

Pedagogías del sabor

Un abordaje de investigación y acción
comunitaria para la alimentación
saludable y el autocuidado



Azucena Ojeda Sánchez
(Coordinadora)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Pedagogías del sabor

Un abordaje de investigación y acción
comunitaria para la alimentación
saludable y el autocuidado



Azucena Ojeda Sánchez
(Coordinadora)

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Datos para catalogación bibliográfica

Autores: Azucena Ojeda Sánchez, María Luisa Ponce López, Brenda Magali Gómez Cruz, Yoalli Gómez Cruz, Caridad Rangel Yepez y Antonio Gómez Rubio.

**Pedagogías del sabor.
Un abordaje de investigación y acción comunitaria
para la alimentación saludable y el autocuidado.**

UNAM, FES Zaragoza, noviembre de 2020.
4.5 MB.
ISBN: 978-607-30-3696-2.

Diseño de portada: Carlos Raziel Leños Castillo.
Diseño y formación de interiores: Israel Alvarez Mundo.

DERECHOS RESERVADOS

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas, electrónicas o mecánicas, incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación de información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del editor.

**Pedagogías del sabor.
Un abordaje de investigación y acción comunitaria para
la alimentación saludable y el autocuidado.**

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México
Av. Universidad # 3000, Col. Universidad Nacional Autónoma de México, C.U.,
Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Av. Guelatao # 66, Col. Ejército de Oriente,
Alcaldía Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México.

Índice

Agradecimientos	v
Acerca de las autoras/autor.....	1
Habitar y saborear el mundo. Una Introducción, Azucena Ojeda Sánchez	7
PRIMERA PARTE.....	15
LOS INGREDIENTES: ANTECEDENTES Y FUNDAMENTOS TEÓRICOS	
Ingredientes elementales para analizar el estado nutricional y alimentario de la población joven mexicana, Yoalli Gómez Cruz.....	17
Determinantes sociales de la obesidad en jóvenes, María Luisa Ponce López	33
Alimentación: un panorama desde la intervención social en México, Azucena Ojeda Sánchez.....	51
El autocuidado de la salud como postura política y posibilidad de resistencia colectiva, Brenda Magali Gómez Cruz.....	65
SEGUNDA PARTE	77
A FUEGO LENTO. PRAXIS, REFLEXIÓN Y ACCIÓN	
Investigación y acción participativa sobre prácticas alimentarias en jóvenes: diálogos en tres tiempos de Intervención, Azucena Ojeda Sánchez.....	79
TERCERA PARTE.....	99
LA SOBREMESA: SABERES Y SABORES DE UNA INTERVENCIÓN	
Sentidos, corporalidad y pedagogías críticas para descolonizar saberes y cuidar de sí, Azucena Ojeda Sánchez	101
El ABC de la participación social: apuntes sobre el trabajo con jóvenes, Caridad Rangel Yepe.....	117
Entre encuentros y desencuentros. Las primeras experiencias que un Promotor de Salud puede enfrentar y algunas reflexiones, Antonio Gómez Rubio	123

Agradecimientos

*A mis amados hijos, Alonso y Rodrigo Tonatiuh, por nutrir de amor,
esperanza y alegría mis días y mis noches.
Ellos me enseñaron a saborear el mundo.*

Este libro es producto del proyecto de investigación PAPIIT IA304417 “Diálogo de saberes y sabores. Investigación-acción en salud para las prácticas alimentarias con y para jóvenes universitarios: aportes para un modelo de *Universidad Saludable*”, en las instalaciones de la FES Zaragoza. En respuesta a problemáticas detectadas en jóvenes universitarias/os, se realizaron distintas acciones, entre ellas esta obra.

Agradezco a la UNAM-DGAPA a través del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), por el financiamiento otorgado a este proyecto.

Agradezco al equipo de investigación: Caridad Rangel Yopez, Yoalli Gómez Cruz y Antonio Gómez Rubio por su pasión y capacidad imaginativa, inventiva y vivificante para producir experiencias distintas en la universidad, por su tiempo y su disposición a emprender esta deliciosa travesía de investigar-reflexionar-transformar-nos e impugnar la realidad social.

La colaboración de jóvenes promotoras/es y pasantes del Programa Universidad Saludable (2016-2018) fue fundamental para realizar este proyecto. Agradecemos su compromiso, trabajo, participación y creatividad que contribuyeron a darle forma a cada estrategia implementada reflejada en este libro. Durante la campaña Nutrirme es pan comido se acercaron estudiantes, docentes, trabajadoras y hasta niñas/os a participar en las actividades, gracias por alimentar esta propuesta. Por último, un sincero agradecimiento al Lic. Raziel Leños Castillo, por su colaboración en el diseño gráfico y edición del libro.

Acerca de las autoras/autor

Azucena Ojeda Sánchez

Doctora en Ciencias Sociales, por la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Maestra en Psicología Social de Grupos e Instituciones por la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Licenciada en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM. Diplomada en “*Medios digitales integrados a estrategias de enseñanza para el aprendizaje*” FES Zaragoza (2018), en “*Salud Pública*” por EP de México (2017), en “*Administración de la Práctica Profesional en Salud*” UNAM (2004). Profesora Asociada C Tiempo Completo en el área de epidemiología de la carrera de Médico Cirujano de la FES Zaragoza.

María Luisa Ponce López

Médica Cirujana. Especialidad en Medicina Familiar en el IMSS, Maestría en Enseñanza Superior en la UNAM. Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la UAM Unidad Xochimilco. Diplomada en investigación clínica epidemiológica, gerontología, obesidad y nutrición. Educadora en diabetes por la FMD. Profesora Investigadora de Tiempo Completo en el área de epidemiología en la carrera de Médico Cirujano de la FES Zaragoza. UNAM.

Brenda Magali Gómez Cruz

Doctora y Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Se formó en tres diplomados: Desafíos del feminismo en América Latina (CEIICH, UNAM), en Derechos Humanos (Centro de Derechos Humanos Fray Francisco de Vitoria) y Medios Digitales integrados a estrategias de enseñanza para el aprendizaje (FES Zaragoza, UNAM). Profesora en la carrera de Psicología y Enfermería de la FES Zaragoza (UNAM), Profesora en la Carrera de Promoción de la Salud, UACM.

Yoalli Gómez Cruz

Licenciada en Nutrición Humana de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X). Actualmente estudiante de la Maestría en Medicina Social, becada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, (UAM.X). Académica en el departamento de “Atención a la Salud” de la (UAM-X en el laboratorio de Biología Celular e Inmunología). Participación en la investigación e intervención en el proyecto PAPIIT y “*NUTRIRME ES PAN COMIDO*” Campaña de sensibilización para el fomento de buenas prácticas alimentarias en la FES Zaragoza.

Caridad Rangel Yopez

Licenciada en Odontología y Estudiante de la Maestría en Administración de Servicios de Salud por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Académica del Diplomado “Formación de Estudiantes Universitarios como Promotores de Salud” e integrante del Programa de Universidad Promotora de Salud de la FES Zaragoza. Participación en la investigación e intervención en el proyecto PAPIIT y “*NUTRIRME ES PAN COMIDO*” para el fomento de buenas prácticas alimentarias en la FES Zaragoza.

Antonio Gómez Rubio

Actualmente cursando el tercer año de la Licenciatura en Médico Cirujano en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Egresado de los Diplomados “Formación de Estudiantes Universitarios como Promotores de Salud” y “Formación de Técnicos en Atención Médica Pre-hospitalaria según la NOM-034-SSA3-2013”. Participación en la investigación e intervención en el proyecto PAPIIT y “*NUTRIRME ES PAN COMIDO*”.

Son cosas chiquitas. No acaban con la pobreza, no nos sacan del subdesarrollo, no socializan los medios de producción y de cambio, no expropián las cuevas de Alí Babá. Pero quizá desencadenen la alegría de hacer, y la traduzcan en actos. Y al fin y al cabo, actuar sobre la realidad y cambiarla, aunque sea un poquito, es la única manera de probar que la realidad es transformable.

Memoria del fuego, Eduardo Galeano



Habitar y saborear el mundo

Una introducción

Azucena Ojeda Sánchez

“La velocidad, a mi parecer, proporciona el único placer genuinamente moderno”

Aldoux Huxley

Vivir es percibir el mundo con los sentidos. A cada instante estamos expuestos a estímulos sensoriales como ver, oír, tocar, oler, saborear, con lo cual producimos metáforas (frases cotidianas como “costó un ojo de la cara”, “me suena bien”, “me dejó un buen sabor de boca”, “el mundo apesta”, “tocar su alma”, “sentí su energía”, aluden a formas de interpretar contextos específicos a través de los sentidos), y con ello, creencias, normas, valores, historias, modos de vida, esto es, son dinamizadores culturales. Así, las experiencias constituyen mediaciones itinerantes en un espacio-tiempo determinado que se dan en las relaciones del estar-en-el-mundo de los sujetos (Scribano, 2008). Se trata de una relación dialógica entre el yo y los otros que configuran abstracciones de la percepción, la emoción, las formas de ser, hacer y saber de cada sujeto en su cotidianidad. El antropólogo francés David Le Breton (2007), dice al respecto que la percepción del mundo que nos rodea, es el resultado de una educación culturalmente codificada y de una experiencia personal única. Por tanto, los sentidos producen en nuestra subjetividad, un mapa del mundo.

De todos los sentidos, acá nos detendremos en el gusto. A decir de Le Breton (2007), el gusto es un “objeto sensorial total” debido a las numerosas sensaciones gustativas y táctiles que provoca: “el gusto por la alimentación, la percepción del alimento en boca, es una conjunción sensorial que mezcla el aroma de los alimentos con su tactilidad, su temperatura, su consistencia, su apariencia, su olor”, pero además se integra su dimensión afectiva con ciertos alimentos. Más aún, los sabores, se subdividen según la clase social, la región, la edad, la raza. Le Breton señala que una forma común de burlarse de otro es a través de su dieta: “Al actuar sobre el cuerpo físico, la sociedad revela un discurso acerca de su funcionamiento global, le da nombre a sus temores y sus fortalezas” (p. 342).

La comida además emerge en un espacio físico y emocional del hogar: “La comida hecha con amor”, “comida de hogar”. La palabra “hogar” viene de fogón, del sitio donde nace el fuego (*de fóculo, fogaje, fogar, fogaril*). Es aquella que nutre, transforma y da sentido a lo íntimo; recrea el servicio básico y amoroso del comedor tradicional (Vélez, 2013). De hecho, la cocina fuera del hogar también contiene un gesto de cuidado y restauración del malestar, nace luego de un cambio social en la dieta en 1765, cuando un cocinero se propuso vender sopas calientes en un local de París anunciadas con un cartel que decía “*venid a mi casa hombres de estómago cansado que yo os restauraré*” y los comensales empezaron a llamar al local como restaurant (Bertone et al., 2013).

Mauss (1980) entendía a la alimentación “como un hecho social total”. Las prácticas alimentarias (qué, cómo, cuándo y con quiénes comer) son reflejo de condiciones históricas y sociales en una trama compleja de relaciones y simbolizaciones (Bertran, 2015). El comer (o no hacerlo) concentra conflicto y poder y esto alude a una política sobre los cuerpos. Estamos ante dos tensiones: un mundo gourmet donde pocos eligen qué comer y la experiencia implica llenarse de sensaciones; y por otro, un mundo de los asistidos alimentarios donde lo importante es “llenar la panza con lo que se pueda”. El que domina los alimentos domina los cuerpos, el que domina la energía domina el mundo, advertía Castro (1955), se trata de una geopolítica del hambre¹ (Kurtz, 2015).

El comer en nuestros días, refiere entonces a un acto situado (tiempo-espacio) que se realiza en compañía o en soledad, y a su vez, remite a los procesos fisiológicos de hambre y saciedad que regulan la ingesta, pero su complejidad deviene de otros factores. Uno de los efectos de la globalización es la predisposición cultural a ciertos productos, entre ellos la comida chatarra. La industria alimentaria ha explotado las “ventajas” de

1 Sabemos que, la alimentación es una aliada imprescindible para mejorar la calidad de vida y foco de un creciente interés para la salud pública, ante los patrones actuales de morbi-mortalidad en el mundo (Food and Agriculture Organization, 2014). Dado el panorama epidemiológico de países en desarrollo con una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, así como las recientes crisis alimentarias y financieras han llevado a los gobiernos a reconocer la seguridad alimentaria y nutricional como elemento central de la estabilidad política. El hambre y la malnutrición muestran el nivel de injusticia y desigualdad en un país.

los productos ultraprocesados para inducirlos a un mundo de sensaciones e hiperconsumo. De acuerdo con García y Bermúdez (2016), hoy por hoy atestiguamos un neocolonialismo mediante los alimentos industrializados (aditivos químicos y agrotóxicos) en detrimento de los alimentos naturales, lo que ha producido la pérdida cultural, el desinterés y rechazo de sabores originarios: “hoy el diseño de productos que impactan los sentidos mediante un sinfín de aditivos con azúcar, sal, grasas y harinas refinadas que inducen la adicción a homogeneizado el gusto de los consumidores” (p. 105).

Este libro es la suma de distintas voces, saberes y experiencias en la educación en salud y/o las prácticas alimentarias, a partir de las problemáticas en jóvenes mexicanas/os. Médicas, nutrióloga, psicólogas y estudiantes universitarias/os, mostramos interés, preocupación y deseo de responder a una realidad social que exige un cambio de paradigma en la salud, hacia formas incluyentes, solidarias y reconociendo que son distintos actores que coadyuvan a la producción de la salud y su fortalecimiento. Su tesis central es invitar a una pedagogía reflexiva-dialogante y a una educación afectiva y participativa.

¿Por qué titular un libro *Pedagogías del sabor*? Un hallazgo central durante la investigación nos abrió un camino epistemológico que inició con las experiencias gustativas.

Al adentrarnos en las vivencias juveniles con la comida, para comprender su carácter cotidiano, simbólico, estético o identitario, y nos dieran pistas para comprender en profundidad sus configuraciones y producir una propuesta de educación en salud; destacó el sabor como el elemento más importante, el que determinaba la elección de los alimentos, por encima del costo y de los aportes nutricionales. Saborear, es un acto tan cotidiano, tan efímero y a la vez tan potente. El sabor, condujo a varias interrogantes entonces, ¿Qué enfoques y qué propuestas se han generado en nuestro país? ¿Qué lugar ocupan los sentidos y lo experiencial, al intervenir en el fomento de la alimentación saludable? Y si esto es escaso, ¿qué procesos y experiencias se pueden generar desde la educación popular? Las pedagogías críticas, además de ser un acto de rebeldía, ¿pueden favorecer praxis de autonomía? Tantas preguntas en el proceso que se fueron desentrañando

de la reflexividad y praxis. Así, una primera conclusión es que se requieren intervenciones psicosociales novedosas donde las sensibilidades y los sentidos, tengan lugar.

Esta obra tan solo da una probadita de otras maneras de pensar-intervenir en la educación para la salud y la resignificación de las prácticas alimentarias. Se integra de tres apartados, en la primera parte se discuten algunos antecedentes y fundamentos teóricos donde distintas especialistas (en Medicina, Nutriología y Psicología Social) aportan líneas de reflexión, inicia con el capítulo de *Ingredientes elementales para analizar el estado nutricional y alimentario de la población joven mexicana*, presentado por Yoalli Gómez centra sus planteamientos en el complejo panorama de alimentación y las vertientes que la componen. Luego, *Determinantes sociales de la obesidad en jóvenes*, desarrollado por María Luisa Ponce López presenta datos de la obesidad desde la salud pública y colectiva. El tercer capítulo *Alimentación: un panorama desde la intervención social en México*, presenta un panorama general de las respuestas desde distintos actores sociales, donde se discuten cuatro perspectivas. Mientras que Brenda Magali Gómez desarrolla, *El autocuidado de la salud como postura política y posibilidad de resistencia colectiva*, para invitarnos a reflexionar sobre la salud desde una postura que se aleja de la visión individualista y biologicista, y más bien como un proceso en que personas y colectividades tienen posibilidades de agencia.

La segunda parte, presenta el quinto capítulo intitulado *Investigación y acción participativa sobre prácticas alimentarias en jóvenes: diálogos en tres tiempos de Intervención*, donde Azucena Ojeda comparte los procesos, resultados y reflexiones de una experiencia desde la educación popular mediante distintos procesos de indagación, escucha, diálogo y acción atendiendo necesidades y problemas de los propios actores involucrados, siendo una estrategia sensible y de impacto en las experiencias personales y colectivas.

En tanto que, la tercera parte muestra los *saberes y sabores de una intervención desde las voces del equipo de investigación*. *Sentidos, corporalidad y pedagogías críticas para descolonizar saberes y cuidar de sí*, plantea distintas reflexiones a partir de la potencia de las pedagogías críticas

como marco teórico-metodológico de cohesión social desde lo simbólico, lo lúdico y vivencial. *Caridad Rangel* presenta en *El ABC de la participación social: apuntes sobre el trabajo con jóvenes*, donde comparte que el vínculo se entreteje en el encuentro y disposiciones con jóvenes. Por último, *Antonio Gómez*, narra en *Entre encuentros y desencuentros. Las primeras experiencias que un Promotor de Salud puede enfrentar y algunas reflexiones*, la riqueza y vicisitudes de participar en el proyecto de educación en salud desde lógicas distintas al modelo hegemónico en medicina.

La presente obra es una invitación a repensar las intervenciones en la alimentación saludable y contribuir desde la investigación-acción. Más allá de una postura ética, es una demanda científica de abordaje e intervención, pues siguiendo a Girola (1992), existe la necesidad de articular en las investigaciones concretas la dimensión estructural y la actividad transformadora de los sujetos sociales. También, adentrarse en la subjetividad y los procesos corporales, emocionales y reflexivos que atraviesan las personas en su autocuidado. Nos invita a apostarle a lo colectivo porque ello, es una apuesta a la vida y al buen vivir.

Referencias

Appadurai, A. (2001). *La modernidad desbordada: Dimensiones culturales de la globalización*. Fondo de Cultura Económica.

Bertone, J., Eynard, M., Huergo, J., y Lava, M. (2013). *Un mundo de sensaciones: las prácticas del comer entre “el placer” y el hambre [Ponencia]*. X Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina.

Bertran, M. (2015). *Incertidumbre y vida cotidiana. Alimentación y salud en la ciudad de México*. UOC-Universidad Autónoma Metropolitana Metropolitana.

Castro, J. (1955). *Geopolítica del hambre*. Raigal.

Food and Agriculture Organization. (2014). *Rome Declaration on Nutrition. Second International Conference on Nutrition*. Rome: FAO/WHO. <http://www.fao.org/3/a-ml542e.pdf>

García, M. y Bermúdez, G. (2016). *La neocolonización del paladar en las épocas recientes. Razón y palabra*, 20(94), 105-117.

Kurtz, H. (2015). *Biopoder, alimento y espacio*. *Sociología Histórica*, 5, 215-235.

Le Breton, D. (2007). *El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos*. Nueva Visión.

Lipovetzky, G. (2007). *La felicidad paradójica: Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Anagrama.

Mauss, M. (1980). *Les techniques du corp*. *Anthropologie et sociologie*, Paris, PUF.

Mennell, S., Murcott, A., y Otterloo, A. (1992). *La sociología de la comida: Comer, dieta y cultura*. Sage.

Rivera, J., López, S., Alfaro, G. y González, A. (2015). *El derecho a la alimentación en México*. En O. López y S. López (Eds.) *El derecho a la salud en México*. (pp 111-151). Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Scribano, A. (2008). *El proceso de investigación social cualitativo*. Prometeo.

Vélez, L. (2013). *Delsaber y elsabor. Un ejercicio antropofilosófico sobre la gastronomía*. *Revista Escritos*, 21(46), 171-200.

PRIMERA PARTE

LOS INGREDIENTES:

ANTECEDENTES Y FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Ingredientes elementales para analizar el estado nutricional y alimentario de la población joven mexicana

Yoalli Gómez Cruz

*“Que tu medicina sea tu alimento, y el alimento tu medicina”
(Grecia, siglo V a.C. - Siglo IV a. C.)*

No hay un día que no pensemos en comida, desde la banalidad que representa un antojo, hasta lo importante que es prevenir el hambre. Para la sociedad, el alimentarse, además de ser considerado un acto placentero, representa una necesidad básica y primordial vital en el organismo humano (Gómez, 2019).

Alguna vez, una profesora en clase de nutrición mencionó: “comer es el acto consciente que más repetimos al día”, con lo cual estuve de acuerdo, pero conforme pasa el tiempo, la dinámica en torno a la alimentación se ha transformado, lo que hace dudar dicha aseveración, por lo que es pertinente analizar qué tan consciente se lleva a cabo el acto de la alimentación. Así, este capítulo pretende dar apertura a dicho análisis para comprender por qué el acto de alimentarse incluye un complejo panorama e invitar a que las y lectores reconozcan las vertientes que la componen; así como las problemáticas que conlleva la poca o nula educación asociada a una alimentación saludable, la producción alimentaria basada en la industria, entre otros temas que integran el panorama de alimentación en la época contemporánea.

A manera de introducción se requiere exponer, la diferencia entre nutrición y alimentación, ya que la primera hace referencia a los mecanismos biológicos, metabólicos y de absorción celular de los nutrientes en el organismo humana (Juárez y Medina, 2016). Por otro lado, la alimentación, toma en cuenta el aspecto social en el que las personas se organizan y se desarrollan para cubrir la necesidad alimentaria, generalmente de este panorama dependerá si se alcanza a cubrir dichas recomendaciones nutricionales establecidas como

óptimas y necesarias, es por ello que surge el estudio de la alimentación en complemento con la nutrición (Urquía Fernández, 2014).

Por lo que analizar la nutrición y alimentación requiere un enfoque macro y micro social, para identificar los componentes que abarcan desde la producción y distribución de los alimentos, hasta el momento en que son consumidos. Al hacer referencia a la esfera macrosocial; se toma en cuenta la globalización, por ejemplo, la incorporación de México al Tratado de Libre Comercio, que, consistió en insertar en el país la producción de alimentos industrializados a gran escala, esto, con la justificación gubernamental de proporcionar mayor oferta alimentaria a la población en vulnerabilidad económica. Con el paso del tiempo, los alimentos industrializados se han identificado como responsables de comorbilidades en la población mexicana, ya que poseen sustancias dañinas para la salud, como: el azúcar, sodio y grasas trans (Torres, 2018). Además, se producen a gran escala, rebasando la producción del comercio nacional, poniéndole en desventaja. Los productos industrializados se caracterizan por ofrecer precios equivalentes al bajo aporte nutricional, por lo que la población de bajos recursos los prefiere, además de su fácil disposición por la sobreproducción, conlleva a incrementar su consumo (Pons-Vigués et al., 2017; Martínez et al., 2017; Torres, 2018). Así mismo, el consumo de alimentos procesados se ha homogeneizado, tanto en poblaciones de zonas rurales como urbanas, y en las diferentes clases sociales (Bertrán Vilá, 2016).

En las zonas urbanas y con mejor situación económica, la salud nutricional también se ha visto afectada debido a su patrón de consumo alimentario de alimentos industrializados, pues, un estilo de vida acelerado, limita el tiempo para cocinar y preparar alimentos (OMS, 2015; Aranda Palacios, 2013).

Por lo que, las políticas y programas para la salud poblacional han implementado estrategias para reducir el consumo de bebidas y alimentos industrializados, lo cual, ha dejado entrever que los resultados no han sido fructíferos, pues las cifras de las enfermedades asociadas a una mala alimentación continúan siendo las primeras causas de morbimortalidad en el país, siendo cada vez más alarmantes en edades tempranas (Secretaría de Salud Pública, 2018). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición informa

que una dieta inadecuada, el sedentarismo y la poca información nutricional contribuye al deterioro de la salud nutricional, pero existen otras determinaciones sociales de la salud² implicadas en el estado nutricional de la población adulta joven (Arellano et al., 2008).

Principal problemática sobre la mesa: enfermedades crónicas no transmisibles como consecuencia de malnutrición

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2016-2018) reporta que de las diez primeras causas de muerte y enfermedad son asociadas al estilo de vida y alimentación, dichas enfermedades son: diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cerebro-vasculares, hipertensión arterial y tumores malignos. En México, el servicio médico del Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, reportan que las enfermedades crónicas son las que más se atienden en sus clínicas, las cuales han acortado la esperanza de vida y la calidad de la misma (Secretaría de Salud Pública, 2018; ENSANUT, 2016).

La obesidad crónica es el origen del desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles antes mencionadas; ya que, el desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético genera una acumulación excesiva de tejido lipídico en el organismo, por lo que se altera el metabolismo nutricional de las células. Se sabe que existen diversas posibles causas que desarrollan la obesidad, como la genética, pero más allá de la genérica, existen otras dimensiones por mencionar, como la estatal, industrial y sociocultural, las cuales componen el ambiente obesogénico, el cual, favorece la incidencia de sobrepeso y obesidad. Se ha identificado que dicho ambiente y la falta de procesos de concientización, genera en las personas prácticas negativas sobre el cuerpo y la alimentación. Influyendo no sólo en la calidad de la dieta, pues se fomenta el sedentarismo, por las horas prolongadas frente a la pantalla y el nulo uso del cuerpo para trasladarse y ejercitarse, se trata de toda una forma de vida, que conlleva pocas horas de sueño y el estrés crónico, debido a que la vida de utiliza para la generación de trabajo (Pulido & Gómez, 2018)..

