumentos de recolección de información importante en la toma de decisiones en materia de salud, pudiendo ser aplicable a comunidades de características similares.

IV. OBJETIVO GENERAL

Determinar las barreras para la interculturalidad y de género para la igualdad en las prácticas alimentarias y su relación con el estado de nutrición y dieta de las madres y padres de familia de la comunidad rural Cheumán, Yucatán, en el año 2017.

V. Objetivos Específicos

- i. Identificar las barreras para la interculturalidad en las prácticas alimentarias de selección, distribución y consumo.
- ii. Identificar las barreras de género para la igualdad en las prácticas alimentarias de selección, distribución y consumo.
- iii. Determinar el Índice de Alimentación Saludable.
- iv. Analizar la relación de las barreras para la interculturalidad y de género para la igualdad en las prácticas alimentarias de selección, distribución y consumo con el estado de nutrición y calidad de la dieta de las familias de la comunidad de Cheumán, Yucatán.

VI. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente se deriva de un proyecto titulado: “Revitalización del patrimonio cultural para la seguridad alimentaria en la comunidad Cheumán, Yucatán”, en el cual participan docentes de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), pasantes de la misma institución y estudiantes de maestría en Investigación en Salud. El proyecto fue diseñado y es dirigido por la M en C. Zulema Cabrera Araujo.

a. Tipo y diseño del estudio

Es un estudio mixto, el cual se caracteriza por ser un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio y pueden involucrar la conversión de datos cuantitativos en cualitativos y viceversa. Es de tipo descriptivo, observacional y transversal.

Mientras que la investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica; la investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados. Gracias al enfoque mixto se podrá abordar la problemática de forma complementaria. Este enfoque se fundamenta en la triangulación de métodos y recolección de datos.⁵³

Los estudios cualitativos pueden trabajarse con números relativamente pequeños de unidades de observación, en ocasiones, con un solo caso. Las unidades o conjunto de ellas, en estudio son elegidas intencionalmente por sus posibilidades de ofrecer información profunda y detallada sobre el tema en investigación.⁵⁴

Los resultados de la investigación cualitativa están determinados por el rigor metodológico de la investigación, éste puede ser generalizable para otras situaciones, en las que dicho fenómeno ocurre, procurando la *transferabilidad* del mismo, este se refiere a la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos en determinado contexto a otro cuyo significado sea similar al del contexto estudiado, el cual está determinado por la descripción rica y profunda de cada fenómeno en su contexto y no tiene como fundamento el número de casos estudiados.⁵⁵ Para lo

anterior es necesario procurar la *auditabilidad*, Castillo y Vázquez, lo describen como la habilidad de otro investigador de seguir la “ruta” de lo que el investigador original ha hecho, para ello es imprescindible un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio.⁵⁶

Cuesta, describe la *reflexibilidad*, como el reconocimiento de los variables matices que implica toda indagación, a las relaciones intersubjetivas que se dan entre los participantes, es decir, es la habilidad del investigador para examinar críticamente el desarrollo de la investigación. Por lo que es importante el registro, análisis y relato del investigador en la generación de resultados verdaderos y la interpretación de la realidad en estudio, otorgando credibilidad a la investigación.⁵⁵⁻⁵⁷

El presente estudio se llevó a cabo en tres etapas consecutivas, la primera consistió en recolectar los datos cualitativos y cuantitativos de manera simultánea, a través de entrevistas individuales, encuestas dietéticas y la medición de talla y peso; la segunda, radicó en el análisis de la información, es decir, se analizó y categorizó el discurso y posteriormente se construyó y aplicó un instrumento escala tipo Likert enfocada a la percepción de barreras y la última etapa fue la realización de las pruebas estadísticas y redacción del informe final.

b. Universo

Según Mejía, la selección de los participantes se realiza en función de la representatividad de las propiedades y estructura social, es decir, de su contenido y lo que define su singularidad.⁵⁸ La selección de los participantes fue por muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia basándose en la técnica de *muestras diversas o máxima variación*, son utilizadas cuando se busca mostrar distintas perspectivas y representar la complejidad del fenómeno estudiado, o bien, documentar diversidad para localizar diferencias y coincidencias, patrones y particularidades.⁵⁹⁻⁶¹

Para fines del estudio se han determinado los ejes del muestreo basados en la etapa de desarrollo humano (edad en años) y estructura familiar, es decir, mujeres y

hombres padres de familia adultos jóvenes (menores de 59 años) y adultos mayores (60 años en adelante) dentro de la estructura familiar a la que pertenecen. Según lo estipulado por la ONU, se considera adulto mayor a 60 años en los países en vías en desarrollo.⁶²

Según datos del INEGI, en la localidad hay 112 hombres y 99 mujeres, siendo la ratio mujeres/hombres es de 0,884, y el índice de fecundidad es de 2,64 hijos por mujer. El 11,85% de la población es analfabeta (el 9,82% de los hombres y el 14,14% de las mujeres).⁶

c. Población estudio

En la comunidad hay un total de 38 familias, de las cuales 28 aceptaron formar parte del proyecto y de quienes se extrajo la información cuantitativa. A partir de las cuales, se determinó la muestra por conveniencia, para la obtención de información cualitativa constó de 10 mujeres y 10 hombres, a las cuales se les aplicó la entrevista individual semiestructurada.

d. Variables y escalas de medición

Variable	Concepto		Tipo	Instrumento
Estado de nutrición	Índice de Masa Corporal		Cualitativa	Medidas antropométricas
Índice de Alimentación Saludable	Dieta		Cualitativa	Índice de Alimentación Saludable (IAS)
Barreras culturales	Prácticas Alimentarias (PA)	Selección	Cualitativa	Guía de entrevista semiestructurada
		Distribución		
		Consumo		
Barreras de Género	Prácticas Alimentarias (PA)	Selección	Cualitativa	Guía de entrevista semiestructurada
		Distribución		
		Consumo		

Variable	Escala de medición	Unidad de Medida
Estado de nutrición	Nominal politómica	Bajo peso, normopeso, sobrepeso, obesidad I, II, III
Índice de Alimentación Saludable	Nominal politómica	Buena, Necesita Cambios, Poco saludable
Barreras culturales	N/A	N/A
Barreras de Género	N/A	N/A

Definición de variables

Estado de nutrición

Definición conceptual: condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos. ⁶³

Definición operacional: se determinará el estado de nutrición de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²). ¹¹

Para fines del estudio, los datos obtenidos de los hombres y mujeres se expresarán en 4 categorías: desnutrición para IMC <18.4, normopeso dentro del rango 18.5-24.9, sobrepeso 25-29.9 y obesidad >30 kg/m². ¹¹

Talla

Definición conceptual: es la altura que tiene un individuo en posición vertical desde el punto de vista más alto de la cabeza hasta los talones en posición de firmes. (64)

Definición operacional: se refiere a la medida del eje mayor del cuerpo, obtenida con el o la paciente de pie. Para fines del estudio la lectura fue tomada en centímetros.

Instrumento: estadímetro de marca SECA modelo 222 con rango de medición de 6- 200 cm y con una precisión de 1mm.

Técnica:

1. Instalación del estadímetro: Localice una pared y un piso lo más liso posible, sin zoclo, ni grada, no inclinado o sin desnivel. La pared y el piso deben formar un ángulo recto de 90°.
2. Indique al sujeto que se quite el calzado, gorras, adornos y se suelte el cabello. Enseguida, coloque a la persona debajo del estadímetro de espalda

a la pared con la mirada al frente, sobre una línea imaginaria vertical que divida su cuerpo en dos hemisferios.

3. Verifique que los pies estén en posición correcta, asegurar que la cabeza, espalda, pantorrillas, talones y glúteos estén en contacto con la pared y sus brazos caigan naturalmente a lo largo del cuerpo.
4. Acomodar la cabeza en posición recta coloque la palma de la mano izquierda abierta sobre el mentón del sujeto, y suavemente cierre sus dedos.
5. Trace una línea imaginaria (Plano de Frankfort) que va del orificio del oído a la base de la órbita del ojo. Esta línea debe ser paralela a la base del estadímetro y formar un ángulo recto con respecto la pared
6. Si la marca del estadímetro se encuentra entre un centímetro y otro, anote el valor que esté más próximo; si está a la mitad, se tomará el del centímetro anterior.
7. Baje el estadímetro y tome cuidadosamente la lectura en centímetros. Hágalo por triplicado y anote el promedio de las 3 mediciones en la hoja de registro de antropometría.

Peso

Definición conceptual: medida de la masa corporal. ⁶³

Definición operacional: para fines del estudio el peso se tomó con las indicaciones descritas en la técnica de medición. La lectura fue expresada en kilogramos.

Instrumento: analizador de composición corporal modelo TANITA TBF 300 GS, con capacidad de 100g a 200 Kg.

Técnica: para el uso del equipo se verificó que el paciente no tenga marcapasos o algún implante metálico, a su vez debió cumplir con las siguientes condiciones: (64)

- No haber ingerido bebidas alcohólicas 48 horas antes de la prueba
- No haber realizado ejercicio intenso 12 horas de la prueba.
- No haber comido ni bebido (especialmente productos con cafeína) 4 horas antes de la prueba.

1. Verificar que el piso donde se colocará la báscula sea una superficie plana y firme.
2. Solicitar a la persona quitarse cualquier objeto metálico, zapatos, calcetines.
3. Preguntar a la persona si tiene marcapasos, de lo contrario, sería eliminado de la muestra.
4. Una vez que lo señaló la báscula, se le pidió al sujeto que se colocara de pie sobre la plataforma.
5. Verificar que el sujeto esté en posición erguida, con los brazos colgando lateralmente y que no se mueva para que la plataforma permanezca fija, también se comprobar que los pies del sujeto se encuentren colocados dentro de las placas metálicas de la báscula.
7. Realizar la lectura y anotar los datos en la cédula correspondiente y registrarlos en kg.

Barreras en las prácticas alimentarias

Prácticas alimentarias:

Definición conceptual: Se refiere a los aspectos relativos al abastecimiento y la circulación de productos y las formas de manipulación: selección, distribución y consumo de los alimentos.¹⁵

Definición operacional: Para fines del estudio se desea conocer las prácticas y sus barreras entorno a la alimentación prevalentes en las familias de la comunidad, reconocer los patrones, los sujetos involucrados de las actividades del proceso alimentario, así como los aspectos que rigen los mismos, determinando los siguientes aspectos:

<p><i>Barreas en la selección de alimentos</i></p>	<p>Identificar las costumbres y significados en la práctica de abastecimiento de alimentos y sus posibles dificultades</p>	<p>-Lugares de abastecimiento, por ejemplo: mercado, supermercado, tienda de abarrotes, patio de la casa, recibe algo de algún familiar o amistad etc.</p>
--	--	--

		-Reconocer los motivos y motivaciones en el abastecimiento de alimentos.
	Identificar la organización del presupuesto familiar en la selección de alimentos	-Dificultades que el presupuesto u organización familiar podrían suponer en la selección de alimentos.
<i>Barreras en la distribución alimentos</i>	Conocer y comprender los patrones de comensalidad	-Referente al cómo, cuándo y con quién se come y sus posibles dificultades.
<i>Barreras en el consumo de alimentos</i>	Identificar las características del consumo de alimentos	-Identificar el patrón consumo de alimentos dentro y fuera del hogar. -Comidas principales y colaciones.
	Identificar la calidad de la alimentación en el hogar	-Identificar la calidad de la dieta basándose en el instrumento Índice de Alimentación Saludable.

Instrumento: Guía de preguntas semi-estructurada, Recordatorio de 24 horas, frecuencia de consumo de alimentos e Índice de Alimentación Saludable (Anexo 11.1).

Técnica: entrevista individual semiestructurada.

Barreras culturales

Definición conceptual: Están determinadas por las características y diferencias entre las culturas. Las barreras culturales pueden identificarse en las actividades diarias realizadas en torno a la alimentación. ³³

Definición operacional: Se identificarán las barreras culturales que impiden a las familias llevar a cabo correctas prácticas de alimentación, a través de la determinación de categorías obtenidas de entrevistas individuales.

Barreras culturales en la selección de alimentos	Indagar cómo visibilizan tradiciones, costumbres y creencias relacionadas con la alimentación en la salud y enfermedad	-Considerar la información nutricional que las personas tiene referentes a la alimentación -Indagar sobre el apego o abandonado de alguna recomendación nutricional
	Analizar cómo categorizan los alimentos en relación con el discurso nutricional	-Cómo consideran los alimentos saludables, por ejemplo: características referentes al sabor, textura, atractivo visual, etc. -Reconocer cómo esta consideración influye en sus decisiones de selección
	Identificar los cambios y continuidades en la selección de alimentos o platillos	-Identificar los cambios en los patrones de consumo respecto al pasado, por ejemplo: qué alimentos se han dejado de consumir, cuáles se han incluido, y los motivos y motivaciones para hacerlo
Barreras culturales en la distribución de alimentos	Identificar los cambios y continuidades en las prácticas de distribución de consumo de alimentos	-Identificar los patrones de consumo de alimentos dentro de las familias prevaletentes contrastando con el pasado
Barreras culturales en el consumo de alimentos	Identificar significados del consumo de alimentos	-Identificar gustos y aversiones generales de las familias -Identificar los significados que evocan el consumo de estos alimentos

Instrumento: Guía de preguntas semi-estructurada. (Anexo 11.1)

Técnica: entrevistas individuales.

Barreas de género

Definición conceptual: son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia la diferencia sexual existente entre hombres y mujeres.⁴²

Definición operacional: para fines del estudio se desea conocer las barreras relacionadas con el género que inciden en las prácticas de alimentación, así como reconocer los roles que desempeñan hombres y mujeres en las actividades que se

relacionan con el mismo. La información se expresará en categorías obtenidas en entrevistas individuales.

Barreras de género en la selección de alimentos	Comprender la composición y estructura familiar	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar las actividades entorno a la alimentación que realizan los miembros de las familias. -Identificar a la persona encargada de distribuir los alimentos y bebidas en el hogar. -Identificar las conductas de los hombres y mujeres en la familia
Barreras de género en la distribución de alimentos	Identificar posibles fuentes de inequidad en la distribución alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> -Reconocer los patrones de distribución de alimentos dentro de las familias -Identificar los criterios que rigen estas actividades.
Barreras de género en el consumo de alimentos	Identificar las implicaciones del género en el consumo de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar posibles prácticas determinadas por el género, es decir, evitar o consumir algún alimento, cambios y permanencias de los hábitos en las diferentes etapas de vida de la mujer (adolescencia, embarazo, climaterio) -Reconocer la influencia de la conformidad con la silueta corporal con el consumo de alimentos

Instrumento: Guía de preguntas semiestructurada. (Anexo 11.1)

Técnica: Entrevista individual.