2 Destaca dimensiones sociales para comprender la naturaleza compleja de la salud, a través de tres dimensiones: económica, política y cultural (Rosales et al., 2019).

Además, se reporta que el 73% del presupuesto destinado en el sector salud es invertido en el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, pues las enfermedades crónicas son irreversibles, y el tratamiento con seguimiento médico continuo y dependencia farmacológica (Laurell, 2013). Cuando no se lleva un seguimiento médico adecuado, generalmente se desarrolla alguna discapacidad, mermando el estado físico y mental de quienes las padecen, además de alterar su estabilidad económica (Beltrán, 2014).

La industria farmacéutica que se ha insertado a través del sistema neoliberal, a través del sistema médico hegemónico, es basado en tratamientos para las enfermedades crónico no transmisibles bajo una dinámica de dependencia farmacológica, a pesar de que se sabe de lo indispensable que es el tratamiento nutricional, dichas intervenciones con polifarmacia no han resultado del todo viables, ya que el exceso de fármacos en el organismo con el tiempo afecta aún más, pues daña otros órganos que son vitales (Serra, 2006). Por otro lado, las personas desconocen haber desarrollado la enfermedad y su tratamiento lo llevan a cabo una vez que la enfermedad se ha complicado, por lo que otro de los problemas en salud nutricional, es la carencia de medidas preventivas (Blanco y Arellano, 2010).

Se estima que la población mexicana contemporánea, vive más años, pero con menor calidad de vida, pues, en promedio la población reporta desarrollar a edades más tempranas las enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones (Cantón et al., 2012; Rivera-Márquez, 2007).

Para la Secretaría de Salud, las cifras epidemiológicas asociadas a la malnutrición y sus consecuencias son prioritarias, pues, las cifras se han mantenido. En comparación con otros países del mundo, la población infantil mexicana es la más afectada por la obesidad, lo cual es sumamente preocupante. Según el último Informe Global de la Nutrición Mundial (2018), el contexto alimentario y nutricional es complejo y respecto a las mejoras, no se verán a mediano plazo, sobre todo en países de América Latina en donde la situación socioeconómica es crítica. Entre 2008 y 2018, la pobreza alimentaria en la población mexicana, pasó de 21.7% a 20.4%, lo que en términos absolutos significa un aumento de 24.3 a 25.5 millones de personas. Para 2018, el 41.9% de la población se encuentra en pobreza y gasta el 60% de sus ingresos en

alimentación. El porcentaje de hogares ha incrementado, del año 2006 al 2018, 4 de cada 10 personas carece alguna necesidad básica, incluida la alimentación (Canto, 2018; ASOCIADOS, 2018; López-Arellano et al., 2012).

Determinación económica en el proceso de la alimentación

En general, la salud nutricional de los países que componen Latinoamérica se ha visto afectada, debido a la colonización en producción y la oferta de alimentos industrializados, y por otro lado el limitado acceso a alimentos de mejor calidad, consecuente el ingreso salarial determina el tipo de dieta, así como el limitado acceso a una canasta básica. En los hogares mexicanos de bajo estrato socioeconómico se identifica que prevalece el bajo consumo de frutas, verduras, legumbres y proteínas de alto valor biológico (Barquera et al., 2001; García, 2007; Canto, 2018).

Según estudios estadísticos se identificó que la población con menor escolaridad desarrolla de manera proporcional enfermedades crónicas no transmisibles, pero en el último decenio, se identifica que, a pesar de que la distribución socioeconómica que describe al país es heterogénea, la forma de alimentarse actualmente afecta de manera homogénea a la población (Laurell, 1986). Pues la poca educación que recibe la población limita la capacidad de seleccionar y consumir las opciones de alimentos adecuados para la salud (Marrero Pérez et al., 2016; Valencia y Ortiz, 2014; FAO, 2011).

En México se llevó a cabo estudio diagnóstico acerca del derecho a la alimentación Nutritiva y de Calidad (2018), donde se mencionó que se puede cubrir la disponibilidad energética diaria en la población mexicana con aproximadamente 3,145 kilocalorías per cápita, no obstante, se requiere analizar, la problemática desde otro enfoque, ya que dichas calorías son provenientes de alimentos de mala calidad nutricional, por ejemplo, el azúcar. México es identificado como el país que más consume bebidas azucaradas (Dommarco et al., 2018; Aranda, 2013). Aunado a lo anterior, la preferencia hacia ciertos alimentos con exceso de grasa y sal, han dominado la palatabilidad, ya que, la mercadotecnia y la publicidad influyen directamente en la toma de decisiones de la población (Levario, 2007). Es por ello que cada vez es

más complejo para la población cubrir los requerimientos de la alimentación identificada como nutritiva y adecuada.

En la población urbana se ha observado que la ingesta calórica rebasa el requerimiento energético recomendado como saludable, siendo bajo el consumo de vitaminas, minerales y fibra, dicha dieta es rica en hidratos de carbono, grasas y azúcares (Valencia-Valero y Ortiz-Hernández, 2014). Los cuales generan saciedad, pero no cubren el requerimiento en nutrientes, se han encontrado reportes que justifican que la población más vulnerable, se ve más afectada, pues el bajo estrato socioeconómico genera mayor consumo de alimentos industrializados y el desconocimiento de las consecuencias en su salud (Aranda, 2013).

La dieta occidentalizada que se ha incorporado en América Latina representa la desigualdad en distribución y calidad de alimentos, debido al grado de pobreza, desigualdad social y las carentes estrategias políticas de prevención (Rodríguez-Villamil et al., 2015).

En México, por ejemplo aún se presentan deficiencias nutricionales, importantes para mantener la salud, como lo son ácido fólico, vitamina B12, hierro y zinc (ASOCIADOS, 2018; Santoncini et al., 2016). Como ya se describió anteriormente, las principales comorbilidades en México se asocian a la malnutrición; la cual es resultado tanto por déficit (desnutrición), como por excesos (sobrepeso y obesidad).

Determinación política: expresión de acciones en mejoras de la salud nutricional de la población mexicana

Para el año 2013, México estableció en la Carta Magna de la Constitución, el derecho a la alimentación nutritiva, en el artículo 4º se menciona la responsabilidad del Estado en hacer garante el derecho para toda la población, así mismo toma en cuenta el desarrollo rural, integral y sustentable lo que indica que incluye la necesidad de invertir en la producción alimentaria, y por otro lado, mencionan la importancia de garantizar el abasto, suficiente y oportuno de los alimentos básicos para toda la población (Alianza por la salud alimentaria, 2018). Además, en México se han establecido políticas públicas y

programas nacionales direccionadas a la problemática de la salud nutricional de la población. A continuación, algunas estrategias:

Como se mencionó, el excesivo consumo azúcar es todo un problema que afecta la salud poblacional, por lo que una de las estrategias se orientó a lanzar una política que disminuyera el consumo de bebidas y de alimentos industrializados. Los costos de dichos productos se incrementaron y la cantidad de las porciones se disminuyó. Además, se redujo la publicidad de productos chatarra en la televisión abierta, como medida de protección de la población infantil. Por otra parte, la imagen del “plato del buen comer” aparece en empaques de alimentos industrializados, sin embargo, en este sentido, las medidas se centran en mediar la excesiva publicidad de las grandes industrias (Garibaldi et al., 2018). Así mismo, en espacios públicos se utilizaron estrategias de educación y comunicación en salud como “chécate, mídete, muévete” para fomentar un estilo de vida más activo y la frase “aliméntate sanamente” se anuncia en la radio, después de un comercial de alimento procesado (CONEVAL, 2016).

Por otro lado, promover actividad física ha sido de las principales iniciativas para reducir la obesidad, a través de la implementación de gimnasios en espacios públicos, y se han distribuido comedores comunitarios, desayunos escolares, así como la distribución de fondos para despensa alimentaria, que por cierto se destinan a la población con menor estrato socioeconómico (Barquera et al., 2001). Como se ha descrito, el primer grupo de estrategias elaboradas desde el gobierno nacional, se han basado en responsabilizar las personas sobre la compra de dichos productos, así como de estimular la toma de decisiones para la realización de actividad física. Y el segundo grupo de programas está basado en asistencialismo.

Como se ha identificado, difícilmente se han obtenido resultados positivos, pues se requiere buscar otras estrategias aplicables como normas jurídicas que involucren ordenamientos internacionales, para impactar a nivel local, para resolver las principales problemáticas asociadas a la alimentación, ya que los esfuerzos de la población en lo individual compiten constantemente con la publicidad y mercantilización de alimentos que generalmente tienen una poderosa fuerza de marketing que incluso interioriza una ideología de

alimentos nutritivos cuando no lo son y que, además, cuentan con un éxito en cuanto a ofrecer una exposición y oferta masiva para la población Mexicana (Arellano y Peña, 2006; Beltrán, 2014).

Recientemente el etiquetado de alimentos, se plantea como propuesta próxima a implementar para mitigar el problema de la obesidad en México, pero, como ya se ha analizado, son estrategias con un enfoque que responsabiliza a la población sobre su consumo. Por lo que es válido cuestionarse, qué tan funcional será el colocar etiquetas en alimentos con información sobre su alto contenido en aditivos como: sodio, azúcar y grasa, ya que nuevamente, no garantiza que se disminuya el consumo, pues, no se está proporcionando información sobre los efectos en salud al consumir alimentos con dichos aditivos.

Se requieren intervenciones prontas, es de cuestionarse por qué no se ha considerado el informar a través de los empaques, que el exceso de azúcar se asocia a caries, sobrepeso y diabetes mellitus tipo II, así como informar sobre los efectos nocivos al consumir el exceso de sodio, asociado con el desarrollo de hipertensión, así como las grasas trans que son causa directa de la dislipidemia.

Determinación cultural de la alimentación en la población contemporánea

La cultura alimentaria se entiende como los usos (lujo, placer), tradiciones (religión), costumbres (estatus social, interacción social) y elaboraciones simbólicas de los alimentos y donde además influye el ciclo productivo de los alimentos del contexto en particular (Calderón-Martínez et al., 2017). Por lo que la juventud ha heredado la concepción de un estilo de vida y un estilo de consumo alimentario, en donde los horarios son limitados para el autocuidado; se omite preparar alimentos, comer con calma y en compañía, dormir lo suficiente y realizar actividad física, dichos aspectos son básicos para mantener la salud física y mental, Dorothea Orem (2017), menciona que actualmente se ven afectadas las capacidades de las personas para ocuparse del cuidado de su salud (Orem, 2017). Por ejemplo, la población joven mexicana justifica que la falta de tiempo limita su capacidad de preparar sus propios alimentos y se ha identificado que el 57.6% de la población no realiza actividad física por la misma razón (ENSANUT, 2016).

Del mismo modo el desarrollarse en un sistema capitalista, conlleva una dinámica de consumo, y con ello se establece cuáles son los alimentos “sanos”, la constante competencia en el anaquel del súper mercado, se basa en ofrecer alimentos adicionados con vitaminas y nutrientes, pero también ofertan la preparación más instantánea, lo cual influye en la subjetividad del comensal, haciendo creer que la inmediatez es lo primordial al elegir un alimento, lo cual arrebató la cultura y satisfacción de la alimentación nativa mexicana (Torres, 2018; Calderón-Martínez et al., 2017).

Por lo que, la entrada de productos industrializados a través del sistema neoliberal, transformó la dieta, y ello ha influido en el deseo y consumo de alimentos de la población joven, se ha logrado desplazar los alimentos nativos y nutritivos de los países latinos como granos enteros, el maíz, frijol, calabaza, y nopal (por mencionar algunos), dichos alimentos por muchos años fueron la base de la dieta familiar mexicana (Alianza por la salud alimentaria, 2018).

A raíz de la revisión de los anuncios televisivos durante una semana en febrero del 2008, se registraron 135 anuncios de alimentos y bebidas (excluyendo bebidas alcohólicas y suplementos alimenticios). Al examinar tal narrativa publicitaria, la autora de *Incertidumbre y vida cotidiana*, Miriam Bertran (2016), encuentra que los mensajes se articulan alrededor de: la seguridad, el bienestar, la salud y el placer (el gusto), además de intervenir en generar ideales asociados a aspectos de vínculos emocionales.

Por esa razón, es importante rescatar que la cocina tradicional mexicana y los alimentos nacionales poseen una gran variedad, en cada estado de la república mexicana y en cada comunidad se posee una riqueza culinaria que se requiere rescatar. Sobre todo, su la cultura orienta hacia el consumo nacional, el gusto, uso de ingredientes y de elaboración que caracteriza sus platillos, además, establece regularidad económica y sobre todo, defiende el reconocimiento de la alimentación mexicana como patrimonio cultural inmaterial de la humanidad, por la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2010).

Raj-Patel (2008) menciona “...La dieta occidentalizada, tiene un valor monetario en relación con su intervención de transformación, si el objetivo

es generar la mayor ganancia posible tiene sentido procesar, transformar y transportar el producto, tanto como sea posible para maximizar las oportunidades de generar lucro de la industria alimentaria...” Cabe mencionar que dicho lucro no sólo afecta la salud de la población, pues el consumo de productos provenientes de la industria ha generado un impacto ecológico, biológico y ambiental fuertemente negativo, pues la cadena de suministro, desde la producción hasta el procesamiento y la distribución, ha influido en gran medida en la contaminación ambiental, asociado a la destrucción de los ecosistemas (Anggraini y Oliver, 2018). No es casualidad que hoy en día se requiera limitar el consumo de embalajes, plásticos, popotes, los residuos provenientes de petróleo son el principal contaminante físico, que aunado al desinterés humano, por lo que se consume y se desecha ha ido deteriorando su salud y el hábitat en donde se desarrolla (Garibaldi et al., 2018).

Por otro lado, la encarnación de una contradicción asociada a la alimentación que ha influido en la población joven es asociada a la sobreproducción alimentaria y el estereotipo de la delgadez como estándar de belleza. Una disparidad infinita entre la oferta de productos hipercalóricos, y por el otro, la excesiva propuesta de mantener un cuerpo extremadamente delgado y ejercitado. Por lo que el sistema capitalista ofrece una serie de productos para tratar la obesidad, desarrollando una constante inconformidad con el cuerpo, lo cual afecta a la salud mental en población (Santoncini et al., 2016).

Universidades promotoras de salud nutricional y alimentaria para la juventud mexicana

En estudios sobre hábitos alimentarios en población universitaria, se reconoce la necesidad de regular y generar la permanencia de una vida sana al interior de las universidades, pero el acceso a estas dinámicas de “vida saludable” generalmente se establecen en instituciones privadas con mayor estabilidad económica (Bertrán Vilá, 2016; Lara Flores et al., 2015). Lo que hace cuestionar la necesidad de que la población universitaria, académicos y docentes de las instituciones gubernamentales cuestionen sus derechos y participen en buscar transformar la situación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la estrategia de promoción de la salud, mencionan que la vía es generar espacios de intervención destinadas a promover comportamientos saludables en población joven en riesgo. En este sentido, mencionan la necesidad de crear Universidades saludables, generalmente, las herramientas que proporciona consisten en informar y concientizar para mejorar la calidad de vida, salud y bienestar, además enfatizan en la importancia de identificar las condiciones de vida y de trabajo que se desarrollan al interior de las instituciones para transformar aquellas condiciones que son perjudiciales para la salud (Becerra Heraud, 2013).

Por otro lado, se ha identificado, que una universidad saludable puede implementarse a través de un trabajo comunitario, ya que, fuera de generar salud desde la individualidad, un trabajo conjunto de los/as actores que integran la instituciones (estudiantes, docentes, directivos), ya que, pueden crear redes necesarias que beneficien la salud de sus integrantes, a través de una división de responsabilidades equitativas, basadas en la creación de: comedor escolar y/o huertos escolares (Blandón-Lotero y Jaramillo-Mejía, 2018). Lo cual suena prudente, ya que se requiere trabajo desde lo individual y lo colectivo para mejorar las condiciones de salud de la población

Una vez hecho el análisis de la alimentación y nutrición de México, se puede identificar que se requiere considerar las determinaciones macrosociales que desarrollan la malnutrición y la enfermedad en la población joven, pues, se describe un panorama diverso y complejo. Por otro lado, el proceso de la salud y la prevención de la enfermedad refleja modos de vida que se han construido en las colectividades con sus características auténticas; por lo que, mejorar las condiciones de salud de la población joven involucra cambios sociales, tomando en cuenta las determinaciones económicas, políticas y culturales, ya que se vinculan directamente con la alimentación y nutrición, del mismo modo tomarlas en cuenta es favorecedor para crear estrategias y programas que asegurarían mejorar las condiciones de salud de la población adulta joven.

Referencias

Alianza por la salud alimentaria. (2018). *Manifiesto a la nación por un Sistema Alimentario Nutricional, Justo Y Sustentable*. SANJS. file:///C:/Users/gomez/Downloads/d-manifiesto-sist

Anggraini, A. R., & Oliver, J. (2018). *Alimentación sostenible desde los principios de precaución, responsabilidad autocontención, una iniciativa del nutricionista dietista*. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 31. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Aranda Palacios, S. (2013). *Aranda, 2018.pdf*. In Mi. Ä. Adame Cerón (Ed.), *Alimentación en México* (Ediciones, p. 241).

Arellano, O. L., Escudero, J. J. C., Moreno, L., Luz, Y., & Carmona, D. (2008). *Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud*, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323–335. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4)

Arellano, O. L., & Peña, F. M. (2006). *Salud y Sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano*. *Social Medicine / Medicina Social*, 1(3), 82–102.

ASOCIADOS. (2018). *Informe de la Nutrición Mundial (Jen Claydo)*.

Barquera, S., Rivera-Dommarco, J., & Gasca-García, A. (2001). *Políticas y programas de alimentación y nutrición en México*. *Salud Publica de Mexico*, 43(5), 464–477. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342001000500011>

Becerra Heraud, S. (2013). *Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante*. *Revista de Psicología*, 2, 0254–9247.

Beltrán G, J. (2014). *Obesidad, Diabetes Mellitus y Pobreza*.

Bertrán Vilá, M. (2016). *Incertidumbre y vida cotidiana. Alimebtación y salud en la Ciudad de México (UOC-UAM)*.

Blanco, J., & Arellano, O. L. (2010). *Crisis, ondiciones de vida, salud en México: Nuevos retos para la política social*.

Blandón-Lotero, L. C., & Jaramillo-Mejía, M. C. (2018). *Participación comunitaria en salud: una revisión narrativa a la producción académica desde las desigualdades sociales*. *Revista CS*, 91–117. <https://doi.org/10.18046/recs.i26.2851>

Calderón-Martínez, M. E., Rey Taboada-Gaytán, O., Adrián, A.-M., Ortiz-Torres, E., Antonio López, P., & Jacinto-Hernández, C. (2017). *Cultura alimentaria: Clave para el diseño de estrategias de mejoramiento nutricional de poblaciones rurales*. *ASyD*, 14, 303–321.

Calderón Martínez, M. E., Taboada Gaytán, O. R., Argumedo Macías, A., Ortiz Torres, E., López, P. A., & Jacinto Hernández, C. (2017). *Cultura Alimentaria: Clave para el diseño de estrategias de mejoramiento nutricional de poblaciones rurales*. *Agricultura, Sociedad y Desarrollo*, 14, 303–321. <http://www.scielo.org.mx/pdf/asd/v14n2/1870-5472-asd-14-02-00303.pdf>

Canto Saenz, R. A. (2018). *¿Distribuir o redistribuir? pobreza, desigualdad y política pública en México*. *Economía Sociedad y Territorio*, xviii(59), 1181. <https://doi.org/10.22136/est20191259>

Cantón, S. B. F., Trujillo, G. G., & Uribe, R. V. (2012). *Principales causas de mortalidad infantil en México: tendencias recientes*. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 69(2), 144–148.

CONEVAL. (2016). *Balance de la Cruzada Nacional contra el Hambre*. www.coneval.gob.mx

ENSANUT. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino*.

FAO. (2011). *La importancia de la Educación Nutricional*. <http://www.fao.org/ag/humannutrition/31779-02a54ce633a9507824a8e1165d4ae1d92.pdf>

GarcíaArnaiz, M. (2007). *Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario*. *Salud Publica de México*, 49, 236–242.

Garibaldi, L. A., Andersson, G., Fernández Ferrari, C., & Pérez-Méndez, N. (2018). *Seguridad alimentaria, medio ambiente y nuestros hábitos de consumo*. *Ecología Austral*, 28(3), 572–580. <https://doi.org/10.25260/ea.18.28.3.0.768>

Juárez, L. M., & Medina, F. X. (2016). *Usos y significados contemporáneos de la comida desde la antropología de la alimentación en América Latina y España*. In *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* (Vol. 71, Issue 2, pp. 327–370). CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas. <https://doi.org/10.3989/rdtp.2016.02.001>

Lara Flores, N., Saldaña Balmori, Y., Fernández Vera, N., & Delgadillo Gutiérrez, H. J. (2015). *Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública*. *Revista Hacia La Promoción de La Salud*, 20, 102–117. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.2.8>

Laurell, A. C. (1986). *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*.

Laurell, A. C. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. In *Clasco*.

Levario Flores, A. E. (2007). *Comer bien, comer mal: La medicalización del comportamiento alimentario*. *Salud Publica de Mexico*, 49(3), 236–242. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342007000300009>

López-Arellano, O., Rivera-Márquez, J. A., Delgado-Campos, V. I., & Blanco-Gil, J. (2012). *Pobreza, salud, educación y alimentación en jóvenes mexicanos: una aproximación desde los derechos humanos*. *Segunda Época*, 11, 8–24.

Marrero Pérez, M. D., Sánchez Rivero, L. O., Santana Machado, A. T., & Rodríguez Gómez, F. E. (2016). *Las imágenes digitales como medios de enseñanza en la docencia de las ciencias médicas*. *Revista Educación Médica Del Centro*, 8(1), 125–142.

OMS. (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible. La ONU Aprobó La Agenda 2030 Sobre El Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

Orem, D. E. (2017). *La teoría Déficit de autocuidado*. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3).

Pons-Vigués, M., Berenguera, A., Coma-Auli, N., Pombo-Ramos, H., March, S., Asensio-Martínez, A., Moreno-Peral, P., Mora-Simón, S., Martínez-Andrés, M., & Pujol-Ribera, E. (2017). *Health-care users, key community informants and primary health care workers' views on health, health promotion, health assets and deficits: Qualitative study in seven Spanish regions*. *International Journal for Equity in Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0590-2>

Pulido, M., & Gómez, Y. (2018). *Psic-Obesidad*. In *Universidad Nacional Autónoma de México (Vol. 8, pp. 16–18)*. www.zaragoza.unam.mx/psic-obesidad

Rivera-Márquez, J. A. (2007). *La satisfacción colectiva de las necesidades de alimentación-nutrición y su relación con la salud-enfermedad*. In E. C. Jarillo Soto & E. Guinsberg (Eds.), *La salud colectiva en México: temas y desafíos*. (pp. 153–169). Lugar Editorial.

Rivera Dommarco, JA; Colchero, MA; Fuentes, ML; González de Cosío Martínez, T; Aguilar Salinas, CA; Hernández Licon, G; Barquera, S. (2018). *La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control*.

Rodríguez-Villamil, L. N., González-Zapata, L. I., Deossa-Restrepo, G. C., Carmona-Garcés, I. C., Monsalve-Álvarez, J. M., & Díaz-García, J. (2015). *Sistematización de una*

estrategia de información, educación y comunicación para prevención del síndrome metabólico en profesionales del área de la salud. *Perspectivas En Nutrición Humana*, 17(1), 54–66. <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v17n1a05>

Rosales Flores, R. A., Mendoza Rodríguez, J. M., & López Ortiz, C. A. (2019). *Epistemología de la salud (Ciencias y)*.

Santoncini, C. U., de León Vázquez, C. D., & Márquez, J. A. R. (2016). Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. *Salud Mental*, 39(3), 141–148. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.012>

Secretaría de Salud Pública. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. In Ensanut (Vol. 1, p. 47)*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Serra Sansone, M. del P. (2006). Análogos de insulina : ¿ qué son , por qué , y cómo usarlos en la práctica médica ? *Revista Medica Uruguay*, 22, 266–276.

Torres, F. (2018). *Obesidad y salud pública en México : transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos Obesity and Public Health in Mexico : Transforming the Hegemonic Food Supply and Demand Pattern. Revista Problemas Del Desarrollo*, 193(49), 145–169.

Urquía Fernández, N. (2014). La seguridad alimentaria en México. *Salud Publica de Mexico*, 56(SUPPL.1), 92–98. <https://doi.org/10.21149/spm.v56s1.5171>

Valencia-Valero, R. G., & Ortiz-Hernández, L. (2014). Disponibilidad de alimentos en los hogares mexicanos de acuerdo con el grado de inseguridad alimentaria. *Salud Publica de Mexico*, 56(2), 154–164. <https://doi.org/10.21149/spm.v56i2.7331>

Determinantes sociales del sobrepeso y obesidad en jóvenes

María Luisa Ponce López

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) define la adolescencia entre los 12 y 19 años y juventud entre los 14 y 26 años, como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la madurez. Se trata de una de las etapas de transición más importante en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento, en la que acontecen cambios importantes, tanto a nivel físico, hormonal y sexual, como social y psicoemocional, en la que son fundamentales los procesos de alimentación y nutrición, para propiciar un proceso de maduración y desarrollo óptimo (Pérez et al, 2016).

La adolescencia y juventud son consideradas por algunos autores una etapa decisiva en la adquisición y consolidación de hábitos de vida saludables para toda su vida futura (Gutiérrez et al, 2015). Los comportamientos y problemas relacionados con la enfermedad tales como el consumo de tabaco, drogas o alcohol, hábitos de alimentación inadecuados y sedentarismo, suelen presentarse por primera vez, o verse reforzados, durante este ciclo de vida (Cune, 2014). Durante ésta etapa, la elección de alimentos no es la más adecuada, existiendo evidencia que se privilegian el consumo de alimentos altamente calóricos, limitando la ingesta adecuada de frutas y verduras (Araneda et al, 2015). En esta época, se pueden adquirir nuevos hábitos de consumo, debido a varios factores: influencias psicológicas y sociales de amigos y redes sociales, el hábito de comer fuera de casa, el rechazo a las normas tradicionales familiares, la búsqueda de autonomía y la disponibilidad de recursos que se asignan para ejercer influencia en estos estilos de vida, que, según la OMS, constituyen los principales factores determinantes del estado de salud de la población (Vázquez et al, 2015). Así los factores determinantes o riesgos son aquellas condiciones (estímulos, conductas, características

personales y del entorno) que inciden en el estado de salud e incrementan la probabilidad de enfermar o facilitan las condiciones para su manifestación (Pereira-Chaves y Salas-Melendez, 2017).

Prevalencia del sobrepeso y obesidad en jóvenes

En América Latina, más de 20% de la población de jóvenes presenta sobrepeso y obesidad (Rivera et al, 2014). Este panorama conlleva a reflexionar sobre los factores que contribuyen a desarrollarla, sus consecuencias y el desafío para identificar factores socioculturales y contextuales que predisponen a este grupo de edad, al desarrollo de ésta enfermedad y determinar formas de dar cuenta de estos factores en el desarrollo de intervenciones efectivas para su prevención y control (Kumanyika et al, 2008).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el sobrepeso y la obesidad se definen como una enfermedad crónica, de origen multifactorial, que se caracteriza por una acumulación excesiva de tejido graso en el cuerpo lo cual genera diversos desordenes metabólicos en el organismo, que resulta en diversos efectos perjudiciales para la salud (OMS, 2016). Durante los primeros años de la vida y durante la juventud, la obesidad tiene consecuencias importantes para la salud física y mental. Los jóvenes con esta enfermedad tienen mayor probabilidad de padecer enfermedades como síndrome metabólico, diabetes, hipertensión, dislipidemias, enfermedades del corazón, arterioesclerosis y problemas ortopédicos, entre otros, que se irán presentando poco a poco con una disminución de la calidad de vida e incremento de la mortalidad (Lobstein et al, 2015). Asimismo, existe una fuerte asociación de este padecimiento a edades tempranas con problemas de autoestima, bullying, discriminación y trastornos de la conducta alimentaria (Bautista, 2015).

Al igual que en otros países del mundo, nuestro país se ha visto inmerso en ésta epidemia que afecta a millones de infantes, adolescentes y adultos. En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 (INSP, 2016), indicó que la prevalencia para las mujeres adolescentes, el sobrepeso y la obesidad fue del 39.2% y para los hombres adolescentes del 33.5%. En los resultados del 2018 (INEGI-INSP, 2018), aumenta la prevalencia combinada

de sobrepeso y obesidad es del 38.1 % y considerando a la población mayor de 20 años, fue del 75.6% en mujeres y 69.4% en hombres y para el 2018 la prevalencia combinada fue del 73%, esto quiere decir que: siete de cada diez adultos, cuatro de cada diez jóvenes y uno de cada tres niños presentan esta enfermedad. Estos datos los ha confirmado también la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que ha dicho que México tiene la tasa más alta de esta enfermedad en mayores de 15 años (Hernández-Cordero et al, 2017). Es un hecho, que en México las mujeres han acumulado más peso que los hombres y este fenómeno puede obedecer a que su estilo de vida es más sedentario y por diversas razones, como por el consumo alimentos excesivo en grasas, azúcares simples y con poca fibra, lo que provoca la acumulación de grasa en el cuerpo entre otras causas. La obesidad no es un problema cosmético entre las mujeres y hombres, sino un problema social y una enfermedad que a su vez es un factor de alto riesgo para otras patologías (Gracia, 2011).

Esta situación puede atribuirse a que durante los últimos 30 años, México ha sufrido varios cambios demográficos, económicos, ambientales y culturales que han impactado de manera negativa en el estilo de vida y bienestar de la población, en donde la incidencia de obesidad ha alcanzado proporciones casi epidémicas, con comportamientos en aumento en los últimos años que afecta a más de una tercera parte de los jóvenes (Aceves-Martins et al, 2016), constituyendo un problema de salud pública (Dávila, 2015), por su alta frecuencia y por su permanencia dentro de los primeros lugares de morbilidad en Latinoamérica (Rivera et al, 2014) con sus posibles consecuencias, puesto que impactan el desarrollo social y económico del país, pues afectan desde indicadores como los educativos que van desde la inasistencia escolar, hasta otros futuros como la productividad y el ingreso de las personas. Se ha estimado que para 2017 los costos por pérdida de productividad relacionadas con obesidad y sobrepeso ascenderían a 72 951 millones de pesos, mientras que los relacionados con atención médica estarían por el orden de los 77 909 millones de pesos, aunado a los altos costos que generan al sistema de salud debido a las enfermedades relacionadas con la mala nutrición (Hernández-Ávila y Martínez-Montañez, 2011). Esto es de relevancia puesto que en menos de una década los jóvenes serán los adultos del futuro inmediato y puede empeorar este panorama de salud (Krocker-Lobos et al, 2014).

Determinantes del sobrepeso y obesidad

Los determinantes del estado de salud abarcan desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, por supuesto los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud (Lalonde, 1974).

Comprender la carga que recae en cada uno de los factores que determinan la salud, permitiría afrontar las causas, definir prioridades y desarrollar estrategias para prevenir una proporción considerable de la mortalidad y morbilidad atribuibles a cierta enfermedad. La demanda de atención a los gobiernos y las políticas de salud pública de nuestro país, para que afronten el gran reto de las inequidades sanitarias, determinadas por las condiciones sociales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (Garriga et al, 2012). A nivel mundial las instituciones y comisiones de salud encargadas sobre los determinantes sociales de la salud se han ocupado de esta cuestión con diversas propuestas (Borell y Malmusi, 2010; WHO, 2013). En Canadá en 1974, fue de los primeros países en señalar al medio ambiente y los estilos de vida como factores determinantes de la salud, así los procesos sociales, influyen en los procesos biológicos bajo el modelo de Mark Lalonde (Carta de Ottawa 1986, para el Fomento de la Salud, 1986). Más recientemente, el Programa de Salud Poblacional del Instituto Canadiense de Estudios Avanzados destaca la importancia del medio social sobre la salud y la enfermedad y su vínculo con los factores biológicos, a través de los cuales los factores sociales influyen en la morbilidad y la mortalidad (Behm, 2017). Otra propuesta que integra los anteriores puntos de vista es el modelo ecológico, que enfatiza la importancia de factores sociales, ambientales y políticos, los cuales influyen sobre la conducta de los individuos a través de complejas interacciones de interdependencia que determinan los estilos de vida y la salud o enfermedad de los individuos que a continuación se describe un esquema de este modelo para el caso del sobrepeso y la obesidad. Como puede observarse, a nivel internacional participan factores relacionados con la globalización de los mercados, el desarrollo y la publicidad en los medios de comunicación masiva y redes sociales. En los niveles nacionales, regional

y comunitario, participan numerosos factores relacionados con las formas en que se producen y comercializan los alimentos, con las formas de cómo se mueven las personas, cómo se educan y cómo se cuida la salud de las mismas. Ya más cerca de lo que sería el estilo de vivir de las personas, aparecen estos factores en el trabajo, en la escuela y en el hogar. El resultado de estas complejas interacciones es el equilibrio o desequilibrio entre la energía que se ingiere y lo que se gasta, que a su vez es lo que determina en la población la prevalencia de sobrepeso y obesidad. En los niveles nacionales, regional y comunitario, participan numerosos factores relacionados con las formas en que se producen y comercializan los alimentos, con las formas de cómo se mueven las personas, cómo se educan y cómo se cuida la salud de las mismas. Ya más cerca de lo que sería el estilo de vivir de las personas, aparecen estos factores en el trabajo, en la escuela y en el hogar. El resultado de estas complejas interacciones es el equilibrio o desequilibrio entre la energía que se ingiere y la que se gasta, que a su vez es lo que determina en la población la prevalencia de sobrepeso y obesidad (Kumanyika et al, 2002; Kumanyika et al, 2008). Ver (Figura 1).

Sin embargo, el modelo no solo es útil para explicar los determinantes, sino es fundamental para diseñar políticas de salud, de acuerdo a la realidad de cada contexto, aceptando que contender con este problema, y particularmente prevenirlo, representa un desafío para el sistema de salud y la población y al mismo tiempo una oportunidad (Kumanyika, 2018).

La obesidad es un fenómeno complejo y su tendencia es ascendente tiene consecuencias personales, sociales y económicas que impactan en la población mundial y en nuestro país. No es sólo un problema médico, sino que existen diversos determinantes que participan en su incremento: características biológicas como la susceptibilidad genética o aspectos hormonales, aspectos sociales y del comportamiento; como la preferencia del uso del tiempo, publicidad y pobreza e influencias ambientales; la urbanización y el cambio tecnológico. El sobrepeso y la obesidad son condiciones que, como otras, reflejan desigualdades sociales, y diferencias en género, por lo tanto, el abordaje para el estudio en las personas deberá ser en sus contextos de vida (Moreno, 2014).

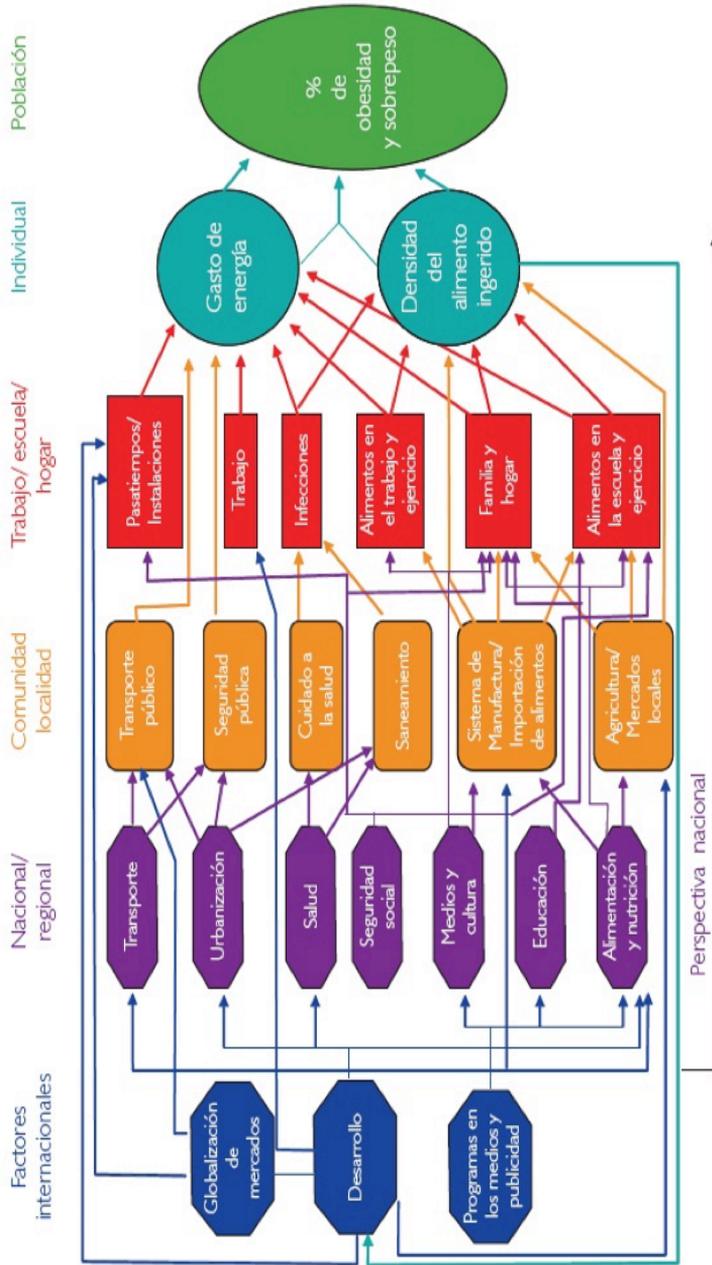


Figura 1. Políticas sociales y procesos que influyen la prevalencia de obesidad en la población.^{12,13}

1. Fuente: Kumanyika et al, 2002.

Entre los factores sociales que determinan esta enfermedad destacan los aspectos de urbanización, residencia y pobreza y la perspectiva de género. En su origen se observa la transición de las comunidades que evolucionan desde sociedades rurales, en las que la actividad física es necesaria para la producción agropecuaria con trabajo físico intenso, con una alimentación basada en la producción y consumo de alimentos locales y en las más industrializadas, urbanizadas, con todas las facilidades para la adquisición de todo tipo de alimentos de baja calidad y estilos de vida en las que disminuye progresivamente la realización de movimiento físico vigoroso. Así mismo, en las áreas urbanas y actualmente también en algunas áreas rurales es común el empleo de aparatos eléctricos para realizar quehaceres domésticos, los vehículos motorizados se usan con más frecuencia, el empleo es de tipo sedentario donde se pasan horas y horas sin realizar ejercicio y el tiempo libre se invierte en actividades físicas pasivas, como ver televisión, videojuegos, computadora, teléfono celular, por lo que el modo de vida sedentario se convierte en una característica destacada de la urbanización, la “vida moderna” (Martínez, 2017). Otro elemento a considerar es la emigración rural hacia las ciudades y, sobre todo, a los barrios marginados de éstas, donde existen carencias considerables e inseguridad alimentaria, todos estos han sido considerados determinantes en el aumento progresivo del peso corporal. En estos ambientes se carece de planeación urbana, seguridad pública y espacios adecuados para realizar actividades al aire libre y transporte activo, existe delincuencia y hay una alta oferta de alimentos fritos y grasosos, industrializados, refrescos embotellados, bebidas energizantes, cerveza, y otras bebidas alcohólicas, accesibles a los jóvenes que a su vez influyen en sus comportamientos y conductas para su consumo (Crockett et al, 2018). Lo anterior se asocia a la pobre calidad de dieta, que como ya se mencionó, es casi exclusiva de carbohidratos y productos ultraprocesados o de fuentes animales con grasas saturadas y carentes de fibra. El ambiente familiar es determinante e influye de manera positiva o negativa, el joven lleva una dieta familiar aprendida desde que nace, además existen otros factores como cuando los salarios mínimos son insuficientes o existen malas condiciones laborales de los padres de los jóvenes esto relacionado con una elevación en costos de la canasta básica, que dificulta mantener una buena alimentación, así mismo influye en la dinámica familiar como cuando existe una desintegración de ésta que deteriora la estabilidad psicoemocional de los individuos (Pérez et al, 2013).

La obesidad es una enfermedad de origen multifactorial, los factores genéticos se ven potencializados en su expresión por el entorno obesogénico que tiene un papel primordial (Martínez, 2017). Algunas teorías sociales establecen que las conductas son adquiridas a partir de la imitación, y que los entornos de la familia, escolares, comunitarios, culturales y legislativos que determinan las conductas humanas. La dieta/ alimentación y la conducta alimentaria son una interacción de determinantes ambientales, cognitivos, fisiológicos y socioculturales con imitación de modelos familiares y sociales. Las conductas alimentarias relacionadas con el consumo de alimentos y la actividad física son factores que contribuyen a la obesidad (Cruz-Sánchez et al, 2012).

Ente otros condicionantes están la influencia de la televisión, medios electrónicos y redes sociales son medios de comunicación importante para transmitir y modificar las conductas alimentarias y estilos de vida de la audiencia, por sus programas, mensajes o por los anuncios. Estos constituyen parte del entorno familiar y promueven y refuerzan: 1) un estilo sedentario, por el uso de medios electrónicos; 2) una dieta no saludable rica en alimentos de alta densidad calórica, rica en fructosa y otros elementos no saludables y 3) el consumo de grandes proporciones de alimentos y bebidas azucaradas, energéticas y alcohólicas (Ramírez et al, 2011).

Estudios recientes han documentado una asociación significativa entre el tiempo que niños, adolescentes y adultos ven televisión, usan medios electrónicos y la predisposición al sobrepeso y obesidad, informaron que los jóvenes que veían más de dos horas al día de televisión o uso de computadora y videojuegos tenían un mayor consumo de botanas, refrescos y bebidas azucaradas (Batis et al, 2017). También se ha descrito que la exposición a los anuncios de alimentos no saludables de que se ven en televisión disminuye el consumo de frutas y verduras (Andreyeva, 2011). Asimismo, se ha descrito que los anuncios propician que de los jóvenes y madres, prefieran la compra de los alimentos anunciados, favoreciendo un aumento de la selección, adquisición y consumo de alimentos industrializados en el ámbito familiar (Osorio et al, 2014). Por lo tanto, se relaciona la asociación entre la probabilidad de una adquisición y la demanda de los alimentos anunciados en televisión y medios electrónicos de publicidad (Cairns, 2013).

Cuando se está en una edad donde los padres de familia eligen el menú, es factible poder alimentar los niños de una manera saludable, sin embargo, cuando éstos crecen, son jóvenes y se vuelven más independientes, alimentarlos sanamente se vuelve todo un reto puesto que la comida que les gusta es aquella de alta densidad calórica, alimentos ultra-procesados como, las hamburguesas, hot dogs, papas fritas, pizza, sopas instantáneas, galletas, pasteles y todo aquello que está cubierto de grasa, dulce o chocolate, pero que además se ofrecen en el mercado, son de fácil adquisición y a un costo accesible, ya que a esta edad también no se cuenta con una solvencia económica, por eso también la preferencia del consumo de estos alimentos (Oliva- Chávez y Frago-Díaz, 2013). La mayoría de veces las consumen en locales comerciales, tiendas de conveniencia, escuelas, comedores o tiendas de las universidades, o simplemente a la vuelta de la esquina, sitios de reunión, donde siempre hay un puesto de alguna fritura acompañándose de refrescos y bebidas alcohólicas.

Esto constituye un verdadero déficit entre la calidad, el bajo precio y un aumento en la demanda de estos alimentos, elementos asociados fuertemente entre sí, que influyen en la conducta y preferencia de los jóvenes. La comida rápida contiene grandes cantidades de sodio, el cual puede elevar de manera considerable la presión arterial ocasionando problemas de salud, también contiene proteína y carbohidrato simple de mala calidad, rica en ácidos grasos saturados y pobres en fibra lo que predispone a enfermedades crónicas desde etapas tempranas de su vida manifestándose al llegar su madurez o antes (Cairns, 2013). En esta época actual de industrialización en nuestro país y en el mundo, se incluyen a la comida y otros estilos de vida que han propiciado un “ambiente obesogénico” en el que existen un conjunto de factores ambientales y sociales a los que un individuo está expuesto y que son motivo para que gane peso corporal hasta rebasar el límite ideal que le garantice un buen estado de salud. Los factores socioculturales y económicos determinan una alimentación y un gasto energético nocivo o saludable (Bhurosy y Jeewon, 2014), además de la influencia de todos los medios de comunicación que tienen ascendencia sobre los comportamientos de la población haciendo necesaria la compra de diversos alimentos para integrar la dieta habitual de la familia y predomina en los sitios de convivencia entre los jóvenes (Martínez, 2017).

Estigmas en los jóvenes con sobrepeso y obesidad

La distribución del sobrepeso y obesidad es heterogénea diferenciada por género en donde existen muchas aseveraciones, se ha observado la presión ejercida en con mayor influencia en las mujeres que en los hombres a través de la publicidad, así como el estilo de vida moderno de la sociedad occidental, hace que se demande el culto a un cuerpo esbelto y bello, apoyado también por el discurso medicalizado que señala “lo delgado como bueno y lo gordo como malo” (Raich, 2016). Estos y otros factores influyen en la construcción social de la feminidad y la manera cómo la cultura trasmite alternativas de belleza y de culto al cuerpo, delgado, mientras que en algunas mujeres tratándose de adaptar a estos modelos sufren frecuentes trastornos de la conducta alimentaria como la bulimia y anorexia, estas jóvenes tienden a tener ideas negativas de su cuerpo ya que se perciben más gordas de lo que son producto en parte de esta concepción creada de belleza. Y otras se permiten la imagen de mujeres con sobrepeso ya que más que adelgazar sus cuerpos construyen sus identidades a través del género y la clase social, mediante su rol de madres y así son bien aceptadas sin ser penalizadas socialmente por tener sobrepeso, de esta forma incorporan las prácticas y significados sociales, reproduciéndolas en la vida diaria sin importar su imagen corporal (Angelucci et al, 2017).

El impacto de la obesidad en la sociedad es tan grande que actualmente ha trascendido de un problema médico a problema social, cultural, demográfico y económico, complejo, de las estructuras sociales (Lovejoy, 2011). En sociedades occidentales representan un problema de salud y moral, es decir, que las personas que no son obesas, o de peso normal, juzgan y condenan a las otras por estar “gordos o gordas”, además haciéndolas responsables de su estado de salud (Jackson, 2016).

Las encuestas recientes de salud y nutrición (INSP, 2018) reportan que las mujeres, en general, son más sedentarias que los varones y se observa menos actividad física (Tremblay et al, 2016), sin embargo aquí hay diversos factores que podrían afectar este hábito, ya sea como el rol que juega frente las tareas del hogar, la atención de los hijos, preparación de los alimentos para la familia o podría ser que los hombres están más estimulados que

ellas para las actividades físicas y en consecuencia, obtienen más acceso y facilidades para realizarlas (Castañeda, 2014). En un estudio realizado en algunos municipios de México se encontró que la disponibilidad de infraestructura para la práctica de actividad física recreativa y deportiva era menor en zonas de bajas condiciones socioeconómicas (Foster et al, 2018) esta desigualdad social compromete a los grupos que ya son vulnerables a los determinantes económicos e incluso de accesibilidad a los servicios de salud, modificando la conducta de la persona que se encuentra inmersa en un ambiente obesogénico con desventaja en las clases menos privilegiadas (Martínez, 2017).

Actualmente también los jóvenes son comparados con modelos de hombres “fuertes y musculosos”, mostrando un patrón de un físico ideal obteniendo este cuerpo por medio de la práctica de algún ejercicio o deporte de manera muy particular (Lovejoy, 2011), y condenando al sobrepeso que puedan sufrir. A este respecto entonces se considera que se es obeso por “comer demasiado”, o que “no le gusta hacer ejercicio” o que ha intentado bajar de peso sin éxito y la creencia de la gente acerca de que quien presenta sobrepeso tiene en sus manos el problema y también la solución, esto es una muestra de este estigma que pesa sobre estas personas que son vistas como “perezosas”, entonces se le juzgan culpables de tener sobrepeso y obesidad (De Domingo y López, 2014). El significado de la responsabilidad juega un rol importante en las reacciones del público al estigma físico de la obesidad, debido a que se ve a los individuos que la padecen, carentes de autocontrol y de fuerza de voluntad para enfrentar su enfermedad y “bajar de peso y verse fuertes” (Jackson, 2016).

He aquí hacer hincapié que este padecimiento tiene una etiología compleja, multifactorial en donde no existen causas únicas atribuibles a esta patología y su abordaje tendrá que ser en forma multidisciplinaria contemplando todos los aspectos del ser humano.

Algunas reflexiones

Existen condiciones de vidas biológicas o heredadas, que funcionan como estructuras que condicionan las posibilidades de la existencia de padecer

una enfermedad, lo que obliga a elegir prácticas saludables y a desdeñar otras. Prevenir y tratar al sobrepeso y obesidad como enfermedad es un reto, ya que es un padecimiento complejo multifactorial, multideterminado y su abordaje es a través de varios profesionales de salud no solo del médico, además depende también de la instauración de políticas y programas de salud pública accesibles a toda la población que brinden las oportunidades adecuadas para poder adoptar hábitos, conductas y costumbres que sean saludables. Es imprescindible la aplicación de medidas de intervención en el primer nivel de atención, que sean oportunas, dirigidas a la población en general, a las familias y al individuo, adaptándose al contexto propio en cada colectivo, a su ambiente sociocultural, economía y otros elementos, que condicionan ciertas prácticas sociales que están mediando estas elecciones de vida, permitiendo ciertas oportunidades dentro su ambiente específico. Es importante considerar que la implementación de estas medidas de promoción, educación para la salud, tratamiento y control de esta enfermedad sean basadas en evidencias científicas y por profesionales de salud adecuadamente capacitados (OMS, 2017).