Para asegurar la confiabilidad y validez de los resultados existen estrategias, como el uso de la bitácora. Es importante que el proceso de análisis sea documentado mediante un registro meticuloso de actividades que contenga: comentarios acerca del método de análisis, notas sobre los problemas durante el proceso de recolección de datos, observaciones relativas a la codificación, ideas surgidas en el proceso de la investigación (pudiendo incluir diagramas, mapas conceptuales, dibujos, esquemas, matrices, entre otros), la descripción de materiales de apoyo localizados

(fotografías, videos, etc.), así como interpretaciones, descripciones y conclusiones preliminares.^{60, 65}

e. Criterios

Para asegurar la variabilidad de los grupos de estudio se han determinado los siguientes criterios:

i. Criterios Inclusión

- Padres y madres de familia que acepten participar en el estudio y firmen la carta de consentimiento informado.
- Ser padre o madre de familia menores de 59 años con o sin hijos que vivan en la misma casa.
- Ser padre o madre de familia de 60 años en adelante, con o sin hijos que vivan en la misma casa.

ii. Criterios de Exclusión

- Padres y madres de familias que no residan en la comunidad o que permanezcan en la comunidad solo por temporadas vacacionales o de descanso.

iii. Criterios de Eliminación

- Aquel participante que no concluya la entrevista.
- Participantes que no deseen formar parte del estudio.

f. Fuentes y recolección de la información

La presente, se sometió a consideración del Comité de investigación y ética de Universidad Autónoma de Yucatán, el cual forma parte del proyecto titulado “Revitalización del patrimonio cultural para la seguridad alimentaria en la comunidad Cheumán, Yucatán”. Se estudiaron a madres y padres de familia que residan en la

comunidad de Cheumán, Yucatán, hayan cumplido con los criterios de inclusión y aceptado a formar parte del estudio.

En el proyecto se invitaron a todas las familias de la comunidad a formar parte del diagnóstico nutricional y socioeconómico, así como diversos talleres y actividades en materia de nutrición. Los datos de las madres y los padres de familia participantes tomados para la presente fueron: los recordatorios de 24 horas, frecuencia de consumo y datos personales de referencia, tales como la edad, estado civil, ocupación y medidas antropométricas.

El estudio se dividió en tres etapas:

Primera etapa:

Primeramente, se realizó un censo rápido de las familias que habitan en la comunidad de Cheumán, con el fin de conocer las características de la comunidad, tales como número de familias y número de habitantes.

También se realizó la invitación a todas las familias de la comunidad de Cheumán para formar parte del proyecto, el cual consistía en responder a una ficha de identificación, antecedentes heredofamiliares y personales patológicos, encuestas alimentarias y medidas antropométricas.

Posteriormente, se invitaron a las familias que hayan cumplido con los criterios de inclusión durante el censo, para participar en entrevistas individuales. Se les explicó la metodología a seguir, es decir, que consistiría en una charla que se grabaría con fines de estudio, y cuidando la privacidad de las personas.

La recolección de datos cuantitativa y cualitativa se realizó de forma simultánea y el análisis de datos, se dio prioridad a la categorización del discurso, garantizando la saturación para posteriormente analizar los datos cuantitativos.

Segunda etapa:

Se analizó la información cualitativa para garantizar la saturación de datos, se determinaron las categorías del discurso. Después la información cuantitativa

resultante de las encuestas alimentarias y antropométricas, determinando el estado de nutrición y características de la dieta, a través del IAS.

Tercera etapa:

Se vaciaron los datos recolectados en el paquete estadístico SPSS versión 17. Se realizó: estadística descriptiva en frecuencias, medias y desviaciones estándar. Se usó la prueba de ANOVA de un factor para determinar las diferencias existentes en el IMC e IAS según el sexo, además de la correlación de Pearson para conocer la posible relación entre la calificación de IAS e IMC.

g. Instrumentos y técnicas de recolección de información

Guía de preguntas semiestructurada:

La guía de preguntas semiestructurada se caracterizó por adoptar la forma de un diálogo coloquial. Canales, la define como “la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto” (66). Díaz y Cols. argumentan que la entrevista es más eficaz que un cuestionario porque obtiene información más completa y profunda, además presenta la oportunidad de aclarar dudas durante el proceso, garantizando la obtención de respuestas más útiles y confiables.⁶⁵

La entrevista semiestructurada se caracteriza por ser flexible, ya que el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales o ajustarse a los entrevistados, con el fin de aclarar términos e identificar ambigüedades, así mismo en palabras de Romo y Castillo, darles un sentido a las palabras, apoyadas del lenguaje y emoción.^{60,65,67}

Los objetivos principales de esta técnica fueron: descripción de percepciones, evaluaciones y construcciones de la realidad; hechos o situaciones pasadas, conductas de personas o actividades que no son observables.⁶⁷

Después de haber realizado las entrevistas individuales, éstas se transcribieron para su correspondiente análisis e interpretación, llevando a cabo la siguiente secuencia de pasos: ^{60,65}

1. Elaborar un primer árbol categorial basado en la guía de entrevista, el cual se irá ampliando al codificar el texto. El proceso de generar categorías se realiza sobre la base de la comparación constante entre unidades de análisis, es decir, cada unidad se clasifica como similar o diferente de otras y se identifica con nombre y etiqueta.
2. Después se establece un plan inicial de trabajo, se codifican los datos en un primer plano descriptivo y se codifican los datos en un segundo plano conceptual. En este momento el proceso interpretativo está en marcha al relacionar contextos, eventos, situaciones, sujetos de estudio e intentar encontrar modelos.
3. A partir de los códigos se forman unidades, categorías y patrones, con el fin de explicar contextos, situaciones, hechos y fenómenos. La codificación y categorización se realiza teniendo como referentes los objetivos de investigación y los supuestos del estudio.
4. El reporte de investigación debe incluir algunos ejemplos ilustrativos de los datos recogidos.

El análisis comenzó con la lectura (escucha) varias veces de la entrevista finalizada y se inicia la reconstrucción personal plasmando la contextualización de los datos recogidos para la posterior categorización dentro de cada núcleo de interés, lo cual permite captar su frecuencia, en diversidad, su riqueza de contenido, pero sobre todo permitió: 1) establecer las relaciones entre las diferentes categorías (equivalencia, contracción, infljo...); 2) señalar los conceptos sensibilizadores, que destacan por la importancia que le atribuyen los entrevistados. (68) A partir de la información debidamente categorizada, se construyeron las categorías de barreras para la interculturalidad y la igualdad de género.

Recordatorio de 24 horas

La información de ingesta per cápita fue adquirida por medio de un recordatorio de 24 horas, el cual consistió en recolectar información lo más detallada posible respecto a los alimentos y bebidas consumidos el día anterior.⁶⁹

Se refiere al registro de consumo de alimentos de un día, recolectando datos tales como: nombre del platillo, ingredientes, cantidad, modo de preparación y horario. Entre las ventajas de este método es que permitió obtener información detallada de los alimentos y el método de preparación empleado; no requiere demasiada memoria y su realización es de corta duración. La exactitud de la información obtenida depende de la correcta identificación del alimento y sus cantidades, la codificación y los procedimientos de cálculo para convertir la ingesta dietética en nutrientes, en este caso se basará en el Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes. La cantidad de alimentos se pudo determinar en forma directa considerando el peso de alimentos y bebidas ingeridas; y en forma indirecta por estimación de las medidas caseras con el apoyo de modelos, por ejemplo: tazas, cucharadas, vasos.⁷⁰

Para logística del estudio se realizaron las encuestas de recordatorio de 24 horas una vez por participante, en horarios diversos y de lunes a viernes.

Instrumento: Formato de Recordatorio de 24 horas. Ver Anexo 11.2.

Técnica:

1. El encuestador le solicita a la persona que recuerde todo lo que comió y bebió el día anterior.
2. Solicita detalladamente datos de horario, platillo, modo de preparación, cantidad consumidas y horario en que las realizó.
3. Se procesará la información a través del programa Nutripack®, el cual registra el conteo de energía consumida en kilocalorías, así como la distribución de macronutrientes de la misma en hidratos de carbono, proteínas y grasas.
4. La ingesta calórica es caracterizada como insuficiente, adecuada o excedente de acuerdo a los porcentajes de adecuación entre el consumo y el requerimiento individual.

Frecuencia de consumo

Para el método de frecuencia de consumo de alimentos se solicitó a los entrevistados reportar la frecuencia usual de consumo de cada alimento de una lista de alimentos por un periodo específico. Existen diversos instrumentos de frecuencia de consumo de alimentos, los cuales se desarrollan y se adaptan para diferentes tipos de población y diferentes propósitos.^{70,71}

Para fines del estudio se utilizará el instrumento descrito en el Anexo 11.3.

Índice de alimentación saludable

Ese instrumento está basado en la metodología del Healthy Eating Index (HEI) norteamericano, el cual evaluó la calidad de la dieta, específicamente el grado en que un conjunto de alimentos se alinea con las pautas alimentarias.⁷²

El HEI, se basa en datos obtenidos de encuestas alimentarias, las cuales se incluye 10 variables, las seis primeras representan el consumo de los principales grupos de alimentos (cereales, frutas, verduras, lácteos, leguminosas y alimentos de origen animal), los 4 restantes representan el cumplimiento de objetivos nutricionales (grasas totales, grasa saturada y la relación entre ellas, azúcar y sodio). El HEI americano, combina el consumo de leguminosas con verduras verdes, en este caso fueron calificados en diferentes grupos, ya que los hábitos alimenticios son culturalmente distintos. La calificación para el consumo de ácidos grasos fue dividida en dos, lípidos totales y la relación de ácidos grasos poliinsaturados y monoinsaturados respecto a los saturados, siendo la puntuación máxima por cada rubro 5 puntos y la mínima 0.

Cada una de estas variables, se valoraron con una puntuación que puede fluctuar entre 0 y 10. La suma de las puntuaciones pudieron obtener un valor máximo de 100 y se clasificó la alimentación en tres categorías: como *buena calidad* si la puntuación ≥ 80 , *necesita modificaciones* si obtuvo una puntuación entre 51 y 80 y *poco saludable* si la puntuación fue <51 . Se tomaron como referencias las experiencias en estudios realizados por Muñoz y Cols. y González y Cols. en

México, Pinheiro y Atala en Chile y Navarro y Ortiz en España, sufriendo las adaptaciones pertinentes a la región.⁷³⁻⁷⁶

Se han adaptado las directrices del instrumento de acuerdo con lo establecido en el Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes (SME) y las actualizaciones del HEI 2015 y 2018, las cuales estarán vigentes hasta la siguiente revisión en el 2020:

- Metas nutricionales: se refiere al consumo de nutrimentos, los cuales en exceso podrían suponer un peligro para la salud, tales como lípidos totales, lípidos saturados, azúcar y sodio.
- La puntuación se asigna de la siguiente manera: si el participante no consume ninguna porción del grupo de alimentos en estudio, se le otorga una puntuación de 0, si logran el consumo recomendado se da la puntuación de 10, en caso de tener un consumo entre 0 y 10, se le da la puntuación correspondiente a su ubicación en la escala. En la categoría de consumo de cereales y alimentos de origen animal se sancionó cuando rebaso el 150% de la recomendación diaria.

Las siguientes cinco variables representaron el cumplimiento de las metas nutricionales las cuales son:

- Lípidos totales: Se refiere al porcentaje de energía total consumida en forma de lípidos. Esta variable se calificó con 10 puntos si el consumo de lípidos totales en la dieta fue menor o igual a 30% y si el consumo excedió el 45% de la energía total, la calificación que se otorgó fue de 0. Los valores encontrados entre 30 y 45%, recibieron un puntaje proporcional.
- Lípidos saturados: Se consideró el porcentaje de energía consumida en forma de ácidos grasos saturados. Cuando el consumo de éstos fue igual o menor a 10% de la energía total, se dio una calificación de 10. Si el consumo fue superior al 15%, se otorgó un valor de 0. Los consumos entre el 10 y el 15%, recibieron un puntaje proporcional.

- **Ácidos grasos:** mide la relación de consumo entre los ácidos grasos mono y poliinsaturados respecto a los saturados. Obteniendo la calificación máxima una relación de ≥ 2.5 y la puntuación mínima ≤ 1.2 .
- **Azúcares:** considera el consumo de azúcar propiamente tal, más el aporte proveniente de la miel, mermeladas, bebidas gaseosas y jugos.
- **Sodio:** es la cantidad de sodio en mg consumido en la dieta. Con un consumo de sodio menor o igual a 2400 mg, el puntaje alcanzado fue de 10 y los iguales o superiores a 4800 mg de 0. Los valores entre 2400 mg y 4800 mg, recibieron un puntaje proporcional.

Variables	Criterios para puntuación máxima de 10	Criterios para puntuación de 7.5	Criterios para puntuación de 5	Criterios para puntuación de 2.5	Criterios para puntuación de 0
Verduras	Consumo diario	3 o más veces a la semana, pero no diario	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
Frutas	Consumo diario	3 o más veces a la semana, pero no diario	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
Cereales	Consumo diario	3 o más veces a la semana, pero no diario	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
Leche y derivados	Consumo diario	3 o más veces a la semana, pero no diario	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
Leguminosas	Consumo diario	3 o más veces a la semana, pero no diario	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
Carne (res, pollo, pescado, etc.)	Consumo diario	3 o más veces a la semana, pero no diario	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
Ácidos grasos	(PUFAs ^a + MUFAs ^b) / SFAs ^c : ≥ 2.5 : 5 puntos (PUFAs + MUFAs) / SFAs: ≤ 1.2 : 0 puntos				
Lípidos totales	30-35%: 5 puntos ^{de} <30% o >35%: 0 puntos ^{de}				

Lípidos saturados	$\leq 10\%$ de la energía total: 10 puntos ^{de} $\geq 15\%$ de la energía total: 0 puntos ^{ab}
Azúcar	$> 15\%$ de la energía total: 0 puntos ^{de} $< 10\%$ de la energía total: 10 puntos ^{de}
Sodio	$\leq 2,400$ mg: 10 puntos ^{de} $\geq 4,800$ mg: 0 puntos ^{de}

a PUFAs = ácidos grasos poliinsaturados.

b MUFAs = ácidos grasos monoinsaturados.

c SFAs = ácidos grasos saturados.

d Valores calculados de manera proporcional en el recordatorio de 24 horas.

e Puntos de corte de acuerdo con las Norma Oficial Mexicana 015 y 037

Diseño de propuesta de instrumento escala tipo Likert

Después de analizar los datos en las entrevistas individuales, se diseñó una propuesta de instrumento con modelo de escala tipo Likert para estimar las barreras de cultura y género en las prácticas alimentarias en la comunidad.

Dicho instrumento, consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes, es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externé su reacción eligiendo una de las cuatro categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el o la participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones.⁶⁰

Una revisión sistematizada realizado por Matas, concluyó que la confiabilidad aumentaba cuando las alternativas se incrementaban de cuatro a siete. Con relación al formato, argumenta que la alternativa intermedia (opción de indecisión o ambivalencia) entre las alternativas de respuesta, están estrechamente vinculados a los sesgos de tendencia central y deseabilidad social. Sin embargo, otros autores argumentan que la eliminación de la alternativa intermedia obliga al encuestado a posicionarse a favor o en contra del ítem, argumentando que es preferible no forzar esta elección para evitar inducir un error en los datos, alegando que la elección de

la alternativa intermedia está afectada por el contenido de la escala de la encuesta, en este sentido, hay que prestar atención a la legibilidad y claridad del ítem.⁷⁷

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo, tales frases o juicios deben expresar solo una relación lógica; además, es muy recomendable que no excedan de 20 palabras.

Características:

1. Las opciones de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuanto se está de acuerdo con la afirmación correspondiente, a cada una de ellas se asigna un valor numérico y sólo puede marcarse una respuesta. Se considera un dato inválido si se marcan dos a más opciones.
2. Opciones o puntos en las escalas de Likert: Es indispensable señalar que el número de categorías de respuesta debe ser igual para todas las afirmaciones, respetando el mismo orden o jerarquía de presentación de las opciones para todas las frases.
3. Dirección de las afirmaciones: Las afirmaciones pueden tener dirección, favorable o positiva y desfavorable o negativa. Y esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas de respuesta.
4. Formas de obtener las puntuaciones: Las puntuaciones de las escalas Likert se obtienen sumando los valores alcanzados respecto de cada frase. Por ello se denomina escala aditiva. Una puntuación se considera alta o baja según el número de ítems o afirmaciones. La escala Likert es, en sentido estricto, una medición ordinal.
5. Otras consideraciones: A veces se disminuye o se incrementa el número de categorías. Si los participantes tienen poca capacidad de discriminar se pueden considerar dos o tres categorías.
6. Un aspecto muy importante de la escala Likert es que asume que los ítems o las afirmaciones miden la actitud hacia un único concepto subyacente. En el caso de que se midan actitudes hacia varios objetos, deberá incluirse una

escala por objeto, porque, aunque se presenten conjuntamente, se califican por separado.

Esta escala podría permitir conocer de manera cuantitativa la percepción de las barreras de cultura y género en las prácticas alimentarias de la comunidad. (Ver Anexo 11.4.)

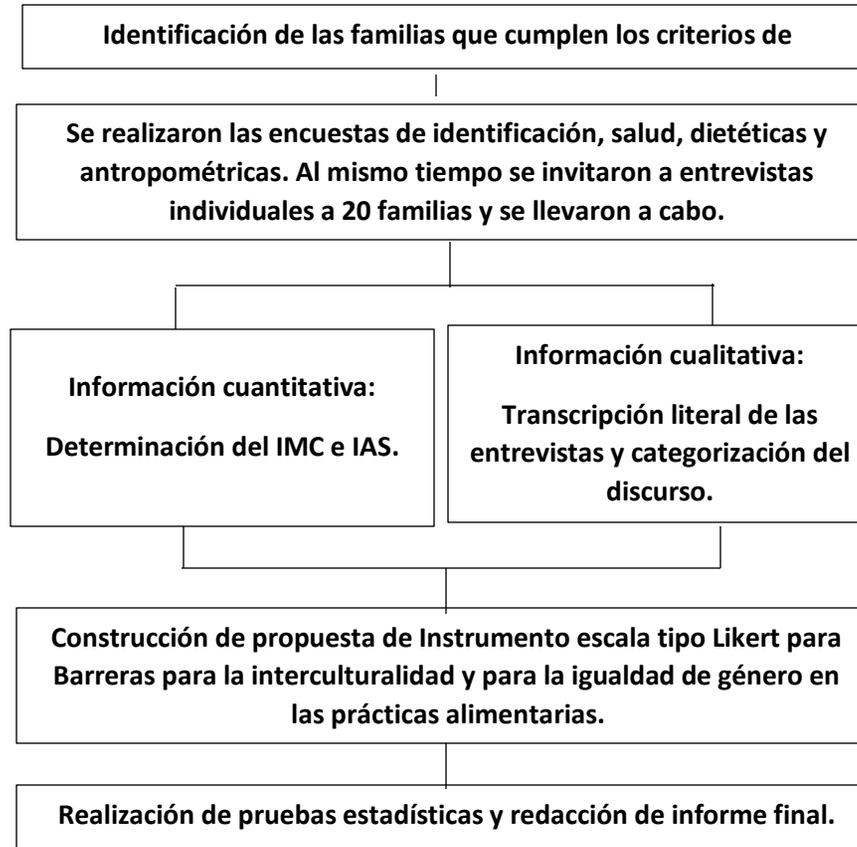
h. Prueba piloto

Guía de preguntas para entrevista individual.

Esta prueba consistió en administrar el instrumento a personas con características semejantes a las de la muestra objetivo de la investigación. Se sometió a prueba los instrumentos incluidos en el presente, es decir, la frecuencia de consumo, el recordatorio de 24 horas y la guía de preguntas semiestructurada. Primeramente, se analizó la comprensión de la guía de preguntas y funcionalidad, así mismo el lenguaje corporal y lingüístico, bajo la supervisión de las directoras de tesis. La prueba piloto se realizó a un grupo de 10 mujeres que acuden a actividades vespertinas a la comisaría de Cholul.

Asimismo, parte fundamental de la prueba consistió en charlar con los participantes para recoger sus opiniones con respecto al entendimiento del instrumento y circunstancias ambientales al momento de aplicación.^{53,60}

METODOLOGÍA



VII. Resultados

La comunidad está compuesta por 38 familias de los cuales aceptaron participar 28, de las cuales aceptaron participar 10 mujeres y 4 varones en las entrevistas individuales. Se realizaron varias visitas a diferentes familias hasta el tiempo establecido en el cronograma de actividades para recolección de datos.

A continuación, se describen los resultados, presentando primero la cuantitativa y después la cualitativa.

Resultados de información cuantitativa

Estado de nutrición

En la Tabla 1 se describen los resultados de las familias participantes; el grupo 1 está conformado por madres y padres de familia de 59 años o menos y el grupo dos por padres y madres de 60 años o más. Los grupos 1, se caracterizan por predominar el exceso de peso (suma de sobrepeso y obesidad) obteniendo 95% y 60 % en mujeres y hombres, respectivamente; por otro lado, el grupo 2 obtuvo 87.5% y 57.2% en el mismo orden.

Según el estado civil, 21 de las familias están casadas (75%), 3 en unión libre (10.7%), 4 viudos (14.3%). La mayoría de las mujeres tienen por ocupación ama de casa (22), empleada de mostrador (2) y servicio doméstico (4); entre los empleos más frecuentes en varones están trabajo relacionado con la piedra, como la producción de cal o artesanías (8), albañil (3), jubilado (2), entre otros (4).

Tabla 1. Características Generales de las mujeres participantes				
	Mujeres		Hombres	
	Grupo 1 (n=20) Media (DS)	Grupo 2 (n=8) Media (DS)	Grupo 1 (n=10) Media (DS)	Grupo 2 (n=7) Media (DS)
Edad (años)	39 (12)	66.2 (7.3)	33.6 (8.8)	71 (8)
<i>n (%)</i>				
Normopeso	1 (5)	1 (12.5)	4 (40)	3 (42.9)
Sobrepeso	10 (50)	3 (37.5)	2 (20)	2 (28.6)
Obesidad I	2 (10)	2 (25)	2 (20)	2 (28.6)
Obesidad II	4 (20)	2 (25)	2 (20)	
Obesidad III	3 (15)			
<i>Fuente propia</i>				

Características de la dieta

En la tabla 2, se describe los resultados del recordatorio de 24 horas expresadas en medias, porcentajes y desviación estándar del consumo de macro nutrientes. Se utilizó el programa Nutripac para procesar dicha información; los porcentajes de distribución se obtuvieron basados en la media de gramos de macronutrientes y energía total consumida por grupo. Respecto al consumo de hidratos de carbono, ambos grupos 2, tuvieron un consumo superior al recomendado (60%); en relación con el consumo de azúcar, el grupo 2 de mujeres obtuvo la cifra más baja y menor al consumo máximo recomendado (10%); por otro lado, el consumo promedio de proteínas se encuentra dentro de la recomendación, al menos 10% del consumo calórico total. Los porcentajes de grasa total estuvieron levemente por encima de la recomendación ($\leq 30\%$) en ambos grupos 1 y de grasa saturada todos los grupos se ubican dentro de los parámetros de recomendación $\leq 10\%$.

Los participantes de los grupos 1, es decir madres y padres de familia de 59 años o menos, reflejaron una dieta rica en ácidos grasos, casi del 10% superior y, por el contrario, casi 8% menos de hidratos de carbono en comparación con las familias de los grupos 2. Por otro lado, el consumo de azúcar fue considerablemente menor

en mujeres mayores de 60 años en comparación con los demás grupos, 4.4% menor que el grupo 1 de mujeres y 6% menor que ambos grupos de hombres.

El rubro que describe la relación de consumo de ácidos grasos poliinsaturados y monoinsaturados con respecto a los saturados, nos otorga la visión de cuántos gramos de ácidos grasos insaturados se consumen por cada gramo de grasa saturada referida. Dicha razón para obtener el máximo puntaje del índice debe ser ≥ 2.5 y la mínima calificación cuando se obtiene el valor de ≤ 1.2 . En el cuadro 2 se puede observar que esta relación en todos los grupos es baja, entre 1.4 y 1.8, siendo mayor en los grupos de mujeres.

Tabla 2. Consumo promedio de nutrimentos de los grupos participantes								
	Mujeres				Hombres			
	Grupo 1 (n=20) Media (DE)		Grupo 2 (n=8) Media (DE)		Grupo 1 (n=10) Media (DE)		Grupo 2 (n=7) Media (DE)	
	1917.3 (733)		1987.2 (755.1)		2245 (890.7)		2178.2 (560)	
Energía (kcal)	Media (DE)	% (DE)	Media (DE)	% (DE)	Media (DE)	% (DE)	Media (DE)	% (DE)
Hidratos de Carbono (gr)	271 (120)	56.7 (8.6)	313.0 (110)	64.8 (11.7)	319 (125)	57 (6)	335.6 (99.3)	65.3 (7.7)
Proteínas (gr)	67.7 (23.4)	14.1 (3)	75.6 (29.2)	15.5 (1.3)	76.3 (24.3)	14.1 (3.7)	83.2 (22)	15.3 (2.3)
Grasa Total (gr)	64.6 (30)	30.3 (13.5)	47.7 (37)	19.6 (11.6)	77 (38.4)	30.2 (5.2)	49 (23)	19.25 (6.5)
Azúcar añadida (gr)*	247.5 (139)	12.4 (4.5)	178 (108)	8 (4.1)	351.3 (137)	14.8 (2.7)	280 .5 (190.5)	14.4 (4.5)
Grasa Saturada (gr)**	19.9 (11.6)	9.3 (5.5)	14 (9.2)	6.8 (2.2)	23 (10.43)	8.5 (2.7)	20.5 (12)	8 (4)
Relación entre grasas	1.8 (0.8)		1.7 (0.8)		1.3 (0.48)		1.4 (0.84)	
*Incluida en Hidratos de carbono totales								
**Incluida en Grasa Total								
<i>Fuente propia</i>								

En lo relativo al sodio, todos los grupos obtuvieron consumo dentro de las recomendaciones (<2,400 mg al día), consumo de colesterol fue excedente en todos los grupos (<300 mg al día), pero superior en ambos grupos de hombres; la ingesta de fibra fue menor al recomendado (20-30 g) para todos los grupos, cubriendo entre el 48 y 56% de la misma (la cantidad de fibra y colesterol no forman parte del instrumento de IAS). Ver Tabla 3. (78)

Según las medias de consumo de micronutrientes, el hierro fue cubierto por todos los participantes; en cuanto al ácido fólico los grupos 2 de ambos sexos lograron el consumo recomendado, a diferencia de los grupos 1. Respecto al calcio y vitamina A, fueron insuficientes para todos los grupos. Las mujeres y hombres entre ambos grupos cumplieron el requerimiento de calcio 6 vs 5, vitamina A 1 vs ninguno, Ac. Fólico 11 vs 7, hierro 25 vs 16, respectivamente, de las 28 y 17 participantes.

	Mujeres		Hombres	
	Media (DE)		Media (DE)	
	Grupo 1 (n=20)	Grupo 2 (n=8)	Grupo 1 (n=10)	Grupo 2 (n=7)
Colesterol Total (mg)	363.5 (279.8)	321.4 (310.4)	511.2 (330.2)	426.7 (328.8)
Sodio Total (mg)	1506.1 (1376.3)	1284.4 (957.5)	2176.2 (1554)	1693 (1078)
Fibra (gr)	9.6 (4.1)	11.2 (5.2)	11.11 (9.3)	13.4 (5.2)
<i>Fuente propia</i>				

Tabla 4. Consumo de Micronutrientes por grupos				
Micronutrientes	Mujeres		Hombres	
	Media (DE)		Media (DE)	
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
Ca (mg)	675.6 (532.6)	697.9 (343.6)	760.5 (447)	975.2 (585.5)
Fe (mg)	15.76 (9.5)	15.3 (6.4)	13.5 (4.7)	20.6 (7.3)
Vitamina A (mcg)	252.5 (146.2)	334.7 (212.8)	393.2 (128)	293.6 (241.4)
Ácido fólico (mcg)	335.4 (251.9)	483.2 (405)	246.7 (168.6)	536.3 (310.8)
IDR: Calcio: grupo 1) 1000 mg/d y grupo 2) 1,200 mg/d; Hierro: 8 mg/d; Vitamina A: 700 mcg/d; Ac. Fólico: 400 mcg/d.				
<i>Fuente de puntos de corte: OMS, Nutrición humana en el mundo en desarrollo</i>				
<i>Fuente de datos: propia</i>				

En el cuadro 5, se encuentra la información referente a las frecuencias de consumo por grupos de alimentos. Los participantes refieren consumir verduras de dos a cuatro veces por semana, predominantemente en el almuerzo y/o cena; las frutas las consumen de tres a una vez por semana, según la temporada y comiéndolas en su mayoría por las mañanas; los cereales son la base de su alimentación, ya que está presente en la dieta diaria, consumiéndolos de tres a cuatro veces en un día; las leguminosas las consumen entre cuatro y seis veces y hasta dos veces en un solo día, almuerzo y cena, principalmente. Los alimentos de origen animal más consumidos son el huevo y la carne de pollo, entre seis y siete días a la semana entre ambos, siendo el almuerzo el momento predilecto y predominando el huevo.