Considerar que actuar en favor de la población juvenil es de suma importancia, puesto que en esta etapa de la vida se adoptan prácticas nocivas o saludables que se irán reforzando en sus ciclos de vida posterior, encaminada a vivir una vida plena en su adultez para ir hacia un envejecimiento saludable. De aquí la posibilidad de elaborar programas focalizados para este grupo de edad que promuevan y comuniquen estilos de vida adecuados haciendo énfasis en preservar la salud y prevenir el sobrepeso y la obesidad.

Referencias

Aceves-Martins, M., Llauradó, E., Tarro, L., et al. (2016). Factores promotores de la obesidad en niños y adolescentes mexicanos: desafíos y oportunidades. *Global Health Action* 9(1): 29625.

Andreyeva, T. (2011). Exposure to food advertising on television: Associations with children's fast food and soft drink consumption and obesity. *Economics and Human Biology*, 32, 43-46.

Angelucci, L., Cañoto, Y., Hernández, M. (2017). Influence of lifestyle, sex, age and BMI on physical and psychological health in university students. *Adv Lat Am Psychol*, 3, 531-546.

Araneda, J., Ruiz, M., Vallejos, T., Oliva, P. (2015). Fruit and vegetable intake by adolescents of Chillán City, Chile. *Rev. Chil. Nutri*, 42, 248-53. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182015000300004&lng=es

Batis, C., Pedraza, LS., Sánchez-Pimienta, TG., Aburto, TC., Rivera-Dommarco, JA. (2017). Energy, added sugar, and saturated fat contributions of taxed beverages and foods in Mexico. *Salud Publica Mex*, 59, 512-7.

Bautista, ML. (2015). Imagen corporal, conducta alimentaria, ajuste psicológico y calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía bariátrica: Una aproximación longitudinal [Tesis doctoral]. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Behm, R. (2017). Economic and social determinants of mortality in Latin America. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43.

Bhurosy, T., Jeewon, R. (2014). Overweight and obesity epidemic in developing countries: a problem with diet, physical activity, or socioeconomic status? *Scientific World Journal*, 964236.

Borrell, C., Malmusi, D. (2010), La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria* 24, 1, 101-108.

Cairns, G. (2013). Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children. A retrospective summary. *Appetite*, 62,209-15.

Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Canadá (1986). Disponible en: <https://www.paho.org/terra/index.php/subject-matters/documents/carta-ottawa-promocion-salud>

Castañeda, C. (2014). *Características de la práctica deportiva en función del género. Estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación: Universidad de Sevilla. Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 25, 63-67.

Crochet, RA., King, SE., Marteau, TM., Prevost, AT., Bignardi, G., Roberts, NW., et al. (2018). *Nutritional labelling for healthier food or non-alcoholic drink purchasing and consumption. Cochrane Database Syst Rev*, 2.

Cúneo, F., Maidaba, TE. (2014). *Proposal and implementation of a food quality and protection index in urban adolescents. Diaeta*, 32,14-22. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372014000400003&lng=es

Cruz-Sánchez, ME., Tuñón-Pablos, G., Álvarez-Gordillo, M., Villaseñor- Farías. (2012). *Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas chontales de Nacajuca, Tabasco. Población y Salud en Mesoamérica* 9, 1-23.

Dávila, J. (2015). "Panorama de la obesidad en México", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53, 2.

De Domingo, B. y López, J. (2014). *La estigmatización social de la obesidad. Cuadernos de Bioética*, 25, 273-284.

Garriga, Y., Navarro, J., Saumell, A., Serviat, T., León de la Hoz, J., García, S. (2012), *Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud. Rev INFODIR*, 15.

Foster, HME., Celis-Morales, CA., Nicholl, BI., Petermann-Rocha, F., Pell, JP., Gill, JMR., et al. (2018). *The effect of socioeconomic deprivation on the association between an extended measurement of unhealthy lifestyle factors and health outcomes: a prospective analysis of the UK Biobank cohort. Lancet Public Health*, 12, 576-85.

Gracia, M. (2011). *La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social. Rev. Fac. Med. (Méx.)*, 54, 3.

Gutiérrez, R., Aldea, L., Cavia, MM., Alonso-Torres, SR. (2015). *Relación entre la composición corporal y la práctica deportiva en adolescentes. Nutrición Hospitalaria*, 32,336-45. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309239661049.pdf>

Hernández-Ávila, M., Martínez-Montañez, OG. (2011). *Lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar en los planteles de educación básica. Boletín Médico Hospital Infantil México*, 68, 1-6.

Hernández-Cordero, S., Cuevas-Nasu, L., Morán-Ruán, MC., Méndez-Gómez, R., Humarán, I., Ávila-Arcos, MA., Rivera-Dommarco, JA. (2017). *Overweight and obesity in Mexican children and adolescents during the last 25 years. Nutr Diabetes*, 7, 247. <https://doi.org/10.1038/nutd.2016.52>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-de-medio-camino-2016>

INEGI-INSP. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

Jackson, SE. (2016). Obesity, Weight Stigma and Discrimination. *Obes Eat Disord*, 2,1-3.

Kroker-Lobos, MF., Pedroza-Tobías, A., Pedraza, LS., Rivera, JA. (2014). The double burden of undernutrition and excess body weight in Mexico. *Am J Clin Nutr*, 100, 1652S-8S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.083832>

Kumanyika, S. (2018). The sociocultural context for obesity prevention and treatment in children and adolescents: influences of ethnicity and gender. In: Freemark, M. *Pediatric Obesity. Contemporary Endocrinology*. Humana Press Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-68192-4_40

Kumanyika, S., Jeffery, RW. Morabia, A., Ritenbaugh, C., Antipatis, VJ. (2002). Public health approaches to the prevention of obesity (PHAPO) working group of the international obesity task force (IOTF). *Obesity prevention: the case for action. Int J Obes Relat Metab Disord*, 26, 425-36.

Kumanyika, SK., Obarzanek, E., Stettler, N., y col. (2008). Prevención poblacional de la obesidad. *Circulación*, 118, 428-464.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of the National Health and Welfare.

Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M., Hall, K., Gotmaker, S., Swinburn, B., et al. (2015). Child and adolescent obesity: Part of a bigger picture. *Lancet*, 385, 2510-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61746-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61746-3)

Lovejoy, M. (2011). Disturbances in the Social Body: Differences in Body Image and Eating Problems Among African American and White Women. *Gender and Society*, 15, 239-261.

Martínez, A. (2017). La consolidación del ambiente obesogénico en Méxi-co”, *Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, Centro de Investigación en Alimen-tación y Desarrollo de México, 27, 50.

Moreno, L. et al. (2014). "Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México", *Revista Médica del Hospital General de México*, 77, 114-123.

Oliva-Chavez, OH., Fagoso-Díaz, S. (2013). Consumo de comida rápida y obesidad, el poder de la buena alimentación en la salud. *Rev Iberoam para la Investig y el Desarro Educ*, 4, 176-99.

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Conjunto de recomendaciones sobre la Promoción de alimentos y Bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños*. Ginebra. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243500218_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Obesidad y sobrepeso*. Disponible de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Desarrollo en la adolescencia. Un periodo de transición de crucial importancia*. [Internet] 2017. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Osorio, V R., Sánchez, E G., Ordóñez, M A., Vidal, CG. (2014). *Salud y medios de comunicación: un encuentro ineludible*. *Revista Digital de Comunicación*, 3, 61-70.

Pérez, SV., Novalbos-Ruiz, JP., Rodríguez-Martín, A., Martínez-Nieto, JM., Lechuga-Sancho, AM. (2013). *Implications of family socioeconomic level on risk behaviors in child-youth obesity*. *Nutr. Hosp*, 28,1951-60.

Pérez-López, JJ., Tercedor-Sánchez, P., Delgado-Fernández, M. (2016). *Efectos de los programas escolares de promoción de actividad física y alimentación en adolescentes españoles: revisión sistemática*. *Nutrición Hospitalaria*, 32, 534-44. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309243317009>

Pereira-Chaves, JM., Salas-Meléndez, MA. (2017). *Análisis de los hábitos alimenticios con estudiantes de décimo año de un Colegio Técnico en Pérez Zeledón basados en los temas transversales del programa de tercer ciclo de educación general básica de Costa Rica*. *Revista Electrónica Educare*, 21, 3-5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6114881>

Raich, R. M. (2016). *La tiranía de la imagen*. Singlatana.

Ramírez, G., Souto, MC., Bacardí, M., Jiménez, A. (2011). *Efecto de la publicidad de alimentos anunciados en la televisión sobre la preferencia y consumo de alimentos*. *Nutr Hosp*, 26, 1339-1344.

Rivera, J., González-Cossío, T., Pedraza, L., Aburto, T., Sánchez, T., Martorell, R. (2014). *Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review*. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2, 321-32. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70173-6](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70173-6)

Temblay, MS., Barnes, JD., González, SA., Katzmarzyk, PT., Onywera, VO., Reilly, JJ., et al. (2016). *Global Matrix 2.0: Report card grades on the physical activity of children*

and youth comparing 38 countries. *J Phys Act Health*, 13, 343-66. <https://doi.org/10.1123/jpah.2016-0594>

Vázquez, C., Vega, S., Gutiérrez, R., Barquera, S., Barriguete, JA., Coronel, S. (2015). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 21,15-21. Disponible en: [http://www.renc.es/imagenes/noticias/Web%20NUTR.%20COMUN.%201-2015%20\(INTERIORES\).pdf#page=19](http://www.renc.es/imagenes/noticias/Web%20NUTR.%20COMUN.%201-2015%20(INTERIORES).pdf#page=19)

World Health Organization. (2013). *The economics of social determinants of health and health inequalities*. Geneva: WHO, 2013.

Alimentación: un panorama desde la intervención social en México

Azucena Ojeda Sánchez

Introducción

• Cómo se ha pensado el campo de la alimentación? ¿Cómo se ha intervenido en México y mediante qué estrategias? y, por último, ¿Qué propuestas se han generado desde las universidades? Dado que México, al igual que otros países en desarrollo, atraviesa por una transición alimentaria que implica no sólo cambios alimentarios, sino procesos multifactoriales que afectan los comportamientos colectivos, cuya tendencia es la industrialización y el consumismo (López y Carmona, 2005), este capítulo pretende brindar un panorama general de las respuestas desde distintos actores sociales, con especial interés en las dirigidas a la población juvenil universitaria. Para este fin, se realizó una revisión de la literatura científica en materia de alimentación, salud e intervenciones en México.

Se discuten cuatro perspectivas: *Políticas públicas y programas nacionales en México*, donde se plantea la alimentación como un asunto de Estado, y da cuenta de los cambios en la producción y la distribución de alimentos; *Estudios antropológicos sobre alimentación en México*, centrados en la formación de hábitos y costumbres alimentarias específicas de la cultura mexicana; *Intervenciones alimentarias biomédicas y psicosociales*, que muestran los abordajes dominantes realizados en poblaciones mexicanas; y *Modelos predominantes de investigación-intervención social en universidades mexicanas*, por ser un sector no prioritario para las políticas en salud, no obstante es “clave” para las condiciones de transformación hacia una vida colectiva más saludable.

Políticas públicas y programas nacionales en México

Desde principios del siglo XX a la fecha, en México se han desarrollado distintas políticas y programas nacionales para disminuir la desnutrición

producto de crisis económicas. Barquera, Rivera y Gasca (2001), indican que tales estrategias iniciaron como asistenciales hasta transformarse en programas integrales de coordinación intersectorial. Además, se implementaron a poblaciones vulnerables (rurales, indígenas, niños, mujeres embarazadas, adultos mayores) para dar transferencia de ingreso (alimentos) y, en algunos casos, un componente educativo. Señalan que los más importantes han sido de la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-Coplamar, IMSS-Solidaridad, IMSS-Progresa), cuyo propósito fue mejorar la salud y proteger a grupos vulnerables, por monitoreo y vigilancia de salud, orientación y educación en alimentación.

En la historia reciente, el Gobierno de México ha aplicado un gran número y variedad de políticas y programas de nutrición para contribuir al mejoramiento nutricional en el país. Esto ha incluido políticas económicas y de precios de alimentos, subsidios a la producción y el consumo de alimentos, venta al menudeo de alimentos básicos subsidiados y programas de distribución de desayunos escolares, despensas y canastas de alimentos. La ayuda alimentaria directa ha tenido como principal objetivo complementar la dieta o mejorar la nutrición de ciertos grupos, generalmente dirigido a mujeres embarazadas y niños pequeños (Ojeda et al., 2019).

El impacto en sus estrategias no ha sido suficientemente documentado, aunado a la confusión de objetivos, problemas de diseño, falta de focalización, mala planeación y ejecución, lo que diluye las políticas en procesos inacabados y poco sistemáticos, con multiplicidad y superposición de programas (Barquera et al., 2001; Rivera, 2007); como consecuencia, se afecta la economía del país por este tipo de programas mal diseñados (De la Cruz, 2013). Lo anterior marca la necesidad de un diseño y planificación de programas que incrementen su efectividad en la implementación (Rivera et al., García 2013). Y se ha comprobado que no alcanzan los resultados esperados, a nivel regional el programa Oportunidades logró “un impacto muy limitado” en tal disminución (García-Parra et al., 2015).

Con respecto a las políticas alimentarias, en donde se contempla “un componente educativo”, ha prevalecido un enfoque simplista y reduccionista en los procesos pedagógicos. En los artículos revisados no se encontraron

los métodos implementados para “educar” a poblaciones vulnerables. Al parecer, dicha acción se ha centrado en informar sobre riesgos y hacer recomendaciones sobre productos y porciones (Ojeda et al., 2019). La educación implica desarrollar facultades que permitan a las personas tomar decisiones y ejercer su autonomía en un marco de información confiable para asumir el poder sobre su vida y salud. Al respecto se ha dado un fenómeno desde la sociedad civil organizada, denominada *Alianza por la Salud Alimentaria*, que agrupa asociaciones civiles y profesionistas, preocupados por la epidemia del sobrepeso y obesidad en México, que buscan incidir en políticas integrales, justas y acciones colectivas transformadoras.

Estudios antropológicos sobre alimentación en México

En el lado anverso de las políticas públicas están las formas culturales y sociales, en que se desarrolla la alimentación en condiciones específicas. De ahí que la antropología ha entrado a la discusión de un dominio biológico como la nutrición, para mostrar que la cultura juega un papel determinante en las prácticas del comer (Fausto et al., 2006). La primera ruptura epistemológica dada sobre alimentación es mostrar la limitada concepción de hábitos, pues no tiene que ver con la repetición de actos, sino con usos, cualidades y significados que caracterizan al sistema alimentario de determinado grupo social (Contreras y Gracia, 2005), también con formas de consumo, pues aluden a la búsqueda de prestigio y diferenciación social (De Garine, 1987), se trata así de un hecho de conciencia y poder en relación con otros. Por ello, se mencionan algunos estudios que nutren su dimensión sociocultural.

El interés de la antropología en este campo no es reciente. De hecho, existen distintas líneas de investigación, basadas en la antropología médica que busca identificar los saberes tradicionales, frente a prácticas terapéuticas donde confluye la alimentación como eje central de los procesos salud-enfermedad (Castro, 2007; Coria, 2014), o la antropología de la alimentación que profundiza en las significaciones de la comida y otros procesos locales/globales (Bertran, 2010; Cárdenas, 2014). Otros sobre la relación de las prácticas alimentarias, procesos simbólicos y género (Pérez-Gil y Díez-Urdanivia, 2007); o sobre el vínculo entre cuerpo, imagen y saberes alimentarios (Pérez-Gil et al., 2011); el reconocimiento del espacio público y la comida (García, 2011); la

transnacionalidad, globalización y regionalismo de la gastronomía (Bertran, 2017; Ayora, 2017), y de manera más reciente con la antropología de los sentidos que si bien comenzó en la década de los ochenta (Howes, 2014) el objeto de estudio apunta hacia la sensibilidad sensorial (oído, olfato, tacto, gusto, vista) ligados a construcciones culturales y simbólicas que determinan formas colectivas de la alimentación (Mazzetto, 2017).

En particular, según señala Bertran (2010), la antropología realizada en México ha estudiado la alimentación desde principios del siglo XX. Manuel Gamio, realizó el primer estudio sobre alimentación en indígenas. Este autor presentó distintos artículos para visibilizar las condiciones en que se alimentaban estas poblaciones y su relación con la pobreza. Mientras que en los años cuarenta y cincuenta, la alimentación aparecía como un paradigma del desarrollo, en los sesenta se planteaba que la dieta indígena está determinada por la estructura económica; también aparecen las primeras ideas sobre el valor simbólico de los alimentos, las que incrementaron en los años setenta y ochenta. Esto posibilitó que en los ochenta se creara el seminario interdisciplinario “La alimentación del futuro” en la UNAM, donde se mostraba la importancia cultural de la comida. Mientras que en los últimos veinte años se realizaron algunas tesis de grado relacionadas con la alimentación y los elementos rituales, festivos, salud, migración y consumos capitalistas.

Cabe señalar que aunque los estudios antropológicos en México se vienen incrementando, existen algunos campos poco estudiados y a considerar en líneas futuras de investigación. Pérez-Gil y Díez-Urdanivia (2007), han abordado una perspectiva central y poco estudiada: el género. A mediados de los años ochenta la perspectiva de género se incorporó a la comprensión de las prácticas, costumbres alimentarias y significados de los alimentos, por lo que el uso de esta categoría de análisis desde el ámbito antropológico implica introducir la pregunta del acto del comer en las familias y el proceso alimentario (decisión, provisión o adquisición, preparación y distribución de alimentos). Por lo cual, la experiencia de las mujeres es fundamental dado su lugar culturalmente asignado como cuidadora de otros e inicia con la decisión diferenciada de dar leche materna a hijos más que a las hijas, pero este lugar de cuidado se extiende a las formas de producir y distribuir los alimentos. En

esta revisión, no encontré más líneas de investigación entre alimentación y género, por lo que se requiere incorporar en los análisis su relevancia.

Hasta aquí se han mencionado algunos estudios antropológicos que muestran la relación entre lo local y lo global, entre tradición y modernidad y entre el “patrimonio gastronómico” y la entrada de una nueva colonialidad.

No obstante, en México el enfoque predominante sobre alimentación se centra en su dimensión biológica y de prevención de enfermedades. Por lo que falta integrar estos conocimientos a las políticas públicas y las intervenciones comunitarias.

Intervenciones alimentarias biomédicas y psicosociales

Por un lado, las ciencias biomédicas constituyen el campo dominante en materia de conocimientos más valorados por la sociedad, sobre la alimentación más adecuada para su salud. Con una larga trayectoria de incidencia de la medicina, a partir de la salud pública, y la nutrición como ciencia más joven que se apoya de la epidemiología nutricional, han centrado sus esfuerzos en realizar estudios, emitir recomendaciones y programas. Su fuente más importante de información del estado nutricional y alimentario de la población son las encuestas, que son estudios periódicos en muestras representativas de un municipio, región, estado o del país. Por lo general se investigan algunos datos socioeconómicos, de alimentación familiar y se toman indicadores del estado nutricional del grupo más frágil (niños preescolares). La gran mayoría de las encuestas en México las ha realizado el Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubirán” (INNSZ) (Rivera, 2007).

Una herramienta ampliamente utilizada por los profesionales de la salud (médicos/as, enfermeras/os, nutricionistas) es la guía alimentaria. Desde hace más de 40 años, México cuenta con recomendaciones nutrimentales específicas para su población, que fueron establecidas y son revisadas periódicamente por el INNSZ y otras instituciones. Las recomendaciones mexicanas establecen la definición de “*dieta correcta*”, que se caracteriza por ser completa, equilibrada, inocua, suficiente, variada y adecuada. El “Plato del Bien Comer” (PBC) se convirtió en la recomendación general de la guía

alimentaria para México, por ser la más clara en su interpretación, donde se plasman criterios generales de orientación (Casanueva et al., 2008). Esta guía ilustra con imágenes distintos alimentos, los tres grupos a consumirse para la combinación y variedad de la dieta: 1. Verduras y frutas, 2. Cereales, y 3. Leguminosas y alimentos de origen animal (Altamirano et al., 2017).

No obstante, se ha observado la tendencia a incluir aspectos relacionados al estilo de vida, como la actividad física y el consumo de líquidos bajos en azúcar. Otras recomendaciones son la convivencia familiar, el moderado consumo de sal, la importancia de la lactancia materna y control en el consumo de alcohol (Altamirano-Martínez et al., 2015). Ahora bien, el uso de esta herramienta puede ser utilizada como una recomendación general alternativa para facilitar el proceso educativo y la adopción de hábitos alimentarios saludables, sumados a otros aspectos del estilo de vida, y que puede ser utilizada por los profesionales de la salud para impactar de manera positiva en la población (Altamirano et al., 2017). Entre las limitaciones de las guías alimentarias es que están descontextualizadas de las regiones, la cultura alimentaria y la economía familiar. Y para garantizar la salud es necesaria la disponibilidad y accesibilidad de los productos, así como servicios de atención primaria para orientar a las poblaciones. Por sí misma una guía no garantiza la alimentación saludable.

Por otro lado, están las intervenciones clínicas que parten de la adherencia terapéutica. Ésta puede definirse como la medida en que el paciente asume las normas o consejos del profesional sanitario, tanto de los hábitos o estilo de vida recomendados, como del tratamiento farmacológico prescrito (Altamirano-Martínez et al., 2015). El abordaje clínico que realizan los profesionales sanitarios, especialmente en la medicina y la nutrición, requieren la producción de adherencia terapéutica, que supone lograr objetivos terapéuticos y evitar graves complicaciones asociadas a la enfermedad en cuestión, por lo que es crítico conseguir la toma de medicamentos y seguir las restricciones de alimentación para aminorar padecimientos y efectos, lo que ha representado distintos retos si se toma en cuenta que la falta de adherencia se sitúa entre 30-51% en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que toman antidiabéticos orales y de cerca del 25% en pacientes insulinizados (Orozco-Beltrán et al., 2016).

Ahora bien, estas intervenciones biomédicas actúan cuando ya apareció un problema de salud, por lo que su énfasis es biologicista e individualista. Parten de la comprensión de que el sobrepeso, la obesidad y la inactividad física son fundamentalmente problemas conductuales y, para combatirlos, deben ocurrir cambios de conducta específicos en los hábitos de alimentación y en el nivel de actividad física. Entre las estrategias está el informar de los beneficios de una alimentación sana. Empero, a pesar de los años divulgando esta información de diversas maneras, el resultado no es suficiente. Se instruye a partir de la relación causa-efecto, que se usa diariamente en la ejecución automática de tareas y, en este caso, el resultado también ha sido pobre (Schnel, 2014).

Una crítica a estos abordajes clínicos es la presuposición a trabajar con un sujeto “racional” que analiza, toma decisiones y actúa de manera perfectible. Es innegable que sus esfuerzos son importantes, según las posibilidades de atención de profesionistas sanitarios para proveer recursos a las personas, sin embargo, sus limitaciones operan en las creencias de lo racional y lo mecanicista. En realidad, se trata de procesos racionales, emotivos, inconscientes, volitivos, motivacionales, ideológicos y reflexivos los que operan en la vida de las personas, su calidad de vida, la relación dada con su cuerpo y su entorno social.

Por otro lado, dada la elevada morbilidad y mortalidad relacionada con estas enfermedades, que demanda acciones curativas costosas, actualmente muchos países han replanteado políticas de salud, con miras a dar mayor prioridad a acciones preventivas y de salud colectiva. Y los principales instrumentos de la prevención son la educación para la salud y la prevención específica. La educación tiene un ámbito diverso, abarca aspectos como la promoción de una alimentación sana y equilibrada, una vivienda higiénica y funcional, fomento de la actividad física, acceso a fuentes de recreación, práctica del descanso reparador, así como ampliación de cultura sobre la salud. Si bien la OMS establece la recomendación sobre cantidades de energía y nutrientes diarios, de acuerdo a grupos de edad, sexo y actividad física, la educación para una correcta alimentación es algo más que la consecución del equilibrio nutritivo y, por tanto, ha de contemplar también los aspectos sociales y culturales que forman parte de ella (Rivera, 2007).

Es importante destacar que la *educación nutricional* tiene dos aproximaciones: por un lado, la educación sobre la nutrición (los estudios tradicionales basados en información) y la educación en la nutrición orientada a la acción, entendiéndola como “actividades de aprendizaje cuyo objeto es facilitar la adopción voluntaria de comportamientos alimentarios y de otro tipo relacionados con la nutrición que fomentan la salud y el bienestar”. Este enfoque se centra en las personas, su contexto social y estilos de vida, parte de una metodología basada en la acción y, entre sus estrategias, está el marketing social, la comunicación para el cambio de comportamiento, la nutrición comunitaria y la promoción de la salud (FAO, 2011).

De acuerdo a esta revisión sobre intervenciones sociales, se encontró que la nutrición comunitaria cobra fuerza, cuya base es la educación. Ésta se define como el conjunto de actividades vinculadas a la salud pública que, dentro del marco de la nutrición aplicada, se desarrollan con un enfoque participativo de la comunidad para potenciar y mejorar su estado nutricional. Entre sus funciones están: 1) Identificar y evaluar problemas nutricionales de la población, con énfasis en grupos de riesgo; 2) Asesorar en nutrición desde las políticas de salud pública; 3) Diseñar, desarrollar y evaluar programas en nutrición para personal sanitario y docente hacia actividades comunitarias; 4) Realizar programas de educación nutricional en escuelas y población general; 5) Elaborar material educativo y de apoyo a actividades de promoción de la salud; 6) Contribuir a iniciativas de medios de comunicación en dieta y salud; 7) Negociar cambios en la industria alimentaria; 8) Facilitar información a profesionales de salud y 9) Asesorar y colaborar con instituciones que lleven actividades de alimentación y nutrición colectivas (OPS, 2002).