	Mujeres		Hombres	
	Media (DE)		Media (DE)	
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
Verduras	3.4 (1.5) /7	2.3 (2.2) /7	2.8 (1.4) / 7	2.8 (1.7) /7
Frutas	4.3 (2.2) /7	1.6 (.5) /7	2.8 (1.7) /7	2.5 (2) /7
Cereales	6.7 (0.97) /7	7/7	6.6 (1.2) /7	7/7
Leguminosas	4.2 (2.4) /7	4/7	4.4 (2.2) / 7	5.7 (2.3) /7
Lácteos y derivados	1.9 (2.1) /7	1.5 (1.8) /7	1.5 (1.1) / 7	3.1 (2.8) /7
Alimentos de Origen Animal	6 (1.7) /7	5.8 (1.4) /7	6.1 (.9) / 7	6.1 (1.4) /7
<i>Fuente propia</i>				

Índice de alimentación saludable

Según los puntos de corte establecidos por las metas nutricionales del IAS, las mujeres del grupo 1 obtuvieron en su mayoría la categoría de *Necesita modificaciones* (15 mujeres) y Buena en 5 participantes y del grupo 2, 4 mujeres obtuvieron dieta *buena* y 4 *Necesidad de Cambios*. Con respecto a los varones del grupo 1, todos obtuvieron la categoría *Necesita cambios* y del grupo 2, *Necesita cambios* 5 y *Buena* 2. Es decir, el 75.5% de la población participante Necesita realizar cambios en su dieta y el 24.5% tiene una dieta Buena.

IAS	Mujeres		Hombres		Total
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2	
Buena	5	4	0	2	11
Necesita Cambios	15	4	10	5	34
Poco saludable	0	0	0	0	0
<i>Fuente propia</i>					45

Tabla 7. Distribución de IAS de acuerdo con el IMC							
	IMC						Total
		Normopeso	Sobrepeso	Obesidad 1	Obesidad 2	Obesidad 3	
		n=9	n=17	n=19			
IAS	Necesita Cambios	6	11	8	7	2	34
	Buena	4	6	0	1	0	11
	Total	10	17	8	8	2	45
<i>Fuente propia</i>							

En el cuadro 7 se observa la distribución del IAS por categoría de IMC, los casos de dieta buena se encuentran principalmente entre las categorías de normopeso y sobrepeso, y los casos de necesita cambios están distribuidos 82% en las categorías de exceso de peso. El instrumento de IAS es un instrumento que nos aporta información valiosa sobre los hábitos y calidad de alimentación de una persona o población. A pesar de que el instrumento original tiene categorías para medir el consumo de alimentos no deseables o que deben limitarse, no posee sanciones por consumo excesivo en categorías de consumo metas como, por ejemplo, vegetales y cereales refinados y complejos, los cuales, aunque tienen muchos beneficios para salud, en exceso pueden provocar sobrepeso.

Dos mujeres del grupo 2, fueron sancionadas con 5 puntos menos, ya que obtuvieron ingesta excedente de hidratos de carbono, al igual que 1 hombre del grupo 2. Los grupos 2 refirieron una dieta con menor consumo de azúcar simple y grasa total, consumiendo principalmente pan francés y tortillas, en cantidades elevadas e incluso ambos en un mismo tiempo de comida.

Los grupos 2 obtuvieron mejores calificaciones, probablemente porque dos participantes tienen diabetes mellitus y dos más hipertensión arterial, pudiendo implicar cambios en la dieta reflejados en el IAS. Por otro lado, la alimentación es

baja en alimentos ultraprocesados, por lo que el promedio de consumo de sodio está dentro de los parámetros de normalidad.

Análisis de la información cualitativa

Las barreras fueron determinadas a través de entrevistas semiestructuradas a 14 participantes (10 mujeres y 4 hombres), las cuales estuvieron dirigidas a conocer los obstáculos para tener una alimentación saludable.

La información esta dividida según la etapa del proceso alimentario como se ha descrito anteriormente (selección, distribución y consumo) y subdividida por tipo de barrera, ya sea género o cultural.

BARRERAS DE SELECCIÓN DE ALIMENTOS

Barreras Culturales

Una de las principales barreras para una alimentación saludable, ha sido el **“Abandono de la siembra y cría de animales”**, los principales argumentos para esto han sido *la falta de tiempo y espacio*, ya que, en tiempos pasados, los progenitores utilizaban tierras ejidales, es decir, montes de gran extensión para sembrar y criar ganado y no los patios de sus casas. Actualmente, la zona de Dzityá y alrededores ha sufrido un cambio estructural, los terrenos han sido vendidos, se han construido fraccionamientos y privadas residenciales, así como venta de terrenos ejidales. Además, se notó que en un mismo terreno hay de dos a tres casas habitadas por familias relacionadas, disminuyendo el espacio disponible para sembrar y criar animales.

Por otra parte, existe una importante *falta de motivación* para realizar dichas actividades por parte de ambos sexos, en algunos casos, además del trabajo asalariado. Las generaciones más antiguas siembran algunas hortalizas, pero en menor cantidad que antes, debido al cansancio y/o enfermedades. Un argumento que los participantes más jóvenes afirman fue que sus padres y abuelos lo hacían

por gusto, a diferencia de estos quienes no lo practican, a pesar de que expresan su necesidad, alto costo al adquirirlo y escasez en su comunidad.

Tabla 8. Barreras de Selección: “Abandono de prácticas de siembra y cría de animales”			
Mujeres		Hombres	
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
<i>M2: “Mis abuelitos, a ellos si les gustaban, de hecho, todavía tiene su matita de chile habanero...”</i>	<i>M1: “Se han vendido terrenos... ya la gente no lo hace, por la falta de espacio, y la tierra ya no produce como antes...”</i>	<i>H1: “Mi mamá siembra un poco en la casa pepino y calabaza... yo a veces la ayudo”</i>	<i>H3: “Si, de antes teníamos una cooperativa, en un terreno le pedimos permiso al dueño de limpiarlo y ahí sembrábamos varias familias y teníamos animales... pero esos terrenos pues ya se vendieron”</i>

Las frutas principalmente consumidas por las familias son aquellas que crecen en sus patios en árboles y algunas por temporadas, la siembra de verduras u hortalizas fue negada en todas las entrevistas, al visitar el patio de una familia resultó que tenían pepino que no habían mencionado, sin embargo, argumentan que ellos no la sembraron, solamente tiraron las semillas en un lado del patio y con la lluvia crecieron solas, incluso no la cuidan. En el mapeo de patios de las familias encuestadas resultó que 3 familias crecen gallinas y con respecto a verduras, 3 casas tienen calabaza, 4 jitomate, chile habanero y chile max en 5 y en 1 casa frijol. (Ver anexo 11.5)

Todos los participantes aseguran que los alimentos sembrados por ellos mismos son más sabrosos y saludables, libres de químicos y pesticidas, incluso varios participantes afirmaron que ahora comen mucho menos verduras y frutas que en su infancia.

M4: “creo que antes comía mejor, porque antes que comíamos más verduras que si calabaza y eso, ahora casi no lo comemos”

M6: “yo antes comía mejor, ahora ya no... antes mi papá todo sembraba...no faltaba verduras, que ibes...”

Al preguntar si realizan intercambios de alimentos, ya que por temporadas abundan ciertos frutos, mencionan que, si lo hacen, pero solo con vecinos y familiares, no suelen visitar familias u otras mujeres de la comunidad que no sean vecinos. Este comportamiento estuvo presente en todas las entrevistadas, podría ser una limitante para las mujeres para crear redes sociales con otras mujeres y momentos de esparcimiento.

M3: “Si, si comparto, si veo que se están acumulando en la mata, le doy a mi tía... no no le doy a otros que están lejos de mi casa”

M2: “Casi n salgo de mi casa, solo a la puerta y a veces hablo con la vecina...”

La elección de alimentos está basada principalmente en el **“Limitada por presupuesto familiar y gusto”**, adquieren alimentos que son del gusto de todos o la mayoría de los miembros de la familia y dentro del presupuesto familiar, el cual es limitado y afectado por la escasa disponibilidad de alimentos y encarecimiento de los que venden en la comunidad o el vendedor ambulante. Los mercados más cercanos se encuentran en las comunidades vecinas de Dzityá y Caucel. Sin embargo, el **transporte público no es frecuente y tiene un costo elevado** para los habitantes.

M2: “el pasaje cuesta \$8 de ida y \$8 de vuelta, \$16 pesos, para eso compro un kilo de tortillas”.

Todas las familias hacen una compra semanal en alguno de los mercados y la administran, los encargados de esta tarea son variado, en ocasiones las realiza la mujer y otras el hombre que sale a trabajar, de tal forma que aprovechan el viaje fuera de la comunidad.

Tabla 9. Barreras de elección: “Presupuesto familiar limitado y gusto”			
Mujeres		Hombres	
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
M3: “pues hay veces que tenemos que medirnos, por ejemplo, si compramos medio de puerco hay que ver que alcance para comer y cenar, entonces pues no es suficiente, pero tengo que ver que alcance”	M6: “pues, comemos lo que nos gusta, aunque a veces no me alcanza el dinero, pero para la tortilla y las barras siempre”	H1: “Pues casi no, de hecho, de vez en cuando padecemos de dinero, pero buscamos como remediarlo”	H4: “Pues yo soy pensionado y tengo una despesa, pero como estoy solo, pues se lo doy a mi hija, a veces si está dura la cosa”

Las familias del grupo 2, tuvieron un consumo elevado de hidratos de carbono y carencias vitamínicas, tomando en consideración que varias mujeres son amas de casa y varones pensionados, podría su poder adquisitivo no ser suficiente para cubrir sus necesidades básicas y principalmente dificultad por conseguir verduras y frutas.

Las mujeres del grupo 1 reflejaron mayor frecuencia de consumo de frutas y verduras que las mujeres del grupo 2, menos gramos de hidratos de carbono y fibra, pero superiores en azúcares simples.

El **discurso de alimentos saludables y no saludables es limitado**, el primero principalmente se refiere a verduras, frutas y frijol, y los segundos, a las grasas animales y alimentos en conserva, sin poder explicar los motivos de sus respuestas. Algunos participantes reconocieron el contenido de azúcar de los alimentos como dañino, una mujer con diabetes.

Tabla 10. Barreras de Selección: “Discurso de cualidades de alimentos limitado”			
Mujeres		Hombres	
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
<i>M5: “las frutas y verduras porque tienen vitaminas”</i>	<i>M10: “alimentos saludables, pues creo que verduras, frutas, frijol... ¿por qué? no sé, eso dicen”</i>	<i>H1: “las verduras”</i>	<i>H4: “el pollo, el pescado, la res...”</i>
<i>M4: “por ejemplo, la sopa nissin, eso no es sano, el atún pues en lata, todo el tiempo está cerrado, no sabes cuánto tiempo esta allá... la grasa del puerco...”</i>	<i>M6: “pues el refresco, la barra de pan, galletas, pues hay que medirlo mucho por la azúcar”.</i>	<i>H3: “pues yo creo que los que tienen tiempo congelados”</i>	<i>H2:” pues el puerco, ya me lo tienen quitado por el doctor”</i>

Los platillos por cocinar es elección de la mujer y es realizada por una o varias. Sin embargo, la señora con mayor edad tiene cierta jerarquía dentro de la familia, y se cocina lo que ella diga, aunque no participe activamente en el proceso culinario.

Tabla 11. Barreras de selección: “Rol de la mujer en la alimentación”			
Mujeres		Hombres	
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
<i>M3: “yo, y bueno, cada día pienso y cocino lo que yo tenga o lo que me sobra”</i>	<i>M1: “Aquí nosotros comemos lo que caiga, uno no decide hoy voy a comer pollo, mañana voy a comer carne... lo que caiga”</i>	<i>H1: “Mi mamá dice que se va a comer y mi esposa la ayuda”</i>	<i>H4: “mi hija ve que comemos”</i>

Barreras de Género

La **alimentación es una actividad inherente a las mujeres y niñas de las familias**, además de otras labores del hogar, las cuales son transmitidas de generación en generación, los modos de realizarlas y recetas de platillos. También, estas actividades representan la preocupación y tarea de la progenitora de asegurar la preparación de las hijas para desempeñarse en el hogar.

La **transmisión de conocimientos y prácticas** relacionadas con la alimentación son transmitidas de generación en generación, la cual podría ser una potencialidad cultural, en la que las mujeres juegan un rol determinante en la perpetuación de prácticas de alimentación y salud.

Los hombres del hogar salen de la comunidad a trabajar y regresan por la tarde a descansar, en ocasiones apoyan limpiando el patio de la casa, pero su principal aportación es monetaria. La participación de los hombres en las labores del hogar podría disminuir la carga física y emocional de trabajo de las mujeres.

Mujeres		Hombres	
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
<i>M7: "mi hija y yo hacemos todo, mi esposo puro trabajar... a mí mi mamá me enseñó a cocinar y lavar desde los 7 años"</i>	<i>M6: "mi mamá me enseñó desde los 7 años a cocinar, a lavar ropa, pues yo también le enseñe a mi hija, pero ella aprendió a los 12"</i>	<i>H3: "mi esposa me sirve a mí, a mis hijos, a cada quien su parte en la comida, y pues lo demás, no sé"</i>	<i>H4: "pues la verdad, mi hija me ayuda, mi esposa ya no está"</i>

Las mujeres no modifican su alimentación por estar en alguna etapa de reproducción (menstruación, embarazo o puerperio), pero si fueron sometidas a cesárea, evitan ciertos alimentos que se asocian con infecciones o inflamación.

Cuadro 13. Barreras de Selección: “Alimentación a lo largo de la vida”			
Mujeres		Hombres	
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
<i>M2: “después de mi cesárea, mi esposo me cuidaba, no comía tomate, frijol por la herida, dicen que infecta”</i>	<i>M10: “yo tuve a mis hijos por parto, pero a mi hija la cortaron y ella no comía tomate, frijol, huevo porque infecta la herida”</i>	<i>H1: “yo siempre he comido de todo”</i>	<i>H2: “Pues ahora ya no como puerco porque me lo tiene quitado el doctor”</i>

BARRERAS DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS

Barreras culturales y de género

Los tiempos de comida almuerzo y en ocasiones cenas son familiares, en los que todos los miembros de las familias se reúnen, incluso dos o tres en un mismo comedor. La distribución de comida depende de la edad, los más pequeños y ancianos comen menos y los adolescentes y adultos comen más. Sin embargo, dos participantes creen que las mujeres deben comer menos que los varones.

Tabla 14. Barreras de Distribución: “Criterios de distribución de alimentos”			
Mujeres		Hombres	
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
<i>M4: “A veces mi hija quiere comer más pero mi esposo me dice que no le dé mucho, que si de niña es gordita, cuando esté grande va a estar más gorda, y las niñas se ven bien delgadas”.</i>	<i>M10: “todos comemos lo mismo, ahora nosotros como estamos viejitos comemos poquito... ahora antes comíamos más”</i>	<i>H2: “pues todos comemos igual, solo mis hijos y sobrinos comen menos, pero porque están pequeños”</i>	<i>H3: “pues, todos comemos igual, yo creo...”</i>

Las mujeres en ocasiones además de encargarse de la alimentación de su familia, también debe encargarse del cuidado de sus progenitores y en ocasiones nietos,

suponiendo una sobrecarga de trabajo física y emocional, la cual frecuentemente inicia desde tempranas edades cuidando a hermanos menores. Ningún hombre refirió encargarse del cuidado de los hijos o progenitores, aunque apoyan en algunas tareas como llevar a sus niños a la escuela.

Tabla 15. Barreras de distribución: “Actividades relacionadas con el género”	
Mujeres	
Grupo 1	Grupo 2
<i>M7: “entre mi hija y yo hacemos todo en la casa y, pues yo tengo que ir a ver a mis papás para ayudarlos, ya están un poco cansados”</i>	<i>M8: “cuando era niña, yo soy la que atendía a mis hermanitos junto con mi mamá... ahora solo somos mi esposo y yo, mis papás ya fallecieron”</i>

BARRERAS DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Barreras culturales

Entre las barreras para adultos con alguna patología expresaron **Dificultad para aplicar las recomendaciones nutricionales** en la enfermedad dadas por el personal de salud, por no ser compatibles con sus gustos, accesibilidad o disponibilidad de alimentos, y también para adultos jóvenes con obesidad.

Tabla 16. Barreras de consumo: “Dificultad para aplicar recomendaciones nutricionales”			
Mujeres		Hombres	
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
<i>M4: “cuando estas obesa y te dice que no debes comer esto o lo otro, debes comer pescado, pollo a la plancha, y tú no tienes el recurso para</i>	<i>M1: “A mi esposo casi no le gusta porque el casi no es de comer así, a él le gusta comer comida”</i>	<i>H1: “No, nada”</i>	<i>H3: “pues todo me tiene quitado el doctor, como poquito ahora...”</i>

<i>comprar lo que dicen, que si jamón con cero grasas, el queso y la leche, todo light, sale caro”.</i>			
---	--	--	--

La **invisibilización de comidas principales y colaciones**, algunas comidas no son tomadas en cuenta porque representa poca cantidad, aunque aporte energético elevado, también son ignoradas si carece de frijol o carne.

Tabla 17. Barreras de consumo: “Invisibilización de comidas”			
Mujeres		Hombres	
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
<i>M3: “casi no cenó, comí dos flautas con media crema, salsa verde y lechuga”</i>	<i>M6: “yo no cenó, solo tomo agua con avena y media barra de pan, es todo”</i>	<i>H2: “solo como dos veces (almuerzo y cena) ... en las mañanas solo galletas y coca”</i>	<i>H4: “ya no cenó, solo pan de barra y café...”</i>

Algunos **alimentos** se **asocian** en lo imaginario con la **pobreza o escasez**, como el frijol y tortillas y la carne como un alimento de alta calidad y valor.

Tabla 18. Barreras de consumo: “Asociación de alimentos con la pobreza”	
Mujeres	
Grupo 1	Grupo 2
<i>M4: “comí seis tortillas, puede faltar carne, pero nunca tortillas”</i>	<i>M10: “como somos pobres siempre comemos frijol, todos los días, a veces con huevo, si mi hijo trae carne, pues comemos carne”</i>

Existe en las mujeres una **subestimación de la silueta corporal** en 9 de las 10 mujeres y 2 de los 4 hombres entrevistados. La mayoría de los participantes identifican el sobrepeso como riesgo para tener diabetes, pero al mismo tiempo consideran perder peso muy difícil y no incorporan cambios importantes en su dieta y estilo de vida, sobre todo las mujeres hacen énfasis que su cuerpo cambió después de tener hijos y ya no pudieron regresar a su peso previo.

Por otro lado, se identificaron como ideales las siluetas 2, bajo peso y 3 normopeso y fueron identificados como “no saludables” las siluetas 8 y 9 (corresponde a obesidad), no fueron consideradas las siluetas de sobrepeso.

Tabla 19. Barreras de consumo: “Subestimación de la silueta corporal”		
Mujeres		
Grupo 1	Grupo 2	
<i>M4: “dicen: tu estas gorda porque puro comer haces, y no, no tiene nada que ver porque a veces no como, a veces no desayuno, no almuerzo, y solo la cena..., yo creo que es mi estrés, que todo el tiempo estoy encerrada”</i>	<i>M6 “yo antes era flaca, pero nada más dije tener hijos y ya engordé”</i>	<i>M6: “dicen que cuando pues los gordos pueden presentar diabetes...”</i>

Algunas mujeres entrevistadas mencionaron que se sienten “encerradas” en su hogar, no salen con frecuencia y no tienen momentos de distracción, lo que las lleva a sentirse estresadas y tristes.

Otros

Limitado acceso a servicio de salud

Todos los participantes utilizan remedios caseros para malestares frecuentes como cólicos y diarreas, dolores de cabeza, calentura y gripe; las recetas han sido aprendidas de sus progenitores, basadas en la necesidad de aliviarse sin salir de la comunidad, la cual no cuenta con ambulancia, ni servicio médico público al alcance para urgencias.

Una de las principales preocupaciones fue que el transporte público transita 2 y en ocasiones 3 veces en un día, limitando el acceso transporte, en ocasiones deben ir en triciclo o bicicleta. Los entrevistados, refieren que en la comunidad hay una persona con automóvil, quien los apoya con las urgencias por las noches cuando no hay transporte público. Sin embargo, quienes no cuenta con seguro social deben ir al O'horan, y el servicio médico de la comunidad más cercana es insuficiente para toda la necesidad en salud.

Con respecto a los estadísticos realizados, primeramente, se llevaron a cabo las pruebas de normalidad para las variables IMC e IAS, procesando grafico Q-Q, histograma, demostrando su normalidad.

Para el estudio de diferencia de medias se realizó la prueba de contraste paramétrico ANOVA para muestras independientes, encontrándose solo diferencias significativas en el IMC por sexo, con una significancia $p=0.02$. Al realizar las pruebas de correlación de Pearson y chi cuadrada no se obtuvieron ningún valor significativo.

VIII. DISCUSIÓN

El sobrepeso es concebido como una enfermedad multifactorial, y en el presente, se estudiaron los factores implicados en el proceso alimentario -selección, distribución y consumo- identificando las barreras culturales y de género que podrían impedir a las familias tener una dieta correcta en la comunidad de Cheumán, Yucatán.

Los resultados previamente descritos nos permiten conocer que el comportamiento epidemiológico de la comunidad de Cheumán fue de alta prevalencia de sobrepeso, siendo mayor en las madres de familia participantes (91% de sobrepeso u obesidad y 58.6% en los padres) en comparación con las referencias a nivel estatal (82% y 78.6%, respectivamente), según lo reportado por la ENSANUT 2012. Estas cifras señalan la situación de vulnerabilidad y predisposición de las mujeres a enfrentar futuras comorbilidades derivadas del sobrepeso.⁶¹

La comunidad se desarrolló alrededor de una hacienda ex henequenera, la cual fue su principal fuente de empleo y abastecimiento por varios años y ha permanecido en abandono por más de 20. La producción y comercialización de henequén concluida en la década de los 90, aunado a la ejecución del Programa de Certificación de Tierra Ejidales (PROCEDE), que parceló los ejidos y lo privatizó, obligó a algunos campesinos a vender sus tierras, situación que ha llevado a numerosos habitantes de las comunidades campesinas a vivir en la pobreza.⁷⁹

En correspondencia con lo anterior, y según el discurso de los participantes, la comunidad se ha visto en una situación difícil desde que la producción de henequén desapareció y se vendieron las tierras ejidales aledañas, ya que numerosas familias tenían sus milpas, incluso había una cooperativa donde criaban numerosos animales y verduras entre las familias residentes; resultando en disminución de consumo de verduras y frutas en su dieta diaria, así como siembra de su propio maíz y derivados.

En diversos estudios se atribuye a la firma del Tratado del Libre Comercio como el impulso de México hacia la pérdida de la soberanía alimentaria y, por consiguiente, en la precarización de los campesinos. Para el 2012, México ocupaba el primer lugar en importación de maíz, lo cual se traduce en una creciente dependencia hacia Estados Unidos, desapareciendo millones de empleos rurales, provocando migración de campesinos, desplazamiento del uso de semillas nativas por semillas transgénicas y uso de herbicidas provenientes de empresas transnacionales.^{80, 81}

Los procesos macrosociales, como la globalización han impactado en la alimentación y salud de la población mexicana, conduciendo a la modernización alimentaria, gracias a una mayor disponibilidad y accesibilidad de alimentos industrializados, ricos en azúcares simples y grasas saturadas incorporadas a la dieta de las poblaciones rurales del país, aunado al aumento en el precio de los alimentos básicos como fruta, verdura, frijol, maíz, carne de res, pollo y huevo.^{82,83}

Dos estudio comparativos en comunidades de Yucatán realizados por Gutiérrez y Pérez y Cols. Obtuvieron resultados similares al concluir que los alimentos adquiridos por las familias están determinados por factores geográficos y socioeconómicos, entre los cuales destacan la presencia de sistemas de producción agrícola tradicional (milpa o traspatio), la disponibilidad local y el acceso económico, así como la cercanía o lejanía a centros urbanos, además del abandono gradual de las actividades primarias.^{84,85}

Las características de la dieta de la población en estudio fueron bajo consumo de frutas y verduras y elevado en alimentos procesados como bebidas con altos contenidos de azúcar, gusto y preferencia por platillos de comida rápida caracterizados por embutidos, siendo este proceder mayor en las generaciones más jóvenes, demostrando el comportamiento denominado por Popkin como occidentalización de la dieta, el cual deriva en sobrepeso y enfermedades asociadas.^{1,3}

Según el cumplimiento de las metas nutricionales se determinó que el 75.5% de la población participante *Necesita cambios* en su dieta y el 24.5% es Buena, esta

distribución de casos es similar a lo encontrado en un estudio realizado por Norte y Ortiz en España, donde el 72% de los participantes *Necesita cambios* y el 28% restante buena, las cuales se encuentra en su mayoría distribuido en personas mayores de 65 años del sexo femenino, por el contrario obteniendo calificaciones más bajas los grupos de estudio más jóvenes.⁷⁴

Por otro lado, un estudio realizado en mujeres adolescentes en Morelos por González y Cols., obtuvieron consumos insuficientes para calcio y ácido fólico, siendo el comportamiento similar al obtenido en el presente, donde todos los grupos fueron insuficientes en calcio y vitamina A y los grupos jóvenes de mujeres y varones insuficientes en ácido fólico; en este mismo estudio, 74.8% de las participantes obtuvieron la categoría de *Necesita cambios* y tan solo 1.2% buena.⁷⁶

Al comprar con estudios de IAS en poblaciones estudiantiles niveles universitarios, Muñoz y cols. Y Ratner y cols. encontraron que gran proporción de la población estudiada tuvo características similares a la presente, bajo consumo de verduras, frutas y alto en alimentos de alta densidad energética y azúcar simple siendo los porcentajes de dieta *Poco saludable* elevados.^{75,86}

En la información cualitativa se identificó que el sobrepeso en mujeres lo atribuyen a la maternidad, ya que refieren que después de tener hijos, aumentaron de peso y no pudieron recuperar su figura previa, información similar fue hallada por Bray (2004), Cruz (2012) y Asian et al, donde describe que la ganancia de peso está relacionada con el estado civil y número de hijos.⁸⁷⁻⁸⁹

Estudios realizados por De la Riva, Marín y cols. y Ochoa, en encontraron resultados similares a los del presente, donde el rol de la mujer es doméstico, principalmente la actividad culinaria desde su preparación y distribución hasta la herencia de estos a las siguientes generaciones, mientras que los varones participan poco o nada en dichas actividades, ellas deciden lo que se come y no planean las comidas con anticipación, así mismo refieren que estas decisiones están determinadas y limitadas por el presupuesto semanal que en la mayoría de los casos el esposo provee. También se encontraron comportamientos similares al distribuir alimentos

ofreciendo mayor cantidad a los varones jóvenes, y menos cantidad a los niños y ancianos.^{22,24, 90}

Diversos estudios coinciden con el discurso de algunas mujeres, especialmente las mayores, donde describen que la responsabilidad de proporcionar cuidados de salud recae en las mujeres, y especialmente con menor nivel educativo, sin empleo y de clases sociales bajas, además de influir o negociar positivamente en lo que se refiere a conductas de salud del marido y en particular a la adherencia a la dieta, forzándola a asumir cargas físicas y emocionales que pueden acabar afectando negativamente a su propia salud.⁹¹⁻⁹³

Incluso los programas asistenciales del gobierno que implican la participación comunitaria, es a las mujeres a quienes involucran, pudiendo suponer una responsabilidad más para estas y sobre carga de trabajo, por otro lado, el hecho de que las mujeres dispongan de recursos conlleva un impacto sobre el mayor control de la economía familiar y poder de decisión, lo que repercute, en su autoestima y valoración en el medio familiar.^{81,94}

No se encontraron referencias similares a la invisibilización de comida, es decir, subestimar el aporte nutrimental y energético de ciertos alimentos como el pan, frijol y maíz y pozole, ya que para ellos no representa una comida completa, éstos cobran valor cuando son combinados con carne, huevo o embutidos.

Las mujeres suelen cuidar más su salud que los hombres, en la comunidad participante 32.1% y 11.7% hombres, obtuvieron dieta de calidad *Buena*, sin embargo, al realizar las pruebas de ANOVA, no se encontraron diferencias significativas.