Sin embargo, en México predomina la educación en nutrición informativa, más que la orientada a la acción. A partir de estos hallazgos, existen recomendaciones para implementar políticas alimentarias en México, cuyas principales bases son (Rivera, 2007): 1) Que los conceptos permitan mejorar la alimentación de la población, por lo que deben ser claros, simples y prácticos; 2) Los mensajes deben ser reiterados, cuidadosos y únicos, para que no incurran en contradicciones y confusiones, por lo que deben ser adaptados a cada zona y estación del año, pues la disponibilidad de alimentos difiere según la región y la época; 3) La temática debe centrarse en la alimentación

y sus aspectos cotidianos; 4) Es preciso cambiar algunos hábitos, pero otros deben reforzarse; 5) Es fundamental reglamentar la publicidad mentirosa o exagerada, que puede representar un enemigo de la sociedad; 6) Es necesario que las demandas alimentarias creadas se sustenten en el abastecimiento oportuno de los productos y de su acceso; y 7) Se aconseja propiciar la participación activa de la comunidad en la planificación de programas alimentarios, y evitar esquemas pasivos que consideran al público como receptor.

Modelos predominantes de investigación-intervención en universidades

Como ya se mencionó, en México las políticas públicas han priorizado en sus programas y acciones a las poblaciones vulnerables, como son los escolares de nivel básico. *El Programa de Acción Específico 2007-2012 Escuela y Salud*, de la Secretaría de Salud (2009), incidió en entornos escolares para fortalecer e integrar acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, como el sobrepeso y la obesidad en niños, a través de un abordaje de alimentación saludable. No obstante, los jóvenes mexicanos han sido olvidados por las políticas públicas, por lo que se identifica un vacío en intervenciones y estudios en este sector (Prieto, 2012). Esto es problemático porque la población joven es vulnerable, porque no se percibe en riesgo de contraer enfermedades y, paradójicamente, sus prácticas culturales implican vivir experiencias extremas y en constante exposición. Focalizar a la población juvenil universitaria es importante, porque será el sector que aporte conocimientos especializados a la sociedad y ser agentes de salud.

De acuerdo a la revisión acerca de las intervenciones realizadas en universidades mexicanas, destaca el tema de estilos de vida saludables, los que incluyen la alimentación (Contreras et al., 2013; Barragán-Ledesma et al., 2015). Existe la conformación de una Red de Universidades Mexicanas de Promoción de la Salud, son pocas las sistematizaciones y evidencias de intervenciones. Y el panorama muestra que el problema se ha enfrentado de forma fragmentada.

La información indica que las aproximaciones son de tipo exploratorio y descriptivo, y predomina un abordaje cuantitativo mediante encuestas. Uno

de los estudios parte de un diagnóstico del estado nutricional y antropométrico en estudiantes de la Universidad Autónoma de Yucatán, encontrando que el sobrepeso y la obesidad han aumentado considerablemente (Lorenzini et al., 2015); otro estudio de la Universidad Juárez del Estado de Durango exploró estilos de vida, midiendo seis dimensiones: nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud, manejo del estrés, soporte interpersonal y auto-actualización. La mayoría de la población (66.4%) tuvo un estilo de vida regular, 17.8% en mayor riesgo y sólo 15.8% tenía un estilo de vida bueno (Barragán-Ledesma et al., 2015). Por otro lado, existe un estudio exploratorio para identificar la percepción sobre salud y calidad de vida relacionada con la satisfacción en el medio universitario. Si bien no se centra en alimentación, muestra la pertinencia de hacer intervenciones focalizadas con jóvenes, pues existen condiciones sociales y subjetivas aunadas a entornos escolares, que favorecen o no su calidad de vida (Lara et al. 2015). Por último, a través de un estudio descriptivo se analizaron los conocimientos nutricionales de estudiantes del área de la salud (enfermería, medicina y nutriología) del estado de Chiapas, encontrando que son insuficientes, lo que compromete su salud (López et al., 2017).

Mención aparte merece otro estudio que indagó sobre los hábitos alimentarios en estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de México, por medio de entrevistas semiestructuradas. Sus hallazgos sitúan al *habitus* en tanto categoría sociológica que describe cómo los comportamientos se conforman de un sistema de disposiciones sociales y subjetivas (Contreras et al., 2013).

Es a partir de la praxis psicosocial comunitaria en salud, que considera en sus indagaciones la subjetividad y los determinantes socioculturales a nivel epistemológico y de intervención social, que coincidimos para diseñar e implementar programas de educación en salud para jóvenes. Al respecto, realizamos un diagnóstico cuantitativo y cualitativo para conocer e intervenir en las prácticas alimentarias de jóvenes universitarios/as, en vías de publicar resultados.

Reflexiones finales

La tendencia de las intervenciones realizadas en México, revisadas en este documento, apuntan a proyectos de salud distintos que no dialogan entre sí para mejorar las condiciones de grupos específicos, y es ahí donde ubicamos una interfaz problemática. Al no contemplarse los factores socioculturales y subjetivos que intervienen en los procesos alimentarios, se desvía la atención del compromiso de políticas públicas y educativas, factibles de abordar localmente las necesidades para ser más eficaces. Además, cuando la salud se construye como un hecho solo de responsabilidad individual, produce experiencias de culpa, al tiempo que despolitiza el compromiso comunitario y las acciones del Estado. En tanto, la educación nutricional ha carecido de una visión integral, pues se ha privilegiado la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos, riesgos de ciertos alimentos y restricciones, sin una cultura de prevención o de cuidado de sí.

La alimentación es *una relación con la vida y el entorno*, se inscribe dentro de una enorme diversidad de circunstancias sociales y simbólicas. Responde a realidades concretas que exigen un cambio de paradigma en la salud, hacia formas incluyentes y solidarias, reconociendo que son distintos actores los que coadyuvan a la producción de la salud y su fortalecimiento. Este cambio epistemológico implica movernos de un modelo individual, lineal y biomédico, a un modelo colectivo, dinámico, procesual y colaborativo. Esta revisión crítica intentó mostrar la complejidad de la alimentación, que ha pasado de ser una experiencia corporal, subjetiva y colectiva, a un tema de salud con base a una medicalización y colonización de la comida.

Referencias

Altamirano-Martínez, B., Cordero-Muñoz, A., Macedo-Ojeda, G., Márquez-Sandoval, Y. y Vizmanos, B. (2015). Una revisión de las representaciones gráficas utilizadas en las guías alimentarias de países seleccionados de América, Europa y Asia. *Nutrición Hospitalaria*, 32, 986-996.

Altamirano, M., Cordero, A., Moreno, V., Arias, J. y Macedo, G. (2017). Diseño y validación de la Guía de Salud Integral como una representación gráfica alternativa para las guías alimentarias mexicanas. *Revista Población y Salud en Mesoamérica*, 15, 1-26.

Ayora, S. (2017). Translocalidad, globalización y regionalismo: cómo entender la gastronomía regional yucateca. *Anales de Antropología*, 51, 96-105.

Barquera, S., Rivera, D., y Gasca, G. (2001). Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Pública de México*, 43, 464-477. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v43n5/6726.pdf>

Barragán-Ledesma, E., Hernández-Cosain, E., Estrada-Martínez, S, Hernández-Cosain, Y., González-Preza, M., Ríos-Valles, J. et al. (2015). Explorar el estilo de vida prevaleciente en estudiantes del área de la salud. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 6, 51-64.

Bertran, M. (2010). Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20, 387-411.

Bertran, M. (2017). Domesticar la globalización: alimentación y cultura en la urbanización de una zona rural en México. *Anales de Antropología*, 51, 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.antro.2017.05.003>

Casanueva, E., Kaufer, M., Pérez, A. y Arroyo, P. (2008) *Nutriología médica*. Panamericana.

Castro, A. (2007). La nutrición como ruptura cultural: la experiencia de los adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en salud*, 9, 26-33.

Contreras, G., Camacho, E., Ibarra, M., López, R., Escoto, M., Pereira, C. et al. (2013). Los hábitos alimentarios de estudiantes universitarios. *Revista Digital Universitaria*, 14, 1607-6079. <http://www.revista.unam.mx/vol.14/num11/art48/art48.pdf>

Contreras, J. y Gracia, M. (2005). *Alimentación y cultura: Perspectivas antropológicas*. Ariel.

Coria, M. (2014). *Medicina, cultura y alimentación: la construcción del alimento indígena en el imaginario médico occidental a través de la visión del doctor Francisco Hernández*. *Anales de Antropología*, 48, 59-77. [https://doi.org/10.1016/S0185-1225\(14\)70489-8](https://doi.org/10.1016/S0185-1225(14)70489-8)

De la Cruz, J. (2013). *La Cruzada Nacional contra el Hambre. Perspectivas*. México, Fundación Friedrich Ebert en México. <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/mexiko/10299.pdf>

De Garine, I. (1987). *Alimentación, cultura y sociedad*. *El Correo. Revista de UNESCO*, 40, 4-7. <http://unesdoc.unesco.org/images/0007/000731/073178so.pdf>

Fausto, J., Valdez, R., Aldrete, M., López, M. (2006). *Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México*. *Investigación en salud*, 8, 91-94. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14280206>

Food and Agriculture Organization. (2011). *La importancia de la educación nutricional*. Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación, Grupo de Educación Nutricional y de Sensibilización del Consumidor. Roma: FAO. http://www.fao.org/ag/human_nutrition/3177902a54ce633a9507824a8e1165d4ae1d92.pdf

García, D. (2011). *Una etnografía económica de los tacos callejeros en México. El caso de Monterrey*. *Estudios Sociales*, 19, 32-63. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41716750002>

García-Parra, E., Ochoa-Díaz, H., García-Miranda, R., Moreno-Altamirano, L., Morales, H., Estrada-Lugo, E. et al. (2015). *Estado nutricional de dos generaciones de hermanos(as) < de 5 años de edad beneficiarios(as) de Oportunidades, en comunidades rurales marginadas de Chiapas, México*. *Nutrición Hospitalaria*, 31, 2685-22691. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.6.9020>

Gutiérrez, J., Rivera, J., Shamah, T., Oropeza, C. y Hernández, A., M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Howes, D. (2014). *El creciente campo de los estudios sensoriales*. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 15, 10-26. <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/330/212>

Lara, N., Saldaña, Y., Fernández, N. y Delgadillo, H. (2015). *Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública*. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 20, 102-117. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309143500008>

López, M. y Carmona, A. (2005). *La transición alimentaria y nutricional: Un reto en el siglo XXI*. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 18, 90-104.

López, P., Rejón, J., Escobar, D., Roblero, S., Dávila, M., y Mandujano, Z. (2017). *Conocimientos nutricionales en estudiantes universitarios del sector público del Estado*

de Chiapas. *Investigación en Educación Médica*, 6, 228-233. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.11.002>

Lorenzini, R., Betancur-Ancona, D., Chel-Guerrero, L., Segura-Campos, M. y Castellanos-Ruelas, A. (2015). Estado nutricional en relación con el estilo de vida de estudiantes universitarios mexicanos. *Nutrición Hospitalaria*, 32, 94-100. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.1.8872>.

Mazzetto, E. (2017). Un acercamiento al léxico del sabor entre los antiguos nahuas. *Anales de Antropología*, 51, 154-170.

Ojeda, A. Rangel, C. Mecalco, C. (2019). *Perspectivas, situación actual de la alimentación y su intervención social en México: una revisión crítica*. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, (en prensa).

Organización Panamericana de la Salud (2002). *Promoción y protección de la salud de las personas. En Nuevos rumbos para la salud en las Américas: informe cuadrienal del director*. Washington, D. C: OPS. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0542/040643%2000.pdf>

Orozco-Beltrán, D., Mata-Cases, M., Artola, S., Conthe, P., Mediavilla, J. y Miranda, C. (2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: Situación actual y posibles soluciones. *Atención Primaria*, 48, 406-420.

Pérez-Gil, S., Díez-Urdanivia, S. (2007). Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. *Salud Pública de México*, 49, 445-453.

Pérez-Gil, S., Paz, C., y Romero, G. (2011). Cuerpo, imagen y saberes alimentarios en infantes oaxaqueños, México: un primer acercamiento. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2, 847-868.

Prieto, M. (2012). Jóvenes: Sujetos olvidados en las políticas neoliberales. *Alegatos*, 81, 495-506.

Rivera, M. (2007). La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33, 1-13. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433115>

Rivera, J., Cuevas N., González, C., Shamah, L. y García, F. (2013). Desnutrición crónica en México en el último cuarto de siglo: Análisis de cuatro encuestas nacionales. *Salud Pública de México*, 55, 161-169. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a13.pdf>

Schnel, M. (2014). Creencias y alimentación. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 27, 88-95.

Secretaría de Salud. (2009). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Escuela y Salud*. México: Secretaría de Salud.

El autocuidado de la salud como postura política y posibilidad de resistencia colectiva

Brenda Magali Gómez Cruz

Hablaré de la salud desde una postura que se aleja de la visión individualista y biologicista prevaleciente en el discurso biomédico y cuya concepción está vinculada a la enfermedad. En este aspecto, el concepto de autocuidado tampoco será empleado en estos términos. Lo que pretendo en este texto es abordar el concepto de salud como un proceso en el que las personas y las colectividades tienen posibilidades de agencia.

En la Carta de Ottawa (1986), se considera que la salud está atravesada por distintos elementos: políticos, económicos, sociales, culturales, conductuales, biológicos y de medio ambiente, los cuales pueden repercutir a favor o en contra de la salud. Esto advierte que en la salud no sólo intervienen elementos biológicos, en consecuencia, Rojas (1999), explica que la salud es un proceso cuyas causas e implicaciones están íntimamente relacionados con las maneras que se estructuran y organizan las sociedades.

Contexto social y salud

Diversos autores y autoras como López, Findling y Abramzón (2006) e Illich (2006), coinciden en que el contexto cultural, económico y político impactan en la salud de los sujetos sociales, siendo las personas empobrecidas quienes más se ven afectadas por la desigualdad de acceso a servicios de salud, vivienda digna, alimentación saludable, seguridad laboral, etc. dando lugar a injusticias que se profundizan con el paso del tiempo.

Lo mencionado anteriormente, pone de relieve que hay elementos de corte estructural que intervienen en la salud de los seres humanos, organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas y mecanismos como la Declaración Universal de Derechos Humanos (2015), parten del supuesto de que la Salud es un Derecho Humano, como se cita a continuación:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

Asimismo, a nivel nacional se estipula en el artículo 4° constitucional que toda persona tiene derecho a la protección de la salud:

Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general... (Const., 2016, art.4).

En ambos casos, se plantea que todas las personas tienen el derecho a la salud por el hecho de ser humanos y en el caso de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, además se enfatiza que es responsabilidad del Estado propiciar el acceso a dicho derecho, lo anterior da cuenta, de la existencia de por lo menos dos mecanismos institucionales que posicionan a la salud como un tema de derechos. Es fundamental que el Estado mexicano se comprometa al cumplimiento del acceso de este derecho, es decir, que se pongan en marcha políticas públicas encargadas de atender los temas relacionados a la salud; pero además, es menester que el Estado mexicano, el personal de la salud, la academia y la sociedad en general, construyan puentes entre las condiciones estructurales y las posibilidades de agencia de las personas; evitando caer en determinismos sociales que dejan con poca agencia a los sujetos sociales o por otro lado, en determinismos individualistas que minimizan la estructura en la que están insertos los sujetos (Gobernado, 1999).

Es urgente que el tema de la salud deje de ser visto como un “tema ajeno” que pertenece únicamente a los organismos internacionales y a “los especialistas”, transitando a la diseminación de una cultura en la que el autocuidado de la salud se entienda como una postura política en la que se reconozca el vínculo de las condiciones personales con el contexto social, lo cual se traduciría en la toma de consciencia de la importancia del autocuidado, no desde un punto de vista individualista; sino en términos de posibilidad de resistencia personal y colectiva.

El autocuidado de la salud como postura política y posibilidad de resistencia colectiva

Podría parecer que el concepto de autocuidado de la salud alude a supuestos individualistas, sin embargo, en este texto se parte de la importancia de entenderlo como una postura política que muestra la estrecha relación entre lo personal y lo político. La frase feminista “lo personal es político” que surgió para visibilizar que las diversas problemáticas a las que se enfrentaban las mujeres no era un asunto individual, sino que eran el resultado de un entramado estructural, dio cuenta del vínculo entre lo personal y lo político (Hanisch, 1969). En este sentido, entender al autocuidado de la salud como postura política releva y dota de sentido al vínculo personal-político.

El autocuidado de la salud como postura política

Muñoz (2009), define al autocuidado como las prácticas, es decir, las actividades que realizan los sujetos sociales para el cuidado de su salud, la autora además sostiene que el concepto autocuidado se complementa con la categoría cuidado de sí, en el sentido de que ésta último hace alusión a una actitud que se toma en relación con uno/a mismo/a, con los otros y con el mundo.

En concordancia con los planteamientos de Muñoz (2009), entiendo al autocuidado como un concepto amplio, en el que convergen diversos elementos; en este aspecto, las actividades que realizan los sujetos sociales para el cuidado su salud es uno de esos elementos; hay que agregar que sí además dichas actividades se realizan a partir de la toma de consciencia de la importancia del autocuidado de la salud en términos personales y colectivos, estaríamos hablando del autocuidado de la salud como una postura política.

Montero (2001) explica que, lo político concierne a las relaciones de poder, los derechos, deberes civiles, dinámicas y vida organizada en el espacio público. Con lo mencionado, se puede afirmar que el autocuidado de la salud se articula con lo político teniendo como ensamble el concepto: derechos. En el siguiente apartado esbozaré tres elementos que considero claves para la conceptualización del autocuidado como postura política.

1) Saberse ciudadanas/os con derecho a la salud

El autocuidado como postura política, se traduce en que los seres humanos nos sepamos ciudadanos/as, esto es, que nos identifiquemos como sujetos de derechos políticos y sociales (Lizcano, 2012), en este caso, ciudadanos/as con el derecho a la salud.

El derecho a la salud se alcanza cuando las personas disfrutan de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones óptimas (Prosalus y Cruz Roja, 2014), el hecho de que la ciudadanía cuente con condiciones de salud dignas no solamente repercute en la persona, sino a la sociedad en general (OMS, 2020).

Saberse sujetos de derechos implica asumir que todas las personas deberían tener acceso a sus derechos humanos, sin distinción de género, edad, escolaridad, etnia, etc.; también significa ser consciente de que, las desigualdades sociales vigentes impactan de manera diferenciada en la población, lo cual se observa en las maneras distintas de enfermar y morir (López, Findling y Abramzón, 2006). Como apunta Illich (2006), *“La alimentación, la vivienda, las condiciones de trabajo, el grado de cohesión del vecindario, así como los mecanismos culturales que permiten mantener estable a la población, son factores decisivos para determinar cuan saludables se sienten las personas y a qué edad tienden a morir los adultos”* (p.17)

Que las personas se signifiquen como ciudadanos/as que tienen derecho a la salud implica ubicar las coordenadas que le atraviesan, como sujeto en el contexto social que se vive, incluye situar los privilegios y opresiones vividas desde la propia experiencia y la de las demás personas, esto es fundamental para no reducir la salud a un “estilo de vida”; como apunta Pinzón (2013), este tipo de noción implementada a partir de 1950 y 1960, ha sido cuestionada por los siguientes aspectos:

- Desconoce los contextos: no se considera la influencia de elementos sociales, económicos, políticos y culturales en el favorecimiento o por lo contrario en el entorpecimiento de la práctica de “estilo de vida saludable”.

- Reduce la salud a una responsabilidad individual: con esto se omite el impacto de la organización social y la repercusión del mercado en las prácticas de los sujetos sociales.

- Privilegia los factores biológicos que predisponen a la enfermedad: se recurre principalmente al estudio de los determinantes genéticos y fisiológicos, en este caso, está como ejemplo el estudio de la obesidad a partir de determinantes biológicos, moleculares, etc. desconociendo los factores ambientales y psicosociales.

Como puede notarse, la noción de salud como “estilo de vida” difiere notablemente a la concepción de salud como derecho, ya que mientras la primera es individualista, ahistórica y biologicista; la segunda apuesta a la toma de consciencia histórica, personal y colectiva de los seres humanos como ciudadanos/as sujetos de derechos (Lizcano, 2012).

2) Ubicarse como sujetos sociales y no como clientes-consumidores de salud

El autocuidado de la salud como postura política, significa asumirse como sujetos sociales y no como clientes-consumidores.

En relación con el punto anterior, Solitario, Garbus y Stolkner (2008), explican que a partir de los años 90 se implementaron en América Latina políticas neoliberales que contribuyeron a profundizar desigualdades sociales, las cuales por supuesto también impactaron en el tema de la salud, con lo cual el concepto de ciudadanía se debilitó y tomó fuerza la figura del “consumidor”, lo cual se tradujo en prácticas de mercantilización de la salud y se acompañó de representaciones sociales en donde la salud se significó como la capacidad adquisitiva para acceder a ella y no como un derecho.

Como explica Menéndez (2009), la mercantilización de la salud ha impactado en la expansión del consumo de medicamentos elaborados por las industrias químico-farmacéuticas. De la mano de la mercantilización de la salud, llegó la medicalización de la salud, la cual se entiende como la práctica

de convertir en enfermedades aquellos procesos que forman parte de la vida cotidiana en el ciclo vital. Así pues, la mercantilización y la medicalización de la salud, se han instaurado en el actual contexto capitalista neoliberal, contribuyendo a la efervescencia del “cliente”, el “consumidor” de la salud, afectando notablemente a las personas más empobrecidas.

De acuerdo con Chapela (2007), la idea mercantil de la salud se configura a partir de distintas redes que se potencian entre sí, la autora destaca a la industria médica y a los medios de comunicación masiva:

Los medios masivos de comunicación -televisión, cine, radio, revistas, internet- y los videojuegos aparecen como la agencia principal del mercado de la salud promulgando el culto a un cuerpo de mí (vs cuerpo-yo), ajeno a mí, nunca suficientemente potente, bello, importante, resistente... (p. 6).

Posteriormente, Chapela (2007) añade:

Un cuerpo que depende de los productos y consejos propuestos por la publicidad es incapaz de construir conocimiento y tomar decisiones por sí mismo; un cuerpo que siempre hay que convertir en otro cuerpo (p. 7).

Los “clientes-consumidores”, no tienen tiempo de pensar sobre su situación personal y colectiva, de posicionarse y exigir su derecho a la salud, porque la salud se “conseguirá” de manera individual al adscribirse a los modelos hegemónicos de belleza, mediante el consumo de “productos milagro”; esto sitúa a los “clientes-consumidores” como objetos pasivos, dependientes y sin agencia, lo anteriormente señalado, hace urgente transitar de la pasividad del “cliente-consumidor” al posicionamiento del sujeto social que tiene claro que la “salud no se vende, se defiende”. La diferencia entre la pasividad del cliente-consumidor y el protagonismo del sujeto social radica en que, éste último es co-constructor de sí mismo y de la realidad social.

3) Posicionarse como seres con agencia en lo personal y lo colectivo

El autocuidado de la salud como postura política, implica posicionarse como seres con agencia. De acuerdo con Trujillo (2011), la agencia es la

capacidad de actuación e intervención de los sujetos sociales en el ámbito público-político.

Ema (2004), resalta cuatro aspectos que permiten comprender el concepto de agencia y su potencialidad:

1. Permite entender la capacidad de actuar no en términos individualistas sino como la posibilidad compartida de poder hacer.

2. Permite situar la acción en un espacio sociohistórico determinado, comprendiendo que está mediada por elementos éticos y políticos, con esto la acción se aleja de concepciones objetivistas que pretenden hablar desde ningún lugar (Haraway 1995, en Ema, 2004).

3. Permite incorporar la noción de responsabilidad en la acción.

4. Permite entender a la capacidad de actuar como potencialidad de generar conexiones entre procesos heterogéneos.

Ema (2004), resalta que la agencia no es una propiedad individual que es poseída por un agente, sino que es el resultado de la interrelación de elementos que favorecen a la emergencia de actos políticos.

Posicionarse como seres con agencia ante la salud, implica tomar consciencia sobre sí mismo/a, sobre el lugar que se ocupa en el mundo y las relaciones sociales que se establecen en él, posicionarse significa también ubicar el horizonte de posibilidades de acción en términos materiales y simbólicos.

El autocuidado de la salud como posibilidad de resistencia colectiva

Sí se parte de que el autocuidado de la salud implica la toma de consciencia de que los seres humanos somos sujetos de derechos, seres con agencia sobre nuestra salud, es de relevar que se hace alusión a un nosotros/as, en otras palabras, a lo colectivo. Tobón (2003), plantea que el autocuidado colectivo se refiere a las acciones planeadas y desarrolladas

por integrantes de una familia, grupo o comunidad que tienen como fin procurar el bienestar común.

El autocuidado de la salud como postura política, se relaciona con la posibilidad de resistencia colectiva, entendiendo a la resistencia, no solamente en términos de oposición, sino como vía de acción, como señala Ibáñez en Ovejero y Ramos (2011):

“Resistir es crear. En efecto, luchar ya no es sólo oponerse y enfrentarse, es también crear aquí y ahora unas prácticas distintas, capaces de transformar realidades, de forma parcial pero radical, poniendo además todo el cuerpo en esas transformaciones que también transforman profundamente a quienes se implican en ellas... Unos modos de lucha que diluyan identidades, que ayuden a politizar la existencia y, sobre todo, que alumbren nuevas subjetividades radicalmente insumisas (p. 12).

En este aspecto, el autocuidado como posición política y resistencia colectiva implica que los sujetos sociales se asuman con capacidad de organizarse, negociar, denunciar y argumentar, entre sí y ante el Estado, organismos internacionales y las/los especialistas de la salud.

Disciplinas como la promoción de la salud con enfoque emancipatorio como el que propone Chapela (2008), son claves, porque implican reconocer el poder de los sujetos sociales, así como su capacidad para identificar y lograr trabajar por las aspiraciones personales y colectivas.

Comentarios finales

Entender al autocuidado de la salud como posición política tomando en cuenta las consideraciones desarrolladas en este texto, formaría parte, de un posicionamiento político más amplio ante los distintos derechos que tienen los seres humanos, dada la complejidad del tema es necesario seguir discutiendo teóricamente e implementando estrategias de intervención que coadyuven al advenimiento del autocuidado de la salud como posicionamiento político en la ciudadanía, aunque en este texto se esbozaron algunas claves es menester profundizar y ampliar los conceptos.

En este sentido, hay que decir que en este texto se abordó el concepto de autocuidado de la salud como posicionamiento político en los seres humanos, sin embargo, será necesario, profundizar en las maneras que impactan las diferencias de género en el autocuidado y su relación con la facilidad o no, de posicionarse políticamente ante la salud, en virtud de lo señalado, se aportará a la construcción de una democracia genérica, que de acuerdo con Lagarde (1997), favorece al establecimiento de relaciones equitativas y justas entre hombres y mujeres. Por supuesto será importante articular en el análisis de género las diferencias de clase, etnia, edad, etcétera.

A modo de cierre, retomo la frase de la escritora feminista Audre Lorde (1988) *“El autocuidado no es autoindulgencia, es autopreservación y un acto de batalla política”*, para poner énfasis en la importancia de que los sujetos sociales nos posicionemos personal y colectivamente en el tema de la salud.

Referencias

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). Ottawa, Canadá. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Chapela, M. (2007). ¿Qué promoción de la salud ha fracasado?” Aspectos de las políticas y prácticas públicas de salud en México. *Seguridad social, servicios, promoción de la salud. Serie Académicos*, 87. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Chapela, M. (2008). *Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria*. University of New México. https://digitalrepository.unm.edu/lasm_cucs_es/163

Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. (1917, 5 de febrero). *Diario Oficial de la Federación*, enero 27, 2016.

Ema, J. (2004). *Del sujeto a la agencia (a través de lo político)*. *Athenea Digital* 6, 1-24. <https://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34133/33972>

Gobernado, R. (1999) *Individualidades y colectivismo en el análisis Sociológico*. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 85, 9-26. [file:///C:/Users/ariel/Downloads/Dialnet IndividualidadesYColectivismoEnElAnalisisSociologi-758596.pdf](file:///C:/Users/ariel/Downloads/Dialnet%20IndividualidadesYColectivismoEnElAnalisisSociologi-758596.pdf)

Hanisch, C. (1969). *Lo personal es político*. España: *Feministas lúdicas*. Recuperado de http://www.diariofemenino.com.ar/documentos/lo-personal-es-politico_final.pdf

Ilich, I (2006). *Iatrogenesis clínica*. *Obras reunidas. Vol.1. FCE pp.541-561*

Lagarde, Marcela (1997). *Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres*. *Puntos de encuentro*.

Lizcano, F. (2012). *Concepto de ciudadano, ciudadanía y civismo*. *Polis. Revista de la Universidad Bolivariana*. 11 (32), 269-304. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v11n32/art14.pdf>

López, E., Findling, L. y Abramzón, M. (2006). *Desigualdades en salud: ¿Es diferente la percepción de la morbilidad de varones y mujeres?* en *Salud colectiva*, 2(1), 61-74. <https://www.scielosp.org/article/scol/2006.v2n1/61-74/>

Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras*. *Lugar editorial*.

- Montero, M. (2001). *Ética y Política en psicología: las dimensiones no reconocidas*. Athenea Digital 0, 1-10. <http://ddd.uab.cat/pub/athdig/15788946no/15788946noa1.htm>
- Muñoz, N. (2009). *Reflexiones sobre el cuidado del sí como categoría de análisis en salud*. Salud Colectiva, 3(5), 391-401. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73111844007>
- Ovejero A., y Ramos, J. (2011). *Psicología social crítica*. Biblioteca Nueva.
- Organización de las Naciones Unidas (2015). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2020). *La salud es un derecho humano fundamental*. <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>
- Pinzón, D. (2013). *Estilo de vida saludable (EVS): limitaciones del enfoque biomédico*. Apuntes universitarios III, 9-26.
- Prosalus y Cruz Roja (2014). *Comprendiendo el derecho humano a la salud*. [http://www.aecid.es/CentroDocumentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20\(2\).pdf](http://www.aecid.es/CentroDocumentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20(2).pdf)
- Rojas, S. (1999). *Capitalismo y Enfermedad*. Plaza y Valdés Ediciones.
- Solitario, R., Garbus P. y Stolkiner, A. (2008). *Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios*. Facultad de Psicología UBA, Secretaría de investigaciones, Anuario de investigaciones XV 263-269. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v15/v15a25.pdf>
- Tobón. O. (2003). *El autocuidado, una habilidad para vivir*. Universidad de Caldas
- Trujillo, G. (2011). *La rebelión de <<las otras>> del movimiento feminista: al impacto de la teoría queer*. En Villalba C. y Álvarez N. (Coords.). *Cuerpos políticos y agencia. Reflexiones feministas sobre cuerpo, trabajo y colonialidad* (pp. 163-175). Granada.

SEGUNDA PARTE

A FUEGO LENTO:
LOS PROCESOS METODOLÓGICOS

Investigación y acción psicosocial sobre prácticas alimentarias en jóvenes: diálogos en tres tiempos de Intervención

Azucena Ojeda Sánchez

*“El amor no da de comer, pero alimenta”
Gabriel García Márquez*

Introducción

¿Qué lugar adquiere la alimentación entre la población universitaria? ¿Comer o no comer en la escuela será un dilema de vida? Y, por otro lado, ¿qué podemos hacer ante las prácticas alimentarias dadas en la universidad y qué experiencias plantean preguntas para la promoción del autocuidado? ¿Es posible pensar en formas vivas, colaborativas y respetuosas al incidir en las comunidades para una alimentación más saludable? Estas preguntas guiaron un proyecto de investigación-acción financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica de la UNAM con duración de dos años (2017-2018). El objetivo de este capítulo es compartir la experiencia de investigación e intervención que partió de la psicología social comunitaria y se conformó de tres procesos fundamentales. Como todo proyecto, éste se nutre de una historia.

La curiosidad inicial por investigar este campo se gestó de manera inesperada al tratar de encontrar factores socioculturales y subjetivos que determinan la salud y el bienestar en jóvenes. Es decir, se tenía contemplado profundizar en algunos indicadores, pero la alimentación no aparecía en ese proyecto. En el año 2015 realizamos algunos talleres participativos para identificar problemas en el desempeño escolar así como malestares emocionales en las y los jóvenes universitarios de 6 carreras de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. En ese proceso de indagación, ante la proliferación de necesidades, quejas, demandas y propuestas, aparecía en el discurso la “ausencia” de docentes frente a aspectos problemáticos y

vitales del sector estudiantil. Más aún, un actor social clave en el sostén de lo que ellos denominaron “sobrevivencia en la escuela” eran las personas que les vendían la comida. Ante nuestra sorpresa, varios participantes decían que estas personas ajenas a la universidad, eran quienes comprendían sus dificultades por encima de profesores/as, se interesaban por sus condiciones de vida y no sólo les tenían cariño porque en distintos momentos les “fieron” al consumir sus alimentos, sino estaban pendiente de ellas/os además de recibir ánimo y consejos para continuar en condiciones adversas. Este dato más allá de lo anecdótico, resultó muy revelador pues mostró dos hallazgos determinantes del trayecto en la universidad: primero, que la comida implica siempre una relación con los otros dándose los vínculos que se tejen en el cotidiano escolar de jóvenes a través del cuidado; y por otro, dejó entrever un ámbito de estudio posible, algo que pasa entre lo biológico y lo cultural y tiene que ver con experiencias consideradas mundanas: comer o no comer en la escuela. Así, la alimentación es una herramienta de análisis para comprender la salud, el cuidado de sí y los procesos de cohesión social. Así nació este proyecto.

El segundo dato revelador se dio en el 2016, como parte del estudio “Factores determinantes de los principales problemas de salud en estudiantes universitarios”, con apoyo del Programa Universidad Saludable de la facultad y la colaboración de estudiantes del diplomado en Formación de Promotores de la Salud, realizamos un diagnóstico cualitativo y parte de los hallazgos refieren a la alimentación como el segundo problema sentido por la comunidad. Al respecto se destaca que:

1. Existen diversas condiciones estructurales que llevan a las/os jóvenes a consumir comida no saludable. Se trata de prácticas sociales que contribuyen a favorecer este tipo de consumo: disponen de escaso dinero, tiempo limitado, mayor accesibilidad cultural a comida chatarra como parte de la oferta de los establecimientos internos y externos a la facultad, limitada variedad de productos saludables y a altos costos.
2. A partir de un primer mapeo de servicios, se encontró que dentro de la facultad existen proyectos y programas dirigidos a atender obesidad y diabetes a población externa, pero no se ubicó un abordaje preventivo

o desde la educación para la salud centrado en modificar las prácticas alimentarias de jóvenes.

3. Existe preocupación por parte de las/os jóvenes, al reflexionar sobre cómo los ritmos de la vida universitaria llevan en ocasiones a interrumpir horarios de comida, a prolongar los ayunos y consumir comida chatarra.

4. La tendencia a adoptar malos hábitos alimenticios en esta etapa puede verse agravada en los estudiantes que llevan un estilo de vida marcado por estrés y cargas de horario que conducen al consumo de comidas rápidas poco nutritivas, a la irregularidad en horarios de alimentación y la falta de tiempo para ejercicio físico, esto los hace susceptibles a desarrollar sobrepeso u obesidad, que refleja un problema de salud pública en el mundo.

Tales hallazgos en este sector reflejan los problemas nacionales de salud³. La coexistencia entre sobrepeso y desnutrición anuncia dos problemáticas de salud pública y muestra el sistema alimentario actual a nivel global. Pero también muestra que la población es el principal actor de la salud pública, donde se entretajan distintos determinantes de salud y procesos subjetivos. Los esfuerzos entonces deberían centrarse en un diálogo sostenido entre los grupos sociales y los profesionistas de la salud para co-crear un trabajo vivo en acto (Túlio-Batista y Emerson-Elias, 2011) dirigido a un proyecto de cuidado colectivo.

Ahora bien, un análisis más profundo permite comprender que los comportamientos epidemiológicos sobre obesidad están anclados a una realidad social concreta. Los espacios que habitamos (casa, trabajo, calle) abruma por una lógica capitalista que impone estilos de vida sedentarios, cansancio y una cultura de hiper-responsabilización (Ritzer, 1996; Baudrillard, 2009). En este contexto hay mucho qué reflexionar sobre salud pues se perfila un modo de vida donde “no hay tiempo para bien-comer, descansar ni para bien-vivir”.

3 Para revisar cifras epidemiológicas ver los capítulos 1 y 2.

La alimentación, además de ser un proceso biológico (como lo es la nutrición) es ante todo un hecho cultural, si se considera que la cultura constituye una red de signos que permite a los individuos atribuir sentido tanto a las prácticas como a las producciones sociales. Y la alimentación alude a las formas en que los grupos perciben, sienten y piensan sobre las prácticas alimentarias. Por ello, es parte indispensable de la vida social, de la comprensión del mundo, los vínculos y los regímenes de intercambio. De ahí que los cambios en la alimentación conlleven modificaciones en los factores socioculturales (Moreno, 2017). Dada la complejidad en estas configuraciones, es importante destacar la pertinencia de focalizar su abordaje por grupos específicos, en el caso del sector juvenil universitario existen vacíos importantes (Ojeda et al., 2019).

Ante estas condiciones, el propósito de esta investigación buscó contribuir a la conformación de modelos de activos para la salud (Hernán y Lineros, 2009), a la comunidad universitaria de la FES Zaragoza. El proyecto se centró en indagar las prácticas y representaciones alimentarias de la comunidad universitaria de la FES Zaragoza tomando en cuenta su alta complejidad desde una aproximación multidisciplinaria (psicosocial, antropológica y con apoyo de la nutriología comunitaria), para ir más allá de hacer recomendaciones de alimentación saludable. Una de sus fortalezas está en las formas de producir conocimientos y experiencias, que parten de un trabajo colaborativo e incluyente mediante distintos procesos de indagación, escucha, diálogo, reflexión y producción de estrategias, atendiendo las necesidades, prioridades y problemas de los propios actores involucrados.

De esta manera, las preguntas que guiaron el estudio fueron: ¿Qué estrategias pueden implementarse en la universidad para favorecer recursos, insumos de protección o servicios de acompañamiento que impacten favorablemente en estados de bienestar y autocuidado? ¿Qué factores socioeconómicos, culturales y subjetivos pueden estar asociados a una alimentación inadecuada en los jóvenes universitarios? ¿Pueden los jóvenes co-crear e intervenir en procesos de acción social para enfrentar el problema de malos hábitos alimenticios? Y de ser así, ¿cómo encaminar tales procesos y qué tipo de metodologías participativas se pueden producir para reducir

problemas alimentarios y promover autocuidado y salud? Así, se produjeron experiencias de trabajo y recursos para co-actuar en el cuidado de la salud y bienestar sustentados en las capacidades activas de los jóvenes universitarios para poner a su alcance insumos de salud comunitaria.

Primer diálogo. Investigación Acción Participativa: mirar y escuchar el campo

La investigación partió de dos objetivos generales:

1) Elaborar un diagnóstico comunitario participativo (línea base) para identificar factores y procesos sociales que inciden en la salud y prácticas alimentarias, necesidades y recursos en jóvenes de la FES Zaragoza. 2) Efectuar un proceso de investigación-acción con y para jóvenes universitarios que coadyuven a diseñar estrategias de intervención grupal y comunitaria sensibles a sus necesidades que impacten favorablemente en formas de consumo, prácticas alimentarias y de autocuidado.

Esta primera fase consistió en la profundización de la información previamente obtenida para que se pudiera intervenir con y para la comunidad universitaria. La propuesta metodológica incluyó un Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP) centrado en comprender las representaciones sociales de las prácticas alimentarias. Consideramos que la categoría analítica “representaciones sociales” es importante dado que éstas funcionan como un sistema de interpretación de la realidad que conforman las relaciones de los sujetos con su entorno físico y social, las cuales permiten determinar sus comportamientos y sus prácticas (Abric, 2001). Cabe señalar que siguiendo a Jodelet (1984), la representación social no es una mera copia del objeto representado pues implica una interpretación de la realidad y esa interpretación está mediada por los valores, religión, necesidades, roles sociales, y otros aspectos socioculturales. Por tanto, da cuenta de una transformación o construcción y de ahí su complejidad.

El abordaje metodológico intentó reconstruir entonces esos saberes (sentido común, creencias, experiencias) mediante acercamientos diferenciados con la comunidad:

- 1) Levantamiento de un cuestionario para evaluar los tipos de consumo y las prácticas alimentarias a una muestra representativa de 385 estudiantes de las 8 carreras de la FES Zaragoza.
- 2) Se realizaron 5 talleres de diagnóstico participativo, con un total de 85 estudiantes pertenecientes a las carreras de Biología, Enfermería, Odontología, Medicina, Psicología, QFB, Ingeniería Química). Cada taller tuvo una duración de 3 horas. Con base en las técnicas grupales implementadas, se produjo información relevante sobre condiciones de vida de universitarias/os así como de sus prácticas alimentarias en la universidad.
- 3) Se realizaron 30 entrevistas en profundidad a estudiantes de las 7 carreras, interesados en colaborar en el proyecto; 5 entrevistas semiestructuradas a cuatro médicas pasantes y a una nutrióloga pasante del Programa Universidad Saludable, ya que atendieron a la población de la FES Zaragoza.

De ahí se obtuvo información específica sobre estilos de consumo, representaciones sobre prácticas alimentarias y procesos socioculturales que intervienen en jóvenes, así como factores geográficos y económicos que determinan sus formas de vida. El siguiente esquema engloba los ejes de análisis y posibilidades del trabajo etnográfico realizado.

Segundo diálogo. Repensar y reflexionar los hallazgos en co-labor

Los hallazgos de la primera etapa permitieron una breve sistematización de los temas más relevantes, esto nos llevó a reflexionar, comunicar y proponer líneas de intervención comunitaria. Este proceso constituyó el segundo diálogo.

Esta fase consistió en comunicar los resultados del DCP a las y los jóvenes co-investigadores pares para construir propuestas y momentos de intervención. Se realizaron 3 reuniones ya que sus horarios de clase dificultaron el encuentro de todos. A manera de charla café se dieron a

Las intervenciones a nivel grupal y personal podrían incluir:



conocer los temas relevantes para que juntas/os reflexionáramos sobre los significados del comer para ubicar los riesgos, recursos protectores y las posibilidades de abordaje. De ahí se les solicitó que generaran propuestas personales partiendo de dichas necesidades y problemáticas identificadas. Este segundo acercamiento hizo posible reconstruir saberes colectivos para planear el diseño de las intervenciones.

El proceso de escucha colectiva pretendió integrar los relatos de la comunidad (como resultado de la encuesta, entrevistas individuales y grupales, observación participante y comunicación de resultados a jóvenes pares) donde aparecieron *saberes dominantes y saberes subyugados* sobre aspectos psicológicos y sociales que muestran algunas dificultades al tratar de hacer promoción de la salud significativa. En ese tenor llegamos a conclusiones sobre la importancia de producir intervenciones significativas con la comunidad, y desde la experiencia de jóvenes y nuestra interpretación, debían considerar:

1. En primer lugar que las intervenciones de salud les haga sentido. Para las y los jóvenes este es un aspecto crucial porque destaca el lugar de la comunicación efectiva en salud. Cuando se emiten recomendaciones generales a la población sin focalizar la segmentación de mensajes por edad, identidad colectiva, estrato socioeconómico, género, etc. no sienten que se les hable a ellas/os ni se les comunique algo. Es decir, no son interpelados en el intento de promover una vida saludable. La comunicación efectiva debe buscar mensajes que les haga sentido y eso significa que les hablen específicamente a ellos y desde su lenguaje y estética.
2. Que el trabajo en salud sea posible. No se puede partir de un trabajo utópico, inalcanzable o francamente que implique mucha dificultad para la comunidad. En el centro de esta reflexión vimos necesario *un punto de encuentro* entre el propósito de hacer promoción de la salud y la facilidad y acceso a tales intenciones. Recomendar a los jóvenes “un estilo de vida saludable” así sin mayor profundidad, deja un gran vacío en los *cómo hacerlo posible*. Y la respuesta a esto, parcialmente tiene que ver con el siguiente punto.

3. Que esté culturalmente disponible, Esto supone tomar en cuenta la cultura de la que son parte los grupos sociales con quienes se pretende impactar, dado que generalmente para encajar en una identidad colectiva se pretende seguir las normas culturales que darán estructura y orden. Sus valores, costumbres, usanzas, creencias, procesos simbólicos, prácticas cotidianas y los significados que dan coherencia y sentido a cada uno de ellos. Todo el saber popular y colectivo son engranajes que hacen posible o no la incorporación de una nueva práctica de vida. Si forma parte de su cultura, cabe el proceso de aceptabilidad y accesibilidad, para luego pensar en la agencia y empoderamiento comunitario.

4. Que sea gradual. No se puede esperar que una sola actividad (por ejemplo dar una plática, un taller, entregar un folleto informativo) genere por sí misma un cambio permanente. Intervienen distintos procesos tanto internos (percepción, necesidad, motivación, deseo, experiencia, agencia etc.) como del entorno social que hacen posible generar micro-cambios. Acá encontramos que cuando las acciones son consistentes y periódicas, acciones que les haga sentido y estén culturalmente disponibles, podemos pensar en procesos graduales.

5. Que se considere también a la familia y a los entornos sociales en esta sensibilización-educación. Con especial énfasis, las y los jóvenes pensaron que cuando se trata de prácticas alimentarias es indispensable incluir a sus familias. Por otro lado, desde el lugar de investigación, encontramos importante incluir los espacios-tiempos de la comunidad, es decir considerar los entornos.

Luego de estos aprendizajes, decidimos realizar una campaña educativa que se centrara en los riesgos detectados sobre prácticas alimentarias a partir de dos estrategias generales que integrara: 1) la cultura digital de la que son parte los jóvenes y 2) el saber popular y el pensamiento crítico que orienta su capacidad de autodeterminación. A ésta le denominamos **“Nutrirme es pan comido”**.

Por un lado, pensamos producir una segmentación de mensajes claves en salud basados en sus necesidades y valores (Myers, 2010) desde

un enfoque de marketing social para la promoción de la salud (Caricote y Figueroa, 2006; Forero, 2009; Clow y Baack, 2010). Es importante destacar que el uso de tecnologías como recurso de promoción de la salud, parte de una tendencia global internacional que apunta hacia el desarrollo de un modelo de integración vertical y horizontal de los conocimientos, recomendado por la OMS y PAHO (Castrillón, 2009).

Y por otro lado, la segunda estrategia buscó la producción de distintas experiencias lúdico-pedagógicas desde la educación popular. Un proceso participativo conlleva la devolución de la información a la misma población para que, sea ésta la que profundice, priorice y planifique sus propias estrategias de superación (Freire, 1997; Contreras, 2002; Fals Borda, 2007; Cortez, 2014). Como parte de este proceso, retomamos la animación sociocultural, que es un *método de intervención* con acciones de práctica social dirigidas a animar, dar vida, poner en relación a los individuos y a la sociedad, con una adecuada tecnología y mediante la utilización de instrumentos que potencien el esfuerzo y la participación social y cultural. Esto significa que las actividades fueron respuestas específicas de acercamiento, diálogo, educación y protagonismo de los jóvenes, para favorecer información, sensibilización, reflexividad y resignificación de sus prácticas alimentarias. Las siguientes etapas forman parte de este proceso:

1. *Etapas informativas. Divulgación científica de resultados*, basada en comunicar masivamente sobre los resultados de la primera fase de la investigación, así como riesgos en las prácticas alimentarias en la FES Zaragoza (problemáticas principales) y mensajes de cambios favorables en salud, hacia el sector estudiantil. Para ello se decidió producir 5 infografías que se difundieran en la Gaceta Zaragoza impresas y virtuales. Los temas se construyeron a partir de los aspectos más cotidianos y significativos: 1) “Estudio exploratorio sobre estilos de consumo y prácticas alimentarias en universitari@s. un diagnóstico cuantitativo”. 2) “Diálogo de saberes y sabores. Estudio cualitativo sobre prácticas alimentarias”. 3) “¡No me da tiempo! Peligros de no desayunar y hacer ayunos prolongados”. 4) “¿Es basura lo que comemos? Comida procesada y ultraprocesada”. 5 “Conoce sobre las bebidas azucaradas y dulces tóxicos”. Cada infografía contempló 1000 copias y para difundirse en total 5000 posters en los 3 campos de la FES-Z. Además,

nos interesó que se encontraran disponibles en la página de la facultad y se difundieran en la red virtual oficial de Facebook.

Se eligió esta estrategia considerando la cultura visual y de imágenes que conforma la cotidianidad de las y los jóvenes. Se suma al reciente desarrollo e implantación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en la educación universitaria, extendiéndose el uso de infografías como herramienta de impacto informativo y sensibilización, dado que la literatura ya muestra sus efectos favorables en la promoción de la salud pues el aprendizaje mejora al recibir información audiovisual, por más de un sentido aunado a que los conocimientos adquiridos visualmente permanecen en la memoria por más tiempo, siendo hasta 7 veces superior a la memoria auditiva salud (Pérez, Machado, Rivalta, León, 2016) y porque las imágenes transmiten un mayor volumen de información en menor tiempo a mayor número de personas (Reinhardt, 2010).

2. Siguiendo la misma lógica, se pensó en la creación de una *comunidad virtual* para dar seguimiento a los momentos informativos y de sensibilización. Por la facilidad y mayor cobertura se decidió conformar un grupo en Facebook denominado ¡¡Nutrirme es pan comido!!

La red social de Facebook es uno de los entornos denominados redes sociales o 2.0. que aporta grandes ventajas que van más allá de la optimización de los recursos (sustentabilidad) pues permite compartir recursos, vincular contenidos, dar soporte a experiencias de interacción complejas y propiciar un trabajo de aprendizaje colaborativo (Llorens y Capdeferro, 2011).