Por otro lado, se encontraron datos de ineficaz comunicación entre los profesionales de salud y participantes, ya que refieren que les resulta difícil aplicar las recomendaciones porque los alimentos no los conocen, no son de su agrado, además de ser difíciles de conseguir en su medio y no concordante con su realidad económica, similar a lo encontrado en un estudio reportado por Hernández y cols. y Casas y cols.^{41, 95}

Los participantes conocen las enfermedades asociadas al sobrepeso, sin embargo, consideran un problema de sobrepeso a las siluetas correspondientes a obesidad tipo 2 y 3, considerando sobrepeso como normal, pero desnutrición como figuras que les gustaría tener porque consideran ideales. Comportamiento similar se encontró en un estudio similar realizado en mujeres de una comunidad rural en Oaxaca.^{25,96}

Por último, algunas mujeres expresaron que sienten estrés o tristeza en ocasiones por permanecer en casa y tener la responsabilidad casi absoluta del hogar, alimentación, cuidado de los hijos y descuidando sus momentos de ocio y distracción. Incluso mencionan que no conviven con otras mujeres de la comunidad, solo vecinas y familiares, disminuyendo el acceso y formación a redes sociales.

La comunidad de Cheumán, se caracteriza por estar rodeada de barreras como la disponibilidad y acceso de alimentos saludables, determinando sus hábitos. El crecimiento de la ciudad y cambios en el sistema socioeconómico de los últimos años no les ha permitido mejorar la calidad de la dieta. Por otro lado, el rol de la mujer dentro del núcleo familiar sigue siendo responsable de la alimentación y cuidado de los hijos y/o nietos, con poca inclusión al trabajo remunerado.

Considerar estudios como el presente y similares, hacerlas parte del desempeño del nutriólogo y profesionistas del área de la salud, es importante para lograr acortar la brecha que divide a la sociedad, trabajar con enfoque intercultural e implicar al género en un plano interseccional, en el cual se considera determinante, no solamente con causa cultural o de comportamiento social, sino como resultado de la inequidad que nace en la estructura macrosocial que rige en nuestra sociedad.⁹⁷

Es preciso considerar e incluir herramientas que otorguen un panorama amplio de las prácticas alimentarias de las familias o comunidades en estudio, tales como el IAS y escala de barreras, para impactar de manera positiva y eficaz en la salud.

IX. CONCLUSIONES

La alimentación es un fenómeno cultural que se encuentra en constante modificaciones de acuerdo con las tendencias sociales y económicas, pero que hasta el momento ha mantenido arraigadas algunas prácticas ligadas al género en este proceso, desde la selección, distribución y su consumo.

La comunidad de Cheumán, se caracteriza por tener alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, dieta condicionada por la mayor disponibilidad y acceso a los alimentos industrializados, determinando el patrón alimentario de las familias.

Se encontraron barreras para la interculturalidad al presentar dificultad para incorporar recomendaciones a su dieta habitual, así como tener un acervo de conocimientos limitado sobre características de los alimentos.

La mujer continúa teniendo un rol determinante en lo relativo a la alimentación, recayendo en ella la administración del presupuesto familiar, el procesamiento de alimentos y transmisión de conocimientos a las siguientes generaciones de mujeres, sobre las responsabilidades y actividades asociadas a su género.

Existen deficiencias nutricionales y tasas de sobrepeso importantes en la comunidad, lo que confirma que la dieta no es correcta y rica en alimentos de alta densidad energética.

Las mujeres se encuentran en mayor vulnerabilidad que los varones, ya que dependen del abasto de su par, limitadas en redes sociales y frecuentemente sufren sobre carga de trabajo.

La conjugación de las barreras para la interculturalidad y de género para la igualdad, así como externas, influyen en el estado de nutrición de las madres y padres de familia de la comunidad.

X. RECOMENDACIONES

- a. Se recomienda una aproximación más cercana a las mujeres, con el propósito de considerar baja autoestima o depresión ligada al rol de género, como determinante de salud.
- b. Proveer tratamientos y recomendaciones con enfoque intercultural en materia de prácticas de alimentación y prevención de enfermedades asociadas al sobrepeso.
- c. Recuperar y promover prácticas ancestrales de cooperativa en siembra y cría de animales.
- d. Se recomienda usar instrumentos de medición tales como el IAS en las familias y comunidades con el fin de conocer las características de la dieta y planificar una estrategia pertinente. Además de incluir un instrumento sensible a las posibles barreras o dificultades para acceder a una alimentación correcta.

XI. LIMITACIONES

- Baja participación de los padres de familia en las entrevistas individuales.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Popkin B. *La transición Nutricional en países de ingreso medios y bajos*. En X Congreso de Investigación en Salud Pública. México; [Internet] 2003 [Citado septiembre 2016]. Disponible URL:
[URL:http://www.insp.mx/xcongreso/poenencias/popkin.ppt](http://www.insp.mx/xcongreso/poenencias/popkin.ppt)
2. Arroyo P, Bertrán M. *Antropología y nutrición*. México: Fundación Mexicana para la salud. 2006. [Citado: 3 septiembre 2016]. Disponible en URL:
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44538606/antropologia-y-nutricion_1.pdf?
3. Ortiz L , Delgado G, Hernández A. *Cambios en factores relacionados con la transición alimentaria y nutricional en México*. Gac. Méd. Méx. 2006; 142(3). Disponible URL:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132006000300002
4. Bengoa M. *Las transiciones alimentarias en la historia*. En IV Congreso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. An. Ven. Nut. España; 2000. Disponible URL: <https://www.analesdenutricion.org/ve/ediciones/2000/2/art-9/>
5. De La Cruz Sánchez E. *La transición nutricional. Abordaje desde de las políticas públicas en América Latina*. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal [Internet]; 2002 [Consultado: noviembre 2016] 32(11): p. 379-302. Disponible URL:
<http://www.redalyc.org/pdf/310/31048902022.pdf>
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía Yucatán. INEGI-Yucatán. [Internet] 2010 [Citado: 2018 abril 30] . Disponible en:
<http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/yuc/poblacion/distribucion.aspx?tema=me&e=31>.
7. Gutierrez J. *Clasificación socioeconómica de los hogares en la ENSANUT 2012*. Salud Pública México [Internet]; 2013 [Consultado: octubre 2016]; 55(2): p. 341-345. Disonible URL:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800034&lng=es.

8. Organización Panamericana de la Salud. *Salud Intercultural*. [Internet] 2006 [Citado: octubre 2016]. Disponible URL: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31302.pdf>
9. Popkin B. *The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis*. Nutrition Reviews. [Internet] 1994 [Citado: octubre 2016]; 19(1). Disponible URL: http://www.jstor.org/stable/2938388?seq=1#page_scan_tab_contents
10. Lopez de Blanco M, Carmona A. *La transición alimentaria y nutricional: Un reto en el siglo XXI*. Anales Venezolanos de Nutrición [Internet] 2005 [Citado: octubre 2016]; 8(1): p. 90-104. Disponible URL: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522005000100017
11. Norma Oficial Mexican, NOM-043-SSA2-2012. *Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*. Norma Oficial Mexicana. [Internet] 2013 [Citado: octubre 2017]. Disponible URL: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013
12. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. *Factores sociales y culturales en la nutrición*. 2002. [Citado: noviembre 2016]. Disponible URL: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s08.htm>
13. Quirantes A, Lopez M, Hernandez E, Perez E. *Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad*. Rev. Cub. Salud Pública. [Internet] 2009 [Citado: octubre 2016]; 35(3). Disponible URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000300014&lng=es.
14. Contreras J. *Alimentación y cultura: reflexiones desde la antropología*. Rev. Chi. de Antropología. [Internet] 1992 [Citado: septiembre 2017];(11): p. 95-111. Disponible URL: revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/download/8073/7041
15. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. *Capítulo Nutrición internacional y problemas alimentarios mundiales en perspectiva*. Roma [Internet] 2002 [Citado noviembre 2016]. Disponible URL: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s08.htm>
16. Guzmán S, Roselló M. *Factores socio culturales asociados al consumo de frutas en una población adulta Costarricense*. Rev. Costarri. Salud Pública. [Internet] 2003 [Consultado: diciembre 2016]; 12(23): p. 31-38. Disponible

URL: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292003000300005#7

17. Ortiz A, Vazquez V, Montes M. *La alimentación en México: enfoques y visión a futuro*. Rev. Est. Soc. [Internet] 2005 [Consultado: diciembre 2016]; 13(25): p. 9-29. Disponible URL: <http://www.redalyc.org/pdf/417/41702501.pdf>
18. Contreras J. *Alimentación y cultura, necesidades, gustos y costumbres*. Primera ed. Barcelona: Biblioteca de la Universitat de Barcelona; 1995.
19. Viola M. *Estudios sobre modelos de consumo: Una vision desde teorías y metodolías*. Rev. Ch. Nut. [Internet] 2008 [Consultado Junio 2017]; 35(2). Disponible URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46911546002>
20. Paris AP. *Cultura y alimentacion*. Aspectos fundamentales para una vision comprensiva de la alimentación humana. An. Antropo. [Internet] 2013 [Citado: octubre 2016]; 48(1): p. 11-31.
21. Almaguer J, Vargas V, García H. *Interculturalidad en salud: Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. Tercera ed. México: Biblioteca Mexicana del conocimiento; 2014. Disponible URL: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/MedicinaTradicional/InterculturalidadSalud.pdf>
22. De la Riva G. *¿Por qué come lo que come la gente de Mérida?* Cuadernos de nutrición. [Internet] 1998 [Consultado: septiembre 2017]; 21(5): p. 36-46.
23. Crocker R, Cosio A, Lopez M, Ruiz L. *Interculturalidad alimentario-nutricional en la etnia Wixarika de México*. Rev. Esp. Salud Pública. 2004; 78(6): p. 691-700. Disponible URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000600004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272004000600004>.
24. Marín D, Sánchez G, Maza L. *Prevalencia de obesidad y hábitos alimentarios desde el enfoque de género: el caso de Dzutóh, Yucatán, México*. Rev. Est. Soc.[Internet] 2014 [Consultado 21 octubre 2016]; 22(44): p. 64-90. Disponible URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572014000200003&lng=es&nrm=iso
25. Pérez O, Estrella D. *Percepción de la imagen corporal y prácticas alimentarias entre indígenas Mayas de Yucatán, México*. Rev. Chi. Nut. [Internet] 2014 [18octubre 2016]; 41(4). Disponible URL:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182014000400006

26. Hernandez V, Marin A, Medina A, Santana A, Ordoñez M. *Percepciones sociales sobre la alimentación y negociación cultural deficiente en las recomendaciones dietéticas dirigidas a madres con hijos menores de cinco años que presentan desnutrición*. Ciencia y Humanismo en la Salud. [Internet] 2014 [Consultado: 18 octubre 2016]; 1(2): p. 71-80. Disponible URL: <http://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/21>
27. Pérez R, Romero S. *La comida, los significados y los espacios de comensalidad en mujeres de la costa de Oaxaca*. Caderno Espaço Feminino. 2008; 16(32): p. 99-111. Disponible URL: <http://www.seer.ufu.br/index.php/nequem/article/download/2138/1746>.
28. Organización Panamericana de la Salud. *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. [Internet] 2008 [2 octubre 2016]. Disponible URL: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31302.pdf>
29. Sánchez H. *Lo urbano-rural en el estudio de los procesos territoriales*. En VII Congreso Latinoamericano de Sociología Rural [Internet] 2006 [Consultado: 16 octubre 2016]; Ecuador. Disponible URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062014000100007
30. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *Declaración de México sobre las políticas culturales*. En Conferencia mundial sobre las políticas culturales [Internet] 26 de julio - 6 de agosto de 1982 [Citado: 25 septiembre 2016]; México. Disponible URL: http://portal.unesco.org/culture/es/files/35197/11919413801mexico_sp.pdf/mexico_sp.pdf
31. Pech C, Rizo M. *Interculturalidad: miradas críticas*. Bellaterra. Universidad de Barcelona. 2014: p. 8.
32. Hernandez R. *Sobre los sentidos de "multiculturalismo" e "interculturalismo"*. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal [Internet] 2017 [Consultado: 11 octubre 2016] 3(2): p. 429-444. Disponible URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46130212>
33. Almaguer JA, Vargas V, García H. *Interculturalidad en salud: Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. Tercera ed. México: Biblioteca Mexicana del conocimiento; [Internet] 2014 [Consultado: 18 octubre 2016]. Disponible URL:

<http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/MedicinaTradicional/InterculturalidadSalud.pdf>

34. Tripp-Reimer C, Skemp L, Enslein J. *Cultural Barriers to Care: Inverting the problem*. Diabetes Spectrum. [Internet] 2001 [Consultado: 1 noviembre 2016]; 14(1): p. 13-18.
35. Comisión Nacional para el Desarrollo de indígenas. *Indicadores sociodemográficos de la población indígena* [Internet] 2006 [Citado: 1 noviembre 2016]. Disponible URL: http://www.cdi.gob.mx/cedulas/sintesis_resultados_2005.pdf
36. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [Online]. [cited 2016 octubre 27]. Disponible URL: [http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/glosario/default.aspx?t=medu10&e=00&i=.](http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/glosario/default.aspx?t=medu10&e=00&i=)
37. Alarcón AM, Vidal A, Neira Rosas. *Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales*. Rev. Méd. Chile. [Internet] 2003 [Consultado: 21 octubre 2016]; 131(9): p. 1061-1065. Disponible URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014
38. Fowkes W, Berlin E. *A Teaching Framework for Cross-cultural Health Care Application in Family Practice*. West J Med. [Internet] 1993 [Consultado: 21 octubre 2016]; 139(6): p. 934-938. Disponible URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1011028/pdf/westjmed00196-0164.pdf>
39. Aguirre G. *Antropología médica: sus desarrollos teóricos en México*. Fondo de Cultura Económica. 1996.
40. Sen G, Asha G, Ostlin P. *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud. Un análisis de la investigación y las políticas* Salud OMDI, editor: Harvard Center for Population and Development Studies- Organización Panamericana de la Salud; [Internet] 2005 [Consultado: 27 enero 2017]. Disponible URL: http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/PO_14_entire_book.pdf
41. Hernández V, López M, Cabrera Z. *Interculturalidad y barreras socioculturales para una dieta adecuada en hogares de Yucatán*. Ciencia y Humanismo en la Salud. [Internet] 2015 [Consultado: 18 octubre 2016]; 2(2): p. 64-75. Disponible URL: <http://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/41/2%282%29%20Original%20003>

42. Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción*. En: PRomocion para la salud sexual. [Internet] 2000 [Citado: 27 octubre 2016]; Guatemala. p. 6. Disponible URL: [http://www.e-sanitas.edu.co/Diplomados/VIH/Modulo%201/lecturas/Promocion de Salud Sexual%20OMS%202000.pdf](http://www.e-sanitas.edu.co/Diplomados/VIH/Modulo%201/lecturas/Promocion%20de%20Salud%20Sexual%20OMS%202000.pdf)
43. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura. *Plan de acción sobre género y desarrollo*. [Internet] 2003 [Citado: 21 octubre 2016]. Disponible URL: <http://www.fao.org/docrep/005/y3969s/y3969s03.htm>
44. Flandrin JL, Montanari M. *Historia de la alimentación*. 2nd ed. España: Trea; 2011. Disponible URL: <https://ddd.uab.cat/pub/manuscripts/02132397n6/02132397n6p7.pdf>
45. Pérez R, Vega A, Romero G. *Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿una nueva percepción del cuerpo?* Salud Publica de México. [Internet] 2007 [Consultado: 23 octubre 2016]; 49(1): p. 52-61. Disponible URL: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n1/a08v49n1.pdf>
46. Parra D. *La comida: ¿lugar de encuentro entre disciplinas científicas?* Estudio sobre las Culturas Contemporáneas [Internet] 2001 [Consulatdo: 25 octubre 2016]; 7(13): p. 141-146. Disponible URL: <http://www.redalyc.org/pdf/316/31601307.pdf>
47. Espeitx E. *La alimentación humana como objeto de estudio para la antropología: posibilidades y limitaciones*. Revista Internacional de Ciencias Sociales [Octubre] 1999 [Consultado: 25 octubre 2016];(19): p. 137-148. Disponible URL: <http://revistas.um.es/areas/article/view/144821>
48. Delgado Salazar R. *Comida y cultura: identidad y significado en el mundo Contemporáneo*. Estudios de Asia y África. [Internet] 2001 [Comsulatdo: 23octubre 2016]; 36(1): p. 83-100. Disponible URL: <http://www.redalyc.org/pdf/586/58636104.pdf>
49. Centro Nacional de Equidad de Género Reproductiva. *Guía para La Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud*. Gobierno Federal Salud. [Internet] 2010 [Consulatdi: 20 octubre 2016]; p. 17-20. Disponible URL: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/GUIA PE RSPECTIVA GENERO ssa.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/GUIA_PE RSPECTIVA GENERO ssa.pdf)
50. Lerin S. *Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social*. Desacatos. Revista de antropología social. [Internet]2004 [Citado: 12 octubre 2016];(15):

p. 111-125. Disponible URL:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-92742004000200007&lng=es&tlng=es.

51. Salaverry O. *Interculturalidad en Salud*. Rev. Per. Med. Experimental y Salud Publica. [Internet] 2010 [Consultado: 23 octubre 2016]; 27(1): p. 80-93. Disponible URL: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v27n1/a13v27n1.pdf>
52. Edición Oficial del Gobierno de Yucatán. Enciclopedia Yucatanense Yucatán: Gobierno Oficial de Yucatán ;[Internet] 1977 [Citado: 8 agosto 2018].
53. Pita S, Pértegas S. *Investigación cuantitativa y cualitativa*. Cuadernos de atención primaria. [Internet]2002 [Citadi: 25v octubre 2016]; 9: p. 76-78. Disponible URL: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali.asp#diferencias
54. Mendieta G. *Informantes y muestreo en investigación cualitativa*. Investigaciones Andina. [Internet] 2015 [Citado: 10 junio 2017]; 17(30): p. 1148-1150. Disponible URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239035878001>
55. Martínez-Salgado C. *El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias*. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2012 [Consulatdo: 10 junio 1017]; 17(3): p. 613-619. Diponible URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300006&lng=en.
56. Castillo E, Vásquez L. *El rigor metodológico en la investigación cualitativa*. Colombia Médica. [Internet] 2003 [Consulatdi: 16 junio 2017]; 34(3): p. 164-167. Disponible URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>
57. Cuesta C. *La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa*. Enferm Clínica. [Internet] 2011 [Citado: 11 junio 2017]; 21(1): p. 163-7. Dsiponible URL: www.elsevier.es/enfermeriaclinica
58. Mejía J. *El muestreo en la investigacon cualitativa*. Investigaciones Sociales. [Internet] 2000 [Citado: 12 junio 2018]; 4(5): p. 165-176. Disponible URL: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/viewFile/6851/6062>
59. Instituto para la atención de los adultos mayores en la Ciudad de México. [Internet]. [Citado: enero 6 2018]. Disponible URL: <http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor>.

60. Hernandez R, Fernandez C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. 4th ed. México: McGrawHill Interamericana ; 2006.
61. Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Resultados Nacionales* [Internet] 2012 [22 septiembre 2016]. Disponible URL: http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales14Nov.pdf
62. Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Ciudad de México [Internet] 2018 [Citado: 2018 enero 12. Disponible URL: <http://www.iaam.cdmx.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor>.
63. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. *Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño. Patrones de Crecimiento del Niño de la OMS*. Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo. [Internet] 2008 [Citado: 30 octubre 2016]; p. 14. Disponible URL: http://www.who.int/childgrowth/training/c_interpretando.pdf
64. Lohman T. *Anthropometric standardization reference manual*. Champaign; 1988.
65. Díaz L, Torruco U, Martínez M, Varela M. *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. Investigación en Educación Médica. [Internet] 2013 [Consultado: 13 junio 2017]; 2(7): p. 162-167. Disponible URL: http://ac.els-cdn.com/S2007505713727066/1-s2.0-S2007505713727066-main.pdf?_tid=8b4f2b08-50a9-11e7-b2dc-0000aacb360&acdnat=1497407657_ecf0e07a789d147f4b8831fc9b223b51
66. Canales M. *Metodologías de la investigación social*. Primera ed. Santiago: LOM Ediciones; [Internet] 2006 [Consultado: 13 junio 2017]. Disponible URL <http://www.galeon.com/alpuche932/metodo1.pdf>
67. Romo M, Castillo C. *Metodologías de las Ciencias Sociales aplicadas al estudio de la nutrición*. Rev. Chil de Nutrición. [Internet] 2002 [Citado: 13 junio 2017]; 29(1): p. 14-22. Disponible URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182002000100003&script=sci_arttext
68. Ruiz JI. *Metodología de la investigación cualitativa*. 5th ed. Bilbao: Deusto; [Internet] 2012 [Citado: 1 julio 2017].
69. Ferrari AM. *Estimación de la Ingesta por Recordatorio de 24 Horas*. La Revista Científica de Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas [Internet] 2013 [Citado: 27 octubre 2017]; 31(143): p. 20-24. Disponible URL: <http://www.scielo.org.ar/pdf/diaeta/v31n143/v31n143a04.pdf>

70. Morón C. *Métodos de Evaluación Dietética*. Food and Agriculture Organization of the United States. [Online]. Santiago; 1997 [Citado: 2017 julio 11]. Available from: <http://www.fao.org/docrep/010/ah833s/Ah833s12.htm>.
71. Alfaro N, Coto J, Lima S. *Manual de instrumentos de evaluación dietética*. Primera ed. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, editor. Guatemala: [Internet] 2006 [Citado: 13 junio 2017]. Disponible URL: http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones/doc_view/77-manual-de-instrumentos-de-evaluacion-dietetica
72. Krebs S, Pannucci R, Subar A, Kirkpatrick S, Lerman J, Tooze J, et al. *Update of the Healthy Eating Index: HEI-2015*. Academy of Nutrition and Dietetics. [Internet] 2018 [Citado: 20 agosto 2018]. Disponible URL: <https://health.gov/dietaryguidelines/2015/>
73. Guenther P, Reedy J, Krebs S. *Development of the Healthy Eating Index-2005*. Journal of the American Dietetic Association. [Internet] 2008 [Consultado: 1 mayo 2017]; 108(11): p. 1896-1901. Disponible URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18954580>
74. Norte N, Ortiz M. *Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable*. Nutr Hosp. [Internet] 2011 [Consultado: 1 mayo 2017]; 26(2): p. 330-336. Disponible URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000200014
75. Muñoz J, Cordoba J, Valle D. *El índice de alimentación saludable de estudiantes de nuevo ingreso a una universidad de México*. Nutr Hosp [Internet] 2015 [Consultado: 2 mayo 2017]; 31(4): p. 1582-1588. Disponible UL: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n4/17originalsindromemetabolico04.pdf>
76. González G, Puga R, Quintero G. *Índice de alimentación saludable en mujeres adolescentes de Morelos, México*. Rev Esp Nutr Comunitaria. [Internet] 2012 [Consultado: 20 mayo 2018];(1): Noviembre; 18(1): p. 12-18. Disponible URL: http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/Nutr_1-2012_art%202.pdf
77. Matas A. *Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión*. Revista Electrónica de Investigación Educativa. [Internet] 2018 [Consultado: 20 mayo 2017]; 20(1): p. 38-47. Disponible: <https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347>
78. Norma Oficial Mexicana. Diario Oficial de la Federación. [Internet] 2012 [Citado: 2018 mayo 22]. Disponible URL: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5259329&fecha=13/07/2012.

79. Banos O. *La modernidad rural mexicana a fines de milenio: el caso del Yucatan Yucatán*: Universidad Autónoma de Yucatán [Internet] 2001 [Citado: 12 septiembre 2018]. Disponible URL: <http://catalog.ihnsn.org/index.php/citations/35551>
80. Confederación Nacional de Productores Agrícolas de Maíz de México y asociación Nacional de Empresas Comercializadoras. *Maíz: soberanía y seguridad alimentaria*. Rumbo Rural. [Internet] 2006 [Consultado: 11 octubre 2018]; 2(4): p. 76-81.
81. Perez R, García M. *Mujeres (in)visibles: género, alimentación y salud en comunidades rurales de Oaxaca*. Tarragona: Publicaciones URV; [Internet] 2013 [10 octubre 2018];p. 41-73. <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/download/58/46/117-1?inline=1>
82. Bertran M. *Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México*. Revista de Saúde Coletiva. [Internet] 2010 [Consultado: 12 octubre 2018]; 10(2): p. 387-411. Disponible URL: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a04v20n2.pdf>
83. Bertran M. *Domesticar la globalización: alimentación y cultura en la urbanización de una zona rural en México*. An. Antropo. [Internet] 2017 [Consultado: 13 octubre 2018]; 51(2): p. 123-130. Disponible URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0185122517300164>
84. Gutiérrez MG, Magaña MÁ. *Migración e influencia urbana en el consumo de alimentos en dos comunidades Mayas de Yucatán*. Estudios sociales. [Internet] 2017 [Citado: 26septiembre 2018]; 27(50). Disponible URL: <http://www.scielo.org.mx/pdf/estsoc/v27n50/0188-4557-estsoc-27-50-00005.pdf>
85. Pérez O, Nazar A, Pérez S, Castillo M. *Percepciones alimentarias en personas indígenas adultas de dos comunidades mayas*. Rev Esp Nutr Comunitaria. [Internet] 2012 [Citado: 12 octubre 2018]; 18(2): p. 103-114. Disponible URL: http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC%202012-2_art%206.pdf
86. Ratner R, Hernández P, Martel J, Atalah M. *Propuesta de un nuevo índice de calidad global de la alimentación*. Rev Chil Nutr. [Internet] 2017 [Ciatdo: 11 octubre 2018]; 44(1): p. 33-38. Disponible URL: 10.4067/S0717-75182017000100005
87. Bray G. *The epidemic of obesity and changes in food intake: the Fluoride Hypothesis*. Physiology & Behavior. [Internet] 2014 [Citado: 10 octubre 2018];

82(1): p. 115-121. Disponible URL:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031938404001830>

88. Cruz M, Tuñón E, Villaseñor M, Álvarez G, Nigh N. *Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas Chontales de Tabasco, México*. Población y Salud en Mesoamérica [Internet] 2012 [Citado: 10 octubre 2018]; 9(2). Disponible URL: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>
89. Asián R, Pasos R. *Sobrepeso y Obesidad en Comunidades Indígenas Mayas*. Revista de Estudios Regionales. [Internet] 2017 [Citado 10 octubre 2018];(109): p. 139-163. Disponible URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=75552738006>
90. Ochoa T. Alimentación y diferenciación social: el caso de una comunidad en México. Rev. int. cienc. soc. interdiscip [Internet] 2013 [Citado: 1 octubre 2018]; 2(1): p. 9-20. Disponible URL: <https://journals.epistemopolis.org/index.php/csociales/article/view/1227/785>
91. Escolar A, Córdoba J, Goicolea J, Santos V, Mayoral E, et al. *El efecto del estado civil sobre las desigualdades sociales y de género en la mortalidad por diabetes mellitus en Andalucía*. Endocrinol Diabetes Nutr. [Internet] 2018 [Consultado: 11 octubre 2018]; 65(1): p. 21-19. Disponible URL: <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2017.10.006>
92. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ. *Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género*. Gac Sanit. [Internet] 2008 [Citado: 8 octubre 2018]; 22(5): p. 443-50. Disponible URL: <https://doi.org/10.1157/13126925>
93. Iniesta E, Martínez M, Becerra A, Gómez A. *Estrés en cuidadores primarios informales de pacientes geriátricos: un estudio descriptivo*. J Behav Med. [Internet] 2018 [Citado: 12 octubre 2018]; 8(2): p. 27-34. Disponible URL: <http://revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/67379>
94. Incháustegui T, Ugalde Y. *Materiales y herramientas conceptuales para la transversalidad de Género*. México: Instituto Nacional de las Mujeres; [Internet] 2005 [Consultado: 7 octubre 2018]. Disponible URL: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/21672/1/36_manual_transversalidad_tere_y_yamileth.pdf
95. Casas D, Cunha C, Rodríguez A, Contreras G, Landgrave , Maya M. *Representaciones sociales de la dieta en pacientes con obesidad: caso internacional México (Chalco) / Brasil (Aracaju). Parte II*. Archivos de Investigación Materno Infantil. [Internet] 2015 [Consultado: 2 octubre 2018];

7(2): p. 77-84. Disponible URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2015/imi152e.pdf>

96. Pérez-Gil R , Romero G. *Imagen corporal en mujeres rurales de la Sierra Juárez y la costa de Oaxaca: una aproximación nutrio-antropológica*. *Estud Soc* [Internet] 2008 [Consultado: 23 septiembre 2018]; 16(32): p. 79-111. Disponible URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572008000200003&lng=es&tlng=es.
97. Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo. *Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica*. *Género y derecho*. [Internet] 2004 [Consultado: 27 octubre 2018];(9).