3. *Etapas de sensibilización y educación popular.* Diseño de distintas estrategias de intervención grupal como microtalleres y “Espacios Públicos Educadores lúdicos” que consisten en experimentos informativos. A esto último lo denominamos “**Charlar por antojo**” que consiste en grupos de reflexión y recomendaciones nutricionales.

4. *Evaluación cualitativa y cuantitativa de la campaña.* Cada actividad se acompañó de la estrategia de observación participante para registrar los procesos vividos en diarios de campo. Este método busca observar,

escuchar, registrar y entrar en contacto directo con los jóvenes en el proceso de atención. Este procedimiento permite generar información descriptiva, sistemática y profunda de la realidad que se observa (Taylor y Bogdan, 1987) y una comprensión más cercana y sensible a la perspectiva de los actores sociales por la relación que se establece con el investigador (Reeves, 2000; Scribano, 2008). También para cada experiencia se diseñó una encuesta pre-test y pos-test de cierre de los procesos.

Tercer diálogo. Ante el imperio de consumo, experiencias desde una pedagogía dialogante

El trabajo previo a una intervención (campaña educativa) implicó un arduo trabajo de sistematización de resultados, el acompañamiento de una especialista en nutriología y el diseño corporativo de la campaña (imagen, nombre, logotipo, elaboración de mensajes clave y producción de insumos de marketing social. En realidad ha sido resultado de la investigación para generar acción participativa. En todo caso, lo que nos parece más importante de este último proceso es el encuentro y diálogo con la comunidad, y esta vez con insumos informativos que reflejan sus condiciones de vida para provocar estados de reflexividad y disposición al cambio en sus prácticas alimentarias.



Al respecto, la campaña de sensibilización en alimentación saludable **“Nutirme es pan comido”** en su fase de piloteo ha sido una meta cumplida y es producto de la identificación de problemáticas clave, el diseño de intervenciones focalizadas y las experiencias comunitarias que provocaron el encuentro de saberes. Algunos impactos identificados son:

- **Infografías.** Luego de la publicación, se hicieron sondeos de opinión tanto a estudiantes como algunos profesores/as. Hubo buena aceptabilidad de la información divulgada a manera de infografías tanto en la Gaceta Zaragoza como en las redes sociales. El diseño gráfico y el contenido fueron sustanciales para atraer la atención, el interés y la disposición a seguir recibiendo más información. Algunos comentarios se centraron en la importancia de la problemática desarrollada en las infografías y la sensación de “ser parte del problema”. Esto habla de la pertinencia de hacer recomendaciones en salud



con base en problemas bien identificados que puedan reflejar “el sentir”, “la cotidianidad” de las personas lo que favorece que se sientan parte del problema y lo más importante “agentes en salud” capaces de actuar sobre sus prácticas sociales y su entorno.

- **Laboratorio social “Charlar por antojo”.** Realizamos 16 experiencias grupales con integrantes de la comunidad universitaria (estudiantes, profesoras/es y trabajadores) en las explanadas de campo 1 y campo 2. Constó de tres momentos pedagógicos² que promovieron la reflexividad y disposición al cambio en el cuidado de sí.

- **Facebook.** Se conformó una comunidad a partir de las personas que participaron en las experiencias del laboratorio social. en el grupo se difunde información sobre alimentación, videos con recetas saludables, infografías de distintas instituciones y regiones de Latinoamérica, mini-documentales sobre comida procesada y ultraprocesada, recomendaciones internacionales sobre seguridad alimentaria, derecho a la salud, etc. Las temáticas giran desde la comida hasta las políticas y cultura alimentaria. Se ha hecho un sondeo mediante encuesta en línea para conocer su impacto. Las respuestas han sido favorables y les resulta muy útil pertenecer al grupo porque han ampliado su nivel de información y recursos para mejorar su alimentación.

- **Productos de marketing social.** A partir de riesgos detectados se produjo la Guía informativa “*Nutrirme es pan comido*” y un recetario de desayunos y colaciones para universitarios. Estamos por entregar los insumos y la sistematización de su impacto en la comunidad.

Por último, una dificultad no prevista durante este periodo, ha sido la inconsistencia de reuniones reflexivas con los jóvenes co-investigadores de este proyecto. Dado que se trata de estudiantes de las 7 carreras y con turnos mixtos en sus horarios de clases, ha dificultado enormemente las reuniones en que podamos coincidir todos o la mayoría. Ante esto, se ha planteado como solución el tener un grupo virtual en Facebook como vía principal de comunicación y generación de propuestas. Esta emergencia ha posibilitado

4 Estamos en la sistematización de estas experiencias y los resultados de este proceso se publicarán en un artículo científico.

que además de ello se suban videos, noticias, documentales, infografías, etc., con información sobre alimentación, condiciones culturales y sociales, económicas. Después de 5 meses de haber implementado esta alternativa nos dimos cuenta que esta estrategia estaba generando una plataforma de tele-salud, por lo que estamos realizando entrevistas a los jóvenes que siguieron el portal en Facebook para explorar si tiene efectos estas plataformas virtuales en su vida cotidiana. En el siguiente esquema se muestra el trabajo realizado.



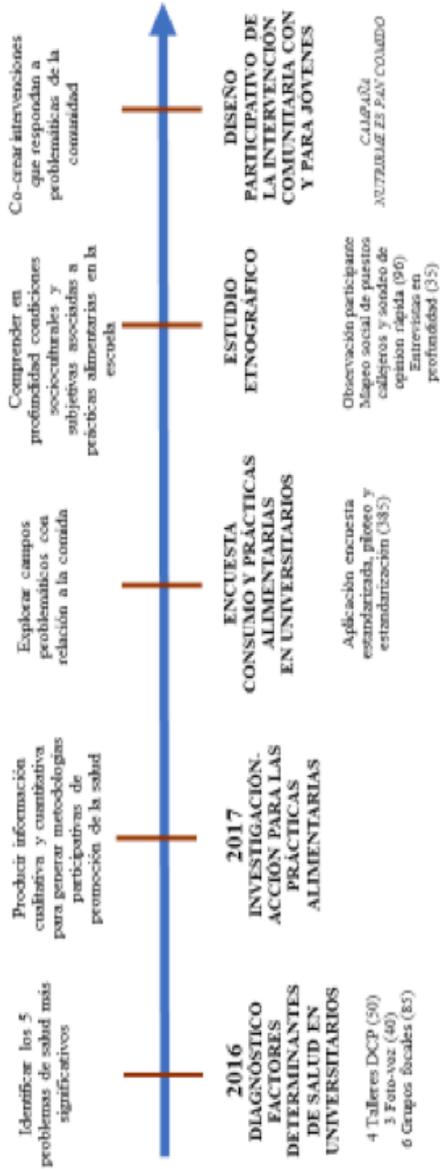
Lecciones aprendidas. Repensar los paradigmas de promoción de la salud en la escuela

Nos propusimos dos objetivos generales, los cuales se cumplieron cabalmente. Durante la primera mitad del año se realizó el diagnóstico mixto cuantitativo y cualitativo (línea base) para identificar factores y procesos sociales que inciden en la salud y prácticas alimentarias, se exploraron necesidades y recursos en los jóvenes de la FES Zaragoza. La producción de datos permitió crear estrategias de intervención focalizada. Así mismo, se diseñó y piloteó en conjunto con jóvenes universitarios, estrategias de acción social participativas. Se identificaron los aportes, procesos y efectos del trabajo realizado desde los jóvenes pares interviniendo con otros jóvenes (agentes de salud), para coadyuvar hacia un modelo de acompañamiento de pares. Y estamos en la fase de recuperar críticamente los procesos de la investigación-acción para producir conocimientos que lleven a aplicaciones prácticas.

Uno de los aspectos más nutridos de la investigación fue el reconocimiento del arduo trabajo de la promoción de la salud. Específicamente el campo de la alimentación ha sido abordado en México desde un enfoque biomédico y reducido a recomendaciones del plato del buen comer (Ojeda et al., 2019). Desde este mapa, existe una distancia entre proyectos y resultados, es imprescindible repensar las prácticas de prevención y promoción, por lo que para generar impacto en la comunidad debe apuntar a intervenciones significativas. El siguiente cuadro muestra los dos abordajes en tensión y sus efectos.

Como resultado de este proyecto, aprendimos a construir diagnósticos y estrategias participativas, diseñar y compartir estrategias para facilitar la información, dialogar y reflexionar junto con jóvenes sobre la colonización del paladar y la biopolítica de la alimentación para resistir las tendencias globalizadoras y de hiper-consumo que seducen con vendernos “experiencias efímeras de felicidad”. Este recorrido también permitió reconocer algunos nudos problemáticos en que se inserta la alimentación como campo de estudio-intervención en un país latinoamericano como México.

LÍNEA DEL TIEMPO. PROCESOS DE LA INVESTIGACIÓN



Promoción de la salud retórica	Promoción de la salud significativa
<ul style="list-style-type: none"> • Brinda información y datos “duros”, mediante discursos dominantes • Impone prácticas de vida • Utiliza el “regañó” y la culpabilización para tratar de corregir hábitos • Mira a los sujetos como “vulnerables”, menores de edad • La escuela es vista como “población cautiva” <p style="text-align: center;">Dependencia y asistencialismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se trata de un proceso reflexivo donde existe un diálogo • Escucha las necesidades y particularidades de los sujetos • Atiende la experiencia, la subjetividad y ofrece soluciones <p>Mira a los sujetos como actores sociales clave para que transformen su entorno</p> <p>La escuela es un espacio de producción de salud colectiva</p> <p style="text-align: center;">Agencia personal y empoderamiento</p>

Fuente: Elaboración propia.

Referencias

- Abric, J.C. (2001). Prácticas sociales y representaciones (pp53-74). Ediciones Coyoacán.*
- Appadurai, A. (2001). La modernidad desbordada. Dimensiones culturales de la globalización. Fondo de Cultura Económica.*
- Baudrillard, J. (2009). La sociedad de consumo. Sus mitos, sus estructuras. Siglo XXI.*
- Bauman, Z. (2007). Vida de consumo. Fondo de Cultura Económica.*
- Forero, J.A. (2009). El marketing social como estrategia para la promoción de la salud. La sociología en sus escenarios. Universidad de Antioquia.*
- Caricote, E., y Figueroa, E. (2006). La salud como valor social. La Rioja.*
- Castrillón, M.E. (2009). Integración curricular en Medicina: rol del diagnóstico por imágenes. Rev. Argent. Radiol. 73(4), 453-6.*
- Clow, K., y Baack, D. (2010). Publicidad, promoción y comunicación integral de marketing. Pearson.*
- Contreras, R. (2002). “La investigación Acción Participativa (IAP): revisando sus metodologías y sus potencialidades”, en Durston y Miranda (Coords). Experiencias y metodología de la investigación participativa. Santiago de Chile, CEPAL.*
- Cortez, C. (2014). Investigación y acción social. Formas de trabajo, experiencias y reflexiones. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.*
- ENSANUT. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.*
- Fals Borda, O. (2007). « Investigación-acción participativa », en Pérez, Modelos de investigación Cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural. Narcea.*
- Freire, P. (1997). Pedagogía del oprimido. Siglo XXI.*
- Hernán, M., Lineros, C. (2009). Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. Escuela Andaluza de Salud Pública.*
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómeno, concepto y teoría. En Serge Moscovici (compilador). Psicología social II. Paidós.*
- Lipovetzky, G. (2007). La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo. Anagrama.*

Llorens, F. y Capdeferro, N. (2011). Posibilidades de la plataforma Facebook para el aprendizaje colaborativo en línea. *Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento (RUSC)*, 2(8), 31-45. <http://rusc.uoc.edu/ojs/index.php/rusc/article/view/v8n2-llorens-capdeferro/v8n2-llorens-capdeferro>

Mennell, S., Murcott, A. & Otterloo, A. H. (1992). *The sociology of food: eating, diet, and culture*. Sage.

Moreno, L. (2017). Alimentación y cultura. En Lavielle, P. y Thompson, O. (Coord.) *La alimentación. Aspectos psicosociales*. Siglo XXI.

Myers, R. (2010) *Promoting healthy behaviors: How do we get the message across?* En *International Journal of Nursing Studies*, 47, 500–512.

Ojeda, A., Rangel, C., Mecalco, C. (2019). Perspectivas, situación actual de la alimentación y su intervención social en México: una revisión crítica. En *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios (en prensa)*.

Pérez, MD.; Machado, AT.; Rivalta YA, León AP. (2016). Las imágenes digitales como medios de enseñanza en la docencia de las ciencias médicas. *Edumecentro*, 8 (1):1.

Reeves, Peggy. (2000). *El paradigma etnográfico*. En Catalina A. Denman & Jesús A. Haro (Comps.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. El Colegio de Sonora y Universidad de Guadalajara, México.

Reinhardt N. (2010). *Infografía Didáctica: producción interdisciplinaria de infografías didácticas para la diversidad cultural*. Pp 73.

Ritzer, G. (1996). *La McDonalización de la sociedad*. Editorial Ariel.

Rivera-Dommarco, J., Cuevas-Nasu, L., González de Cosío, T., Shamah-Levy, T., y García-Feregrino, R. (2013). Desnutrición crónica en México en el último cuarto de siglo: análisis de cuatro encuestas nacionales. *Revista Salud Pública de México*, 55, 161-169.

Scribano, A. (2008). *La observación*. En *El proceso de investigación social cualitativo*. (pp55-66). Prometeo libros.

SSA. (2012). *Prevención diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad exógena*. México, Secretaría de Salud, actualización.

Taylor, S.T. y R. Bogdan (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.

Túlio-Batista, Franco, y Emerson-Elias, Merhy. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud colectiva*, 7(1), 9-20.

TERCERA PARTE

LA SOBRE MESA:
SABERES Y SABORES DE
UNA INTERVENCIÓN

Sentidos, corporalidad y pedagogías críticas para descolonizar saberes dominantes y cuidar de sí

Azucena Ojeda Sánchez

“Las más abstractas lecciones de la ciencia comienzan en el mundo que habitamos, entre las cosas que se encuentran al alcance de la mano”

Emmanuel Lévinas

Cocinar, comer y convivir son parte esencial de nuestras vidas y requieren sus momentos precisos. Al preparar la comida, se eligen los mejores ingredientes y se usa cierta receta o se combina lo mejor de una y de otra, y este proceso a fuego lento va dando forma y sabor. La experiencia de oler, mirar, probar, saborear y sumergirse en las prácticas de comer y compartir con otros genera placer, alegría y gratitud porque implica una forma de reparar o fortalecer los vínculos. Luego viene la sobremesa, tiempo y espacio son las condiciones para reposar y conversar después de compartir los alimentos. De manera semejante, luego de cocinar a fuego lento nuestra propuesta, ha llegado el tiempo (post-intervención) y el espacio para conversar sobre mi experiencia y algunas reflexiones teórico-metodológicas y políticas surgidas de la investigación-acción participativa con jóvenes universitarias/os, sobre prácticas alimentarias. *El trabajo de campo se interceptó con los principios de las Pedagogías Críticas y Educación Popular*, lo que me permitió repensar algunos procesos y experiencias vividas a la luz de perspectivas críticas desde la pedagogía y sociología que plantean miradas distintas al campo de la alimentación y la educación en salud.

Fui responsable de un proyecto de investigación de una problemática de la cual no soy experta, de hecho, pensaba que no tenía mucho sentido trabajar con el tema de la alimentación pues no alcanzaba a dilucidar qué podría aportar a algo tan “natural” como es la alimentación; pero mi curiosidad por lo nuevo y la experiencia en proyectos de fortalecimiento comunitario, abrieron un horizonte posible de intervención. En esta travesía,

me acompañé principalmente de una profesionalista joven en Odontología que ha sido líder como promotora de salud (Caridad Rangel), una nutrióloga y ahora maestrante en Medicina Social (Yoalli Gómez Cruz) y un joven entusiasta que es estudiante de Medicina y promotor de salud (Antonio Gómez Rubio), además de alrededor de 20 jóvenes que tuvieron intenciones de participar en el proyecto, pero sus actividades escolares solo les permitió participar de manera itinerante. Así, a lo largo de dos años, pudimos dialogar con la comunidad universitaria para producir en co-labor conocimientos, estrategias y experiencias de intervención grupal y comunitaria mediante metodologías participativas que incentivaran a reflexionar y generar una conciencia colectiva sobre su problemática y la posibilidad de resignificar sus prácticas de vida.

Fuimos muchas voces, muchas intenciones y esfuerzos, en un intento de transformar la forma de trabajo para producir conocimiento y acción de realidades complejas. Y es que desde las ciencias sociales se ha dado apertura a miradas críticas sobre las formas de hacer ciencia en ciertos panoramas sociales emergentes que exigen involucramiento y proyectos de transformación por parte de investigadoras(es), lo que obliga a repensar su campo de acción. Para mí, supone una práctica que conlleva distanciarnos de ciertas teorías y modos de producir conocimientos académicos poco comprometidos, otras veces distantes a las realidades que estudia, o que intervienen a destiempo. *Investigar-Intervenir* implica escuchar el campo y realizar múltiples registros metodológicos, como también procesos de reflexividad y posicionamientos ético-políticos, sobre todo, implica un diálogo con los sujetos directamente involucrados para detonar un proyecto colectivo, un porvenir. Este encuentro es a lo que Aubry (2011) nos invita, pues da la posibilidad de reconciliar la ciencia y la práctica social, la seriedad académica con el impacto transformador.

Es entonces que, la Investigación y Acción Participativa se caracteriza por su postura de investigar para conocer más sobre los procesos que determinan los problemas, por las acciones de denuncia y de transformación que se producen al conocer mejor esos procesos, así como por la participación real de las comunidades implicadas en todos los pasos de investigación-reflexión-acción. En definitiva, podemos decir que se busca conocer para

comprender y comprender para transformar. Este tipo de metodología pretende superar dos grandes fisuras (Cortez, 2014):

- La distancia Sujeto-Objeto. En las formas académicas normalmente se da el técnico, que lo cree saber todo, frente a la comunidad a la que se estudia, a la que muchas veces se le califica de desinformada o ignorante. En la Investigación-Acción-Participativa se trata más bien de una relación horizontal, de crecimiento mutuo y aprendizaje conjunto, donde se reconoce el aporte que puede dar cada persona dentro del proceso.
- La separación Investigación-acción. Normalmente en la academia se estudia y se publica, pero no necesariamente se interviene en los problemas estudiados, sin embargo, en la Investigación acción, por su compromiso con la transformación, no se queda en la descripción o el análisis, sino que son las comunidades las que ponen las agendas definidas y las que deciden qué, cómo y para qué se investiga.

Primera reflexión: lo epistemológico, lo teórico y lo político

Parto de que la intervención es un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias. Implica una inscripción en ese “otro” sobre el cual se interviene, quien a su vez genera una marca en la institución y desencadena una serie de dispositivos e instrumentos. La intervención implica un contrato, en tanto determina con precisión un conjunto de reglas prácticas relacionadas, de ahí que sea un proceso fuertemente atravesado por estas cuestiones (Carballeda, 2002). Repensar la intervención entonces va más allá de validarla o evaluarla, implica abrir un espacio para recorrer ciertas interrogantes (a veces incómodas) que se entrometen en el desarrollo de la intervención: ¿qué estamos produciendo? ¿Qué necesitamos atender? ¿Hacia dónde conducir la intervención? Lo que implica pensar en su dimensión metodológica, ética y política, que a su vez marca una agenda pendiente, donde se construyen diferentes demandas y respuestas.

Entonces, rapidez, falta de tiempo para comer y también para escuchar propuestas hacia la salud y el autocuidado, esas eran las características con las que nos enfrentamos en el trabajo de campo. Sí que hubo fracasos en

nuestros primeros intentos. Una vez realizado el diagnóstico comunitario participativo, ante el hallazgo de que una práctica común entre las y los estudiantes es no desayunar y que en un 63% consumen comida chatarra, inicialmente habíamos pensado en hacer talleres de por lo menos dos horas, impartidos por una nutrióloga para que las y los asistentes construyeran su menú con base en información sobre nutrientes y porciones (El formato es por demás tradicional, una profesionista que instruye a legos en el tema, para promover estilos de vida saludables). Pero sólo se hizo un taller con poca asistencia, *por falta de tiempo* dados sus horarios de clase y otras actividades. Constantemente aparecían las interrogantes, ¿será solo el tiempo? ¿Y qué tal que no les resultaba atractiva esa propuesta educativa? Al indagar un poco más sobre este hecho, encontramos que las y los jóvenes le huyen a lo *institucional*.

Una revisión de literatura nos dio una pista. En la actualidad se practica la denominada “comunicación sanitaria positiva”, su característica es que busca una posición menos culpabilizadora a partir de la educación, sin embargo, los cambios en los comportamientos alimentarios descansan sobre dos factores biologicistas: la percepción de una amenaza para la salud física y la percepción de que la adopción de un comportamiento particular puede reducir esa amenaza. Desde esta perspectiva se trataría de eliminar las motivaciones “no racionales” que guían las decisiones alimentarias (Gracia Arnaiz, 2005).

Pero además aparecía el lugar del *conocimiento* en la educación para la salud. Numerosos estudios indican que ni la acumulación ni la comprensión de los conocimientos nutricionales son suficientes para cambiar los comportamientos nutricionales, Thomas (1980, en Gracia Arnaiz, 2005) analizó estudios de los años 60 y 80 sobre conocimientos y elecciones alimentarias, concluyendo que la adopción de nuevas prácticas tiene que ver más con factores de orden social y motivacional antes que sanitario. El aprendizaje y la aplicación de programas educacionales también dependen del grado de implicación que envuelve a las personas y sus posibilidades prácticas de llevarlos a cabo. Poulain (2002, en Gracia Arnaiz, 2005), enfatiza la importancia de las dimensiones culturales, basadas en la conveniencia, el placer o la identidad.

Así, nos dimos cuenta que debíamos buscar propuestas más novedosas para propiciar la reflexividad. Este tipo de estrategia tiene sus fundamentos en la educación participativa, aquella donde nadie educa a nadie o, en otras palabras, la educación se da en un contexto de producción colectiva de conocimientos, saberes y prácticas. Desde este enfoque, la educación es activa, abierta, experimental, cooperativa, integradora y no es un evento lineal, cerrado y jerárquico. En esta línea Paulo Freire (1982: 162), como educador popular⁵, sostiene que:

“El verdadero compromiso implica la transformación de la realidad en que se halla oprimida [La población] y reclama una teoría de la acción transformadora que no puede dejar de reconocerle un papel fundamental en el proceso de transformación”. Mientras que Orlando Fals Borda (2008), plantea: “las gentes del común merecen conocer más sobre sus propias condiciones vitales para defender sus intereses, que aquellas otras clases sociales que han monopolizado el saber, los recursos, las técnicas y el poder mismo, es decir, que debemos prestar a la producción del conocimiento tanta o más atención que a la producción material”.

Pero, ¿cómo emprender un proyecto de investigación-acción y desde la educación popular, dentro de la universidad que se torne un proyecto educativo emancipador? Así, esta búsqueda abrió caminos para explorar el campo de la educación desde una postura crítica, ¿quiénes nos educamos? ¿cómo educamos? ¿para qué? En general, estas preguntas realizadas en el camino fueron para mí muy reveladoras y convocantes para pensar distintas prácticas sociales en el ámbito de la educación.

La transmisión de la práctica de la enseñanza hace irrumpir en la vida académica el reflejo de dificultades, malestares, imaginarios, deseos de quienes por ahí transitan. Los vínculos que tienen lugar en el aula, ponen en juego historias, procedencias sociales y culturales diversas, que se entrecruzan en la relación docente-estudiante, a lo largo de la experiencia de

5 La educación popular (EP) es una corriente pedagógica latinoamericana, que surgió y ha crecido de la mano de los movimientos sociales que desde hace medio siglo, cuestionan y construyen alternativas a las múltiples injusticias que trajo consigo la imposición del capitalismo en nuestro continente.

acompañar en los procesos de enseñanza-aprendizaje. Una lectura obligada para entender los procesos que se dan en el camino, fue lo que Estela Quintar (2018) aborda sobre *la colonialidad del saber*. Ella construye muchos conceptos que me llevaron a visitar mis propias pre-concepciones. Me hace mucho sentido su insistencia en diferenciar el pensamiento crítico como una práctica de vida, como un estar en el mundo con conciencia y creatividad.

Hay que repensar también las transformaciones del papel del/la docente como autoridad, como guía o facilitador/a, donde predominan cada vez más las relaciones horizontales, pero también la pasividad o la indiferencia. Por tanto, se requiere una educación radicalmente distinta a la pasiva. La educación participativa supone la existencia de potencialidades cognoscitivas inherentes a la condición humana y su realidad y el reconocimiento de la realidad, conlleva igualmente el reconocimiento del territorio y las prácticas que se desarrollan en éste. Nos habla de sujetos que no están flotando en las ideas, nos habla de sujetos con un arraigo territorial, que los ubica y denota sus posibilidades y limitaciones. Esta situación, confronta la deshegemonización del conocimiento, puesto que no hay mayor experto sobre su comunidad que quien la habita, y esto no puede ser dado por un título, lo que implica que la tradicional jerarquía vertical del sistema educativo, en este caso, carece por completo de sentido. El/la pedagogo/a debe ser humilde con su conocimiento y dejarse enseñar por la comunidad.