XII. ANEXOS

12.1. Cuestionario de entrevista semiestructuradas

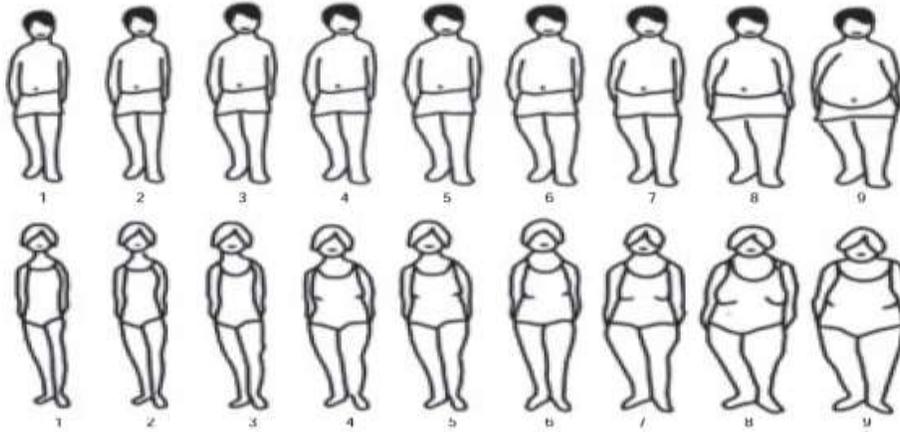
Cuestionario general

Primero se llevará a cabo la presentación del entrevistador, en caso de querer participar en el estudio, se solicitará el permiso de grabar la entrevista, así como la oportunidad de regresar en caso de ser necesario.

1. *¿Tiene huerto, milpa, solar o traspatio?*
2. *¿Qué alimentos cosechan en su hogar/huerto/milpa?*
3. *¿Lo consumen? Y los que no, ¿Por qué no los consumen?*
4. *¿Su familia sembraba antes? ¿Por qué lo han dejado de hacer?*
5. *¿Crían animales? ¿cuáles? ¿Los consumen? Y los que no, ¿Por qué no los consumen? ¿Su familia criaba animales antes? ¿Por qué ha dejado de hacerlo?*
6. *¿En qué lugares consiguen sus alimentos? ¿Qué alimentos compran?*
7. *¿Lo que comía antes, cuando era niño es diferente a lo de ahora?
¿Cómo?*
8. *¿Cuál considera que es la mejor? ¿Por qué?*
9. *¿Los momentos de comida familiar son iguales que cuando era niña?
¿Todos comían juntos?*
10. *¿Cómo han cambiado? ¿Cree que han mejorado?*
11. *¿Cuáles creen que son mejores alimentos frescos o productos industrializados? ¿Por qué?*
12. *¿Hacen intercambios de alimentos en la comunidad?*
13. *¿Reciben alguna despensa o ayuda de alguien? ¿Con qué alimentos les apoyan? ¿Por qué motivo cuentan con el apoyo de despensa?*
14. *¿Quién toma la decisión de lo que se va a cocinar en la casa? ¿Cómo lo decide?*
15. *¿Quién se encarga de conseguir los alimentos?*
16. *¿Tiene acceso a todos los alimentos? - ¿Le alcanza el dinero para la comida?*

17. *¿Tiene disponibilidad de todos los alimentos? (es decir, que tan fácil o difícil es conseguir los alimentos)*
18. *¿Tienen horarios para sus comidas? ¿comen todos juntos? ¿Dónde comen?*
19. *¿Quiénes comen solos? ¿Por qué?*
20. *¿Alguien come fuera del hogar? ¿Por qué?*
21. *En las celebraciones del pueblo ¿Qué alimentos acostumbran comer? (bautizos, bodas, fiesta del pueblo...)*
22. *¿Cómo se organizan para comer? ¿Qué tareas tienen los miembros de la familia entorno a la alimentación? -Actividades de: Papá, Mamá, Niños, Niñas ¿Por qué hacen esas actividades? ¿Quién sirve la comida? ¿A quién le sirven primero? ¿A todos les sirven por igual? ¿Las cantidades varían? ¿Por qué?*
23. *¿Cómo distribuye los alimentos a los miembros de la familia? ¿Partes iguales o alguien come más? ¿Por qué?*
24. *¿Un hombre come los mismos (tipos) alimentos que las mujeres? ¿Por ser hombre/mujer debe comer un alimento en especial? ¿Por qué?*
25. *¿Cuándo usted se enferma, a quién acude?*
26. *Cuando era niña, ¿sus familiares a quién acudían cuando se enfermaban?*
27. *¿Usan algún remedio casero para alguna enfermedad?*
28. *¿Cuándo están enfermos que tipo alimentos les preparan? Y en los estados de: -Embarazadas, Posparto, Menstruación*
29. *¿De los alimentos que te recomendó el personal de salud al momento de estar enfermo, consideras que son adecuados para ti? ¿Por qué? ¿Le gusta a tu familia estos alimentos?*
30. *¿Cómo sabes que un alimento es saludable?*
31. *¿Qué alimentos consideran que no son buenos para la salud?*
32. *¿Hay algún alimento que no consumas por la mañana? ¿Por qué?*
33. *¿Hay algún alimento que evites por la noche? ¿Por qué?*

¿Te sientes feliz con tu cuerpo? ¿Te gustaría cambiar la silueta de cuerpo? ¿alguna vez alguien de tu familia te ha pedido que pierdas/ ganes peso? ¿Has hecho alguna vez para bajar/ ganar peso? De las 9 siluetas ¿Cuál crees que se asemeja a tu silueta? ¿cuáles consideras inadecuada? ¿cuál consideras la ideal



12.2. Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE MEDICINA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: _____

I. Ficha de Identificación:

Nombre:	Sexo:
Edad:	Fecha de nacimiento:
Estado civil:	Lugar de nacimiento:
Ocupación:	En qué horario trabaja:

II. Formato de Recordatorio de 24 hrs

Tiempo y hora de comida	Lugar	Platillo	Ingredientes	Cantidad

III. Índice de Masa Corporal

Peso _____

Talla _____

IMC _____

IV. Frecuencia de consumo

Se le pregunta al entrevistado respecto al consumo habitual de alimentos. Señor (a), piense en los alimentos y bebidas que ha consumido de manera habitual en el último año. En el caso de frutas, verduras y otros productos de consumo estacional piense en su consumo en esa estación del año. Para asegurarse de la comprensión de los componentes de los grupos de alimentos se realizarán preguntas y se apoyará de un ejemplar del “Plato del Bien Comer Maya”. *¿Qué alimentos consume del grupo _____? ¿Con qué frecuencia los consume en promedio?*

Grupo	¿Las come? Si/No		Si la respuesta es “SI”		
	Si	No	Veces/ día	Veces/ semana	Veces/ mes
	1	2			
Verduras					
Lista de verduras frecuentes					
Frutas					
Lista de frutas frecuentes					
Cereales					
Lista de cereales frecuentes					
Leguminosas					
Lista de leguminosas frecuentes					
Lacteos y derivados					
Alimentos de Origen Animal					
Lista de alimentos de origen animal frecuentes					

12.3. Carta de consentimiento informado

La M en C. Zulema Morayma Cabrera Araujo, profesora de la Universidad Autónoma de Yucatán, me invitan a participar en el estudio “EL PLATO DEL BIEN COMER MAYA Y REVITALIZACIÓN DEL PATRIMONIO CULTURAL PARA LA SEGURIDAD ALIMENTARIA”.

El objetivo del estudio es modificar indicadores importantes de la seguridad alimentaria (dieta, índice de masa corporal, hemoglobina y producción de alimentos) en comunidades tradicionales de Yucatán a través de la negociación intercultural efectiva y la revitalización de saberes, patrones culturales y recursos naturales del pueblo maya.

La investigación se llevará a cabo de enero de 2017 a diciembre del 2018 y consistirá en lo siguiente:

- Talleres educativos y de participación.
- Al inicio y al final de la intervención se realizarán algunas entrevistas y cuestionarios para conocer acerca de su alimentación. También se les tomarán medidas antropométricas: peso, talla, composición corporal. Además, se tomarán muestras de gotas de sangre del dedo al inicio y al final de la intervención para conocer los niveles de hemoglobina de las personas en el estudio.

La investigación está siendo financiada por la Universidad Autónoma de Yucatán.

Causas de inclusión y exclusión

El programa está abierto a familias personas adultas de las comunidades de Cosgaya y Cuncunul. Se excluirán las personas que tengan alguna enfermedad mental diagnosticada ya que sería un impedimento para seguirlo.

Difusión de resultados

Los resultados generales del estudio se les darán a conocer a todos los participantes en el mes de abril del 2018 a través de un cartel que se pegará en las comunidades a la vista del público en general. Los resultados individuales de los

análisis de sangre y medidas antropométricas se les darán de manera personal en formato escrito. Los resultados se publicarán en documentos científicos sin revelar la identidad de las personas.

Beneficios de participar en el estudio:

- El participar en el estudio no implica ningún costo para usted ya que tanto las sesiones educativas, las de activación física y todos los análisis y mediciones que se le realicen serán completamente gratuitas.
- Las sesiones y talleres serán impartidas por personas expertas.

Riesgos de participar en el estudio:

- El participar en las sesiones y talleres no implica riesgo para la salud.
- Al realizar actividad física se corre un riesgo de lesiones, es importante seguir las indicaciones del instructor, así como avisar al entrenador de cualquier enfermedad, alteración o síntoma físico previamente a realizar los ejercicios.

Tratamientos alternativos

- El presente proyecto no se contrapone con su tratamiento médico habitual prescrito en su institución de salud o médico particular e inclusive busca incrementar el apego a éste.

Por favor si tiene alguna duda respecto al estudio, pregúntenos y con mucho gusto le daremos la información que solicita.

Yo, _____

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con la M en C. Zulema Cabrera Araujo, quienes son responsables de aclararme mis preguntas e inquietudes.

Entiendo que la participación es voluntaria.

Entiendo que puedo abandonar el estudio:

- Cuando lo desee.
- Sin que tenga que dar explicaciones.
- Sin que ello afecte a mis cuidados médicos.

Me informaron que los datos que estoy proporcionando serán resguardados y no serán dados a conocer en ningún momento a ninguna persona ajena al equipo del estudio y que en todo momento se protegerá mi identidad y se respetará mi intimidad. Los datos se protegerán de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales del IFAI.

Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento y no lo otorgo en este acto.

Doy mi consentimiento sólo para la extracción necesaria en la investigación de la que se me ha informado y para que sean utilizadas las muestras de sangre exclusivamente en ella, sin posibilidad de compartir o ceder éstas, en todo o en parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto al de esta investigación o para cualquier otro fin.

Entiendo que los resultados serán publicados en documentos científicos pero nuestra identidad como personas no será revelada.

He sido informado que el estudio no tendrá ningún costo para mí así como tampoco recibiré una retribución económica por participar en el estudio.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA EDUCACIÓN EN DIABETES, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre del participante: _____

Dirección de contacto y teléfono:

Firma: _____

Fecha: _____

Dirección de contacto y teléfono del investigador responsable de la investigación y tratamiento de los datos:

LN. Leydi Montero Quijano

Facultad de Medicina, Universidad

Av. Itzáes 498 Centro, CP 97000

Mérida, Yucatán

(999) 1528257

Firma:

Fecha:

Firma:

Fecha:

Nombre y firma del primer testigo

Fecha

(Dirección y relación con el participante)

Nombre y firma del segundo testigo

Fecha

(Dirección y relación con el participante)

12.4. Propuesta de Instrumento Escala Likert



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE MEDICINA



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrucciones: señala la carita que mejor represente su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones: Fecha:

Indicador	Ítem	Observación		
		De acuerdo 	Neutral 	Desacuerdo 
Barreas culturales	Selección			
	<i>Sembrar y criar animales es difícil de realizar en mi comunidad por falta de espacio.</i>			
	<i>Sembrar y criar animales no es de mi agrado por eso no lo hago.</i>			
	<i>La gente ha dejado de sembrar por falta de tiempo.</i>			
	<i>Las recomendaciones de alimentación del doctor son difíciles de cumplir porque no las entiendo.</i>			
	<i>Las recomendaciones de alimentación del doctor son difíciles de cumplir porque son muy costosas para mí.</i>			

	Distribución	<i>Mi alimentación actual es mejor que antes.</i>			
		<i>Mi alimentación antes era mejor que ahora.</i>			
		<i>En ocasiones la comida no es suficiente para toda la familia.</i>			
	Consumo	<i>Compro solo los alimentos que puedo pagar.</i>			
		<i>Compro los alimentos que son importantes para la salud.</i>			
		<i>Cuando no como carne, siento que no es suficiente.</i>			
		<i>Me gustan más los platillos fritos que los preparados a la plancha.</i>			
		<i>El frijol y maíz son la base de mi alimentación.</i>			
<i>La alimentación actual es mejor porque podemos comer cosas que antes no.</i>					
<i>Alguna vez me he ido a dormir con hambre.</i>					
		<i>Me gusta más la comida rápida (la que venden preparada) que la casera.</i>			
Barreas de género	Selección	<i>Cuido la alimentación de mi propia familia y otros miembros, por eso no me alcanza el dinero.</i>			
		<i>Tengo que cuidar a mi propia familia y otros adultos mayores, por eso me canso mucho.</i>			
		<i>Mi esposo me da dinero para la comida.</i>			
		<i>Mi esposo me ayuda a cocinar y labores del hogar.</i>			
		<i>Dependo de otras personas para conseguir mis alimentos.</i>			
	Consumo	<i>Quisiera ser más delgado y por eso a veces no como algunos alimentos.</i>			
		<i>Quisiera ser más delgado y por eso a veces me quedé con hambre.</i>			
		<i>Las personas delgadas son más saludables.</i>			
<i>Las personas delgadas son más atractivas.</i>					
Otras	Otros	<i>Conseguir alimentos en mi comunidad es difícil porque no hay.</i>			
		<i>Conseguir alimentos fuera de mi comunidad es difícil porque es costoso.</i>			

12.5. Lista de alimentos traspatio y número de casas en las se encuentran.

Frutas	No. De casas	Verduras y leguminosas	No. De casas	Condimentos	No. De casas	Animales	No. De casas
Guayaba	2	Chaya	2	Epazote	3	Gallinas	3
Caimito	3	Chile habanero	5	Cilantro	3	Conejos	3
Limón	12	Pepino	3	Albahaca	1	Patos	1
Mango	10	Calabaza	2	Yerbabuena	1	Pavos	1
Zaramuyo	5	Jitomate	4	Cebollina	1		
Naranja	13	Chile verde	1				
Naranja agria	11	Frijol	1				
Papaya	4	Chile max	4				
Coco	9	Cebolla	2				
Tamarindo	3						
Ciruella	8						
Plátano	7						
Sandía	2						
Mandarina	2						
Zapote	6						
Grosella	1						
Mamey	1						
Granada	1						
Pitahaya	1						
Aguacate	2						
Guanábana	3						
Guaya	7						
Ciricote	1						
Nance	3						