Tal como apunta Paulo Freire (1982): “Siendo seres en “situación”, se encuentran enraizados en condiciones temporales y espaciales que los marcan y que, a su vez, ellos marcan. Su tendencia es reflexionar sobre su propia “situacionalidad”, en la medida en que, desafiados por ella, actúan sobre ella. (...) Los hombres son porque están en situación” (p. 131). Es desde la potencia de este marco interpretativo de la realidad y del despliegue de acciones posibles para actuar sobre ella, que reflexioné sobre algunos procesos críticos. De este modo, pensé en la relevancia de la investigación-acción (Fals Borda, 2007; Cortez, 2014), las metodologías participativas (Contreras, 2002) y las pedagogías críticas hoy día, en un mundo donde es urgente reconstruir lazos solidarios, comprometidos con el cambio social en procesos de intervención microsociales, pues otorgan rumbo y sentidos colectivos de esperanza, reconocimiento de los otros y Buen vivir.

No sé si el proyecto común que emprendimos, podría ser un intento de educación popular pero sí sé que fue contra-hegemónica a las formas tradicionales de hacer promoción de la salud porque pone en el centro de la reflexión colectiva la pregunta del "nos-otros", de nuestro territorio geográfico y corporal y de la necesidad de reapropiación y resistir al sistema capitalista y de hiperconsumismo hedonista. En este sentido, no es lo mismo informar que pensar críticamente esa información: implica enseñar a pensar desde lógicas de razonamiento diferentes a la lógica con la que hemos sido parametralizados y las pedagogías críticas son formas de convocar pedagogías reflexivas y también dialogantes. Al respecto, Cabaluz (2015), nos responderá que los cuatro nudos como elementos y procesos por los cuales debe transitar la pedagogía crítica, para poder denominarse tal, pues si alguno de ellos faltase carecería de sentido, tiene que ser contra-hegemónica, territorializada, territorializante, alteridad radical y pedagogía de la praxis.

Segunda reflexión. De las experiencias juveniles, los espacios de poder y resistencia

La población con la que trabajamos eran jóvenes universitarias/os con formación en salud y cierta información en alimentación saludable y sin embargo aparecían otras dimensiones más allá de sus conocimientos. “Somos *estudi-hambres*”, decía un joven y otros más asentían tal declaración durante una de las intervenciones en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. En efecto las y los estudiantes pasan tiempos importantes de hambre en la escuela, la comida se convierte en un desafío cotidiano al grado de formar parte de su identidad como universitarias/os. El hambre es un sinónimo de una subalimentación crónica que en la vida cotidiana requiere de soluciones inmediatas para “llenar la panza con lo que se pueda” y ellos lo hacen con tacos, tortas, bagels, pizza, dulces, galletas, frituras y refrescos. El comensal contemporáneo en esta *sociedad de la abundancia* carece de autodeterminación, habita la universidad sobreviviendo y sus recursos son el aumento del *snaking* (picoteo) y vagabundeo alimentario.

Particularmente, en esta investigación se vio que el consumo personal en la alimentación es un proceso histórico que refleja las disposiciones colectivas determinadas socioculturalmente. Y las prácticas alimentarias

de las/os jóvenes se reconfiguran a partir de distintas paradojas: al tiempo que hay mayor oferta de productos para su consumo, la condición de vida posmoderna (no tener tiempo) no permite la comida lenta (*slow food*), ni su disfrute en comunidad. Tremenda paradoja, la universidad que prepara para la vida y la salud de las poblaciones también puede favorecer un mapa de riesgos que disciplina los cuerpos a través de tiempos-espacios para no comer. Presenciamos además nuevas maneras de alimentarse, acompañadas de una colonización del paladar y del hiper-consumo que seducen con vendernos “experiencias efímeras de felicidad” (Lipovetzky, 2007).

Este recorrido también permitió reconocer algunos nudos problemáticos en que se inserta la alimentación como campo de estudio-intervención en un país latinoamericano como México. Por ejemplo, entender que desde el paradigma de salud dominante tenemos un discurso del “estilo de vida” fallido pues supera su correlato individual. Así, para las y los universitarios el tiempo fue un indicador que constriñe sus posibilidades de elección y la falta de éste dificulta comer desayunos o comidas completas en la universidad. En este sentido, es crucial entender el papel de la vida cotidiana (tiempo-espacio), los vínculos que se construyen o disuelven, los entornos y los ambientes pues son determinantes para las prácticas alimentarias y muestra que para efectos de intentar incidir en programas preventivos o de educación, no basta con hacer recomendaciones para cambiar la alimentación. Es necesario entender su complejidad y posibilidades personales y colectivas para su transformación. Específicamente el campo de la alimentación, ha sido abordado en México desde un enfoque biomédico y reducido a recomendaciones del plato del buen comer. Desde este mapa, existe una distancia entre proyectos y resultados, es imprescindible repensar las prácticas de prevención y promoción, por lo que para generar impacto en la comunidad debe apuntar a intervenciones significativas.

Sin ser exhaustiva la literatura revisada, vemos que en México la construcción de saberes y prácticas en salud se han abordado bajo un Modelo Médico Hegemónico, que tiende a ser prescriptivo, paternalista y reduccionista, impactando al campo de la alimentación, pues no se identificó un modelo de intervención integral (Menéndez, 1988; Castro, 2014). Las ciencias de la salud, como la medicina y nutrición, desde sus prácticas

tienden a mantenerse distantes de las condiciones de vida de las personas, pese a la insistencia de distintos actores sociales (academia, sociedad civil, poblaciones afectadas) de atender desde otros enfoques que respondan a las realidades locales. Así, existe una brecha entre los discursos emancipadores y las prácticas normativas en salud, pues estamos ante un campo medicalizado (Gracia, 2007), que ha sido reducido a *recomendaciones* para una alimentación correcta e insistencia del *Plato del bien comer*, aunado a que hoy se presencia una “fetichización de las estadísticas”, que se enfoca a riesgos y procesos globales (Bertran, 2015).

Ante la falta de una comprensión más profunda de la realidad, realizamos 34 grupos focales (tertulias de café) de entre 8 y 15 participantes jóvenes para discutir y compartir aspectos de la salud, del cuerpo, del sujeto neoliberal que nos constituye. El resultado por mucho se tornó interesante porque lo hicimos en la explanada y no en un aula, en una relación entre iguales, con preguntas, información y opiniones diversas. Una frase constante que aparecía en el imaginario social luego de compartirles los resultados del diagnóstico comunitario, era “no me da tiempo para desayunar”, “no me da tiempo para preparar algún alimento”, y cuando explorábamos en qué se nos iba nuestro tiempo cotidiano descubrimos que nuestra vida se había mercantilizado: nuestros cuerpos han sido disciplinados para vivir con prisa (rápido a ninguna parte), para producir, para ahorrar tiempo y no pasar ratos con la familia o amigos y luego gastarlo sin sentido en por lo menos 5 horas en las redes sociales; pero no poder darnos 10 minutos de tiempo para hacernos un licuado o un refrigerio para la universidad. Espacios de escucha colectiva, eso eran nuestras “tertulias de café”, ante todo un proyecto educativo que se aboca a compartir información, sensibilizar, producir experiencias nuevas y aprendizajes colectivos sobre un campo específico: la alimentación y la salud. Intentos por pensar críticamente nuestras prácticas del comer y del consumir y de enfermar con y para nuestros cuerpos.

Se trató de una pedagogía que incide en lo corporal pues coloca en el eje de sus aprendizajes al cuerpo; el “darse cuenta” se reconoce a partir de una toma de conciencia de los distintos registros del cuerpo: sensaciones, emociones, creencias, malestares, deseos, existencia para reconocer su potencia creadora (cómo se puede transformar ese cuerpo). Es decir, se

“enseña” a escuchar, reconocer y atender al cuerpo. Por ello, hace sentido los planteamientos de Paulo Freire (1982) donde la práctica docente crítica, encierra el movimiento dinámico, dialéctico, entre el hacer y el pensar sobre el hacer, además de insistir en que es fundamental producir condiciones para aprender críticamente, siendo creadoras/es, instigadoras/es, inquietas/os, rigurosamente curiosas/os, humildes y persistentes. De modo que esa disponibilidad, apertura reflexiva y crítica dan cauce a su posible transformación.

Como resultado de este proyecto, aprendimos a construir diagnósticos y estrategias participativas, diseñar y compartir estrategias para facilitar la información, dialogar y reflexionar junto con jóvenes sobre la colonización del paladar y la biopolítica de la alimentación para resistir las tendencias globalizadoras. Y aprendimos también que no es posible pensar en un modelo de intervención con grupos de forma rígida, estructurada y bien delimitada, pues cada grupo exige intervenciones particulares. Si no se contempla en la aplicación, una apertura a la incertidumbre, a la flexibilidad y sobre todo a la atención de las necesidades del grupo (escuchar demandas, omisiones, energía grupal, quejas, puntos ciegos, proyectos colectivos, etc.), difícilmente será una experiencia grupal significativa y más aún transformadora.

Tercera reflexión. ¿Y el cuerpo, y las sensibilidades?

Los miércoles y jueves eran los días que nos tocaba realizar trabajo de campo de forma directa con la población. Se propiciaron muchas experiencias y cada semana era un tema y experimento diferente (resultado de sus problemáticas). Eso atraía mucho la atención y propiciaba el acercamiento de estudiantes: “¿hoy de qué se va a tratar?”, “hoy traje a unas amigas porque les prometí que lo disfrutaríamos mucho”, “el año pasado por pura curiosidad nos quedamos a la experiencia y la verdad fue muy significativa porque desde que nos explicaron los efectos de no desayunar, no hay día en que no desayune”. Incluso una niña, hija de una trabajadora de la FES-Z nos acompañó en una experiencia y a la semana siguiente llegó muy contenta y nos dijo “hoy traje a mi mamá”. Las experiencias grupales que duraban aproximadamente 25 minutos (para no quitarles demasiado tiempo a sus clases), en sus palabras resultaban “muy divertidas y deliciosas”, “innovadoras, creativas y atractivas”,

“livianas, reflexivas, interesantes”, “muy buena, excelente información”, “esto es una enseñanza con mucho sabor”.

Cuando trabajamos el tema de “no nos da tiempo de desayunar”, montamos una mesa con frutas, semillas, leches y una licuadora. Una vez que compartíamos la información referente a sus consumos, venía la degustación y ahí se preparaban licuados en menos de 5 minutos para luego compartir sus sabores y reflexiones. Como los licuados, la mezcla entre información sobre aportes de nutrientes, la demostración de hacer un desayuno rápido y nutritivo en 5 minutos, y la reflexión sobre las posibilidades reales de llevarlo a cabo, resultaban un laboratorio ameno entre conocimientos y praxis. *Incorporar* esos saberes y sabores a su vida cotidiana desde un lugar distinto a la RECOMENDACIÓN DEL BUEN COMER, y más bien tocar sus sensibilidades, su toma de conciencia y de poder, era el nudo central de nuestras intervenciones.

En otra ocasión, después de varios acercamientos y conversaciones con la comunidad decidimos iniciar un experimento distinto, el cual consistía en montar una mesa de *picnic* con mantel de cuadritos, florero, canasta, fruta, platos con algunos ingredientes (fruta, hojas de naranjo, cacao, canela, vainilla, café de grano, zanahorias, betabel, etc.; así como productos ultraprocesados en envolturas individuales como dulces, chocolate, frituras, galletas). En esa ocasión decidimos no dividir ni espacialmente (antes había dos espacios, uno para las entrevistas grupales y reflexiones, y otro para las degustaciones), ni en tiempos distintos la experiencia grupal. Contrastamos olores, texturas y sabores entre alimentos del campo y productos ultraprocesados, les preguntábamos sobre su experiencia al tocar una fruta desde su cáscara en contraste con abrir una envoltura de algún producto, una joven comentó “hace tanto tiempo que no pelaba una fruta”, otros comentaron “me he acostumbrado a que todo está envuelto de plástico” o “jamás había probado el betabel”, otros más compartían sobre las frituras “mi lengua está muy acostumbrada a mucha sal y salsa valentina”, “es como si nos adormecieran nuestro paladar”, “ya todo nos sabe a lo mismo”, “lo dulce de la fruta es tan sutil al azúcar de los postres”, “lo que estamos comiendo son productos, no comida”. Y ahí estaban nuestros cuerpos y nuestras sensaciones, atestiguando la tradición y la modernidad en nuestras maneras de comer.

Ya antes en otras experiencias grupales, había aparecido la nostalgia por no poder pasar tiempos de comida en familia, pues muchas veces comían en la escuela algo rápido, chatarra o procesado, o cuando estaban en casa comían en sus habitaciones mientras estudiaban. La soledad configuraba sus espacios de vida y había una costumbre ante ello, pero también una necesidad de tener compañía. Siguiendo a Fitoussi y Rosanvallon (2003: 36) “en el malestar contemporáneo se superponen dos padecimientos: el más visible, el que procede de las conmociones socioeconómicas, pero también otro, más subterráneo, que remite a los efectos destructores del individualismo moderno”.

Esa nostalgia de la que hablaban nos llevó a montar la degustación y la sensación de estar en sobremesa, para hablar sobre nuestros tiempos-espacios de comida en compañía o en soledad. Tal experiencia resultó muy reveladora, hablamos sobre sabores tradicionales, sabores de nuestras tierras y geografías, olores que nos transportaban a nuestras infancias, consejos de las abuelas sobre la comida y sus maneras de consentir, las fiestas y las celebraciones. Brevemente recorrimos lugares, tiempos, personas, enseñanzas. Honramos esos momentos que transgredían la vida globalizada, capitalista y posmoderna, hasta el punto de conmovernos.

¿Cuánto han disciplinado nuestros cuerpos? Foucault (1999) precisará que el control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo, pero Carballeda (2002) dirá que los grupos sociales por el solo hecho de unirse, modifican la estructura de la sociedad. No era nuestra intención tener tan ambiciosa pretensión, pero consideramos que dichos momentos pueden transformar esas historias locales de vida en experiencias amorosas, llenas de sentido, responsables y solidarias consigo mismos/as y con un deseo de tener y habitar espacios vivificantes. A veces, para transformar nuestro mundo, se comienza por una probadita a la idea de que otro mundo es posible. A veces, se empieza sólo con la disposición de nuestros cuerpos para generar esos momentos de nostalgia: saborear y conversar, compartir con otros, compartir la vida y por tanto, propiciar esos encuentros.

Y entonces, apareció el *lugar del cuerpo* en estas intervenciones. Significativamente puede ser un punto ciego para la salud pública y las prácticas en la promoción de la salud. Ahí veo distintas paradojas entre la intervención y la experiencia o, mejor dicho, en los discursos institucionales existe una ajenidad a los cuerpos en su dimensión más profunda que el soma, lo que obstaculiza reconocer maneras de construir y vivir la salud y el bienestar. En este libro se ha insistido en que alimentarse no es una práctica mecánica ni espontánea, acá hay que insistir en repensar cómo desde la experiencia corporal (sensaciones, emociones, creencias, resistencias, habitus) se abren caminos hacia el cuidado de sí, o se cierran las fronteras de comunicación y diálogo por parte de las personas y grupos con quienes se pretende intervenir para generar reflexión-acción y poder para construir salud colectiva y buen vivir. Así, el principal riesgo de esta invisibilización es que *el no ver, ni escuchar al cuerpo impide la posibilidad de “gestionar la condición de salud”*.

Pero decía Canguilhem (2004) “la salud es la vida en el silencio de los órganos” que en términos no metafóricos implicaría constatar que estamos sanos cuando realizamos las actividades cotidianas, nos relacionamos con los otros sin tener que escuchar al cuerpo hasta que éste rompe su silencio por el dolor para ser atendido, por ello hay un “cuerpo subjetivo” (la experiencia del cuerpo tal como es vivido). Encuentro que las aportaciones de Canguilhem sobre lo normal y lo patológico, permiten entender a la salud desde otra vertiente no medicalizada; como una experiencia subjetivamente vivida de manera activa, fluida, cotidiana. Nos propone pensar la salud como “la verdad del cuerpo”.

Empero, el cuerpo no puede ser entendido solo como un conjunto de huesos, articulaciones, fluidos, órganos, sistemas. El cuerpo no existe en “estado puro o natural”, siempre está inserto en una trama de sentido y significación. Es materia simbólica y objeto de representaciones, disputas morales-religiosas, también es depositario de atributos y condiciones sociales: raza, género, clase social. Por tanto, es un fenómeno social, cultural e histórico. Parafraseando a Foucault (1992), cualquier análisis político-pedagógico y escolar debe identificar la articulación del cuerpo y la historia: *“debe mostrar al cuerpo impregnado de historia, y a la historia como destructora del cuerpo*.

(...) Sobre el cuerpo se encuentra el estigma de los sucesos pasados, de él nacen los deseos, los desfallecimientos, los errores; en él se entrelazan y de pronto se expresan, pero también en él se desatan, entran en lucha, se borran unos a otros y continúan su inagotable conflicto” (p. 14).

Pero entonces, ¿cómo escuchar nuestro cuerpo? Y ¿cómo gestar autonomía y salud? El concepto de autocuidado que ha trabajado el paradigma moderno de la Salud Pública tiene su origen en Dorothea Orem, en el campo de la enfermería, y que entiende por éste: “aquellas actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el propósito de proponer la salud (o restablecerla cuando sea necesario) prevenir la enfermedad y limitarla cuando existe” (Muñuz, 2009, p. 393), aunque parte de un modelo biomédico y centrado en la enfermedad. Pero la Salud Colectiva propone una interpretación diferente, pues la acción humana requiere un proceso de subjetivación previo, que constituye el *cuidado de sí*, término trabajado por Foucault (1999), como un concepto global, integrador y articulador de la concepción que se tiene sobre sí y sobre los otros. Para la Salud Colectiva se requiere develar la importancia de involucrar a los colectivos como sujetos activos en la toma de decisiones sobre su salud y ésta, se construye en las relaciones sociales, en las interacciones y en las prácticas (Muñoz, 2009).

Llegado a este punto, invito a experimentar otras maneras de intervenir con y para otros que responda a una realidad vivida y *sentida e incorporada* por las personas, pues es desde el cuerpo que opera todo un sistema de exclusión, disciplinamiento y explotación y también es el cuerpo el lugar de la resistencia a ciertos discursos, ese que en lo cotidiano, aunque se muestre silente, hay que cuidar, monitorear, atender. Por ello, esta intervención privilegió un trabajo profundo con la corporalidad (más allá del soma, están los imaginarios del cuerpo) los que llevan a decaer o mejorar la calidad de vida, el recurso principal fue la escucha colectiva como un interlocutor que puede dar cuenta de la constitución de ese mundo de significados, sentidos y deseos de vivir. Esta es una diferencia entre otras estrategias de intervención que se basan en la reestructuración cognitiva (mensajes dirigidos a las prácticas de riesgo directamente y las recomendaciones), dejando a un lado las metáforas del cuerpo.

Referencias

Aubry, (2011). *Otro modo de hacer ciencia. Miseria y rebeldía de las ciencias sociales. En Baronnet, B. Mora, M. y Stahler-Sholk. Luchas “muy otras”. Zapatismo y autonomía en las comunidades indígenas de Chiapas (pp. 59-78). UAM-X, CIESAS, UACH.*

Bertran, M. (2015). *Incertidumbre y vida cotidiana. Alimentación y salud en la ciudad de México. UOC-Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.*

Cabaluz, F. (2015). *Entramando pedagogías críticas latinoamericanas. Quimantú.*

Canghilhem, G. (2004). *La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica. En Escritos sobre la medicina (pp. 49-67). Amorrortu.*

Carballeda, A. (2002). *La intervención en lo social. Paidós.*

Castro, R. (2014). *Génesis y práctica del hábitus médico autoritario en México. Revista Mexicana de Sociología, 76 (2).*

Contreras, R. (2002). *La investigación Acción Participativa (IAP): revisando sus metodologías y sus potencialidades. En Durston y Miranda (Ed.), Experiencias y metodología de la investigación participativa. CEPAL.*

Cortez, C. (2014). *Investigación y acción social. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.*

Fals Borda, O. (2007). *Investigación-acción participativa. En Pérez, Modelos de investigación Cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural. Narcea.*

Fitoussi, JP y Rosanvallon, P. (2003). *La nueva era de las desigualdades. Manantial.*

Freire, P. (1982). *Pedagogía del oprimido. Siglo XXI.*

Gracia Arnaiz. (2005). *Maneras de comer hoy. Comprender la modernidad alimentaria desde y más allá de las normas. Revista Internacional de Sociología, 40, 159-182.*

Gracia-Arnaiz. (2007). *Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. Revista Salud Pública de México, 49, 236-242.*

Menéndez, E. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. (30 de abril al 7 de mayo), 451-464.*

Muñoz Franco, N. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. Revista Salud Colectiva, 5(3), 391-401.

Quintar, E. (2018). Crítica teórica, crítica histórica: las paradojas del decir y del pensar. Archivos de ciencias de la educación, 12.

El ABC de la participación social. Apuntes sobre el trabajo con jóvenes

Caridad Rangel Yopez

Introducción

A lo largo de este capítulo, mencionaré las acciones que realicé al laborar con y para jóvenes universitarias/os. Narraré la experiencia al colaborar con ellos en un proyecto de alimentación con el objetivo de brindar al lector/a, herramientas que podrían ser útiles para hacer más efectivo el trabajo con grupos específicos, en este caso, jóvenes universitarias/os.

Durante tres años apoyé en la coordinación del diplomado de “Formación de estudiantes universitarios como promotores de salud, bajo un enfoque constructivista” que se imparte en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza a los alumnos de primer ingreso de las 8 carreras. Mi labor consistía en mantener a ese grupo de jóvenes informados de las actividades que se realizaban dentro del curso, sin embargo, ese trabajo de enlace y logístico se convirtió en un acompañamiento personal constante durante el diplomado. Por otro lado, colaboré en la campaña educativa y de sensibilización “Nutrirme es pan comido”, el cual formó parte de las acciones del proyecto PAPIIT.

Parto de pensar que esta población, basada en estadísticas nacionales que muestran distintas condiciones estructurales de riesgo y precariedad, no es considerada vulnerable. Sin embargo, existen diferentes problemáticas que afectan de manera directa su salud que generarán en ellos afectaciones a lo largo de su vida si no son atendidas oportunamente por lo que es importante generar una guía para orientar la forma de trabajo con y para ellos. De esta manera, lo que expondré a continuación es la relación que considero se debe tener con los jóvenes universitarios para lograr de manera exitosa su participación dentro de su entorno y favorecer cambios significativos en sus estilos de vida. La siguiente es una lista de recomendaciones para la interacción con ellos:

1. Conocer

Es importante que al trabajar con cualquier persona conozcas su nombre de manera indispensable, a qué se dedica, cuáles son sus aspiraciones, el motivo que lo lleva estar en ese lugar y saber puntualmente ¿qué es lo que espera del trabajo a realizar? Esto ayudará a comprender mejor a los jóvenes con los que se labore, te permitirá saber sus horarios, condiciones, además de la disposición con la que cuentan; a ellos les brindamos confianza y apoyo, que servirá para sentirse parte del grupo, evitando el abandono de la actividad.

2. Comunicación

Una de las habilidades con las que debe contar un/a coordinador/a es la comunicación, ésta es un pilar importante para trabajar en equipo. Se tiene que ser claro con las actividades, ellos tendrán que desempeñarse de manera fluida si cuentan con todas las indicaciones. La comunicación debe ser bilateral, es necesario escuchar sus propuestas, ideas e inconvenientes para ejecutar el trabajo; esto ayudará a que los jóvenes se sientan respaldados en la actividad mejorando su desempeño y explotando su creatividad.

3. Valorar

Es primordial manifestar a los jóvenes la importancia que tiene su participación dentro de la actividad, esto los mantiene motivados y evita que se sientan utilizados.

4. Motivar

Influir en el ánimo de alguien para que pueda realizar cualquier tarea va más allá de decir palabras de aliento, es necesario que le brindes perspectivas distintas, los orientes y busquen alternativas para que el trabajo sea novedoso cumpliendo con los objetivos.

5. Ayudar

En este punto no me refiero a la ayuda ofrecida para la actividad, es más como una tutoría, posiblemente no la acepten de manera inmediata, pero con el tiempo se darán cuenta que pueden confiar en ti.

Estos cinco aspectos fueron importantes pues nos ayudaron a trabajar de manera exitosa con las y los jóvenes. Sin embargo, tengo que mencionar que, aunque realicé estos puntos con todos los y las jóvenes a mi cargo, muchos de ellos lo abandonaron. Tuve la oportunidad de preguntarles de manera directa algunos de ellos el motivo de la deserción, teniendo como respuestas; la falta de tiempo, carga escolar, falsas expectativas, motivos de salud e incluso problemas familiares, por lo que estas recomendaciones podrán ser una guía, pero existen circunstancias ajenas que podrían afectar la participación de los y las jóvenes.

Las actividades realizadas fueron enfocadas a la promoción y prevención de la salud, acciones inmersas en el plan institucional de la Facultad, con el objetivo de lograr el bienestar y mejorar la calidad de vida de los alumnos, el trabajo se daba entre pares, los alumnos realizaban estas campañas para sus compañeras/os, siempre con el acompañamiento del equipo de investigación.

El trabajar con ellos no siempre es favorable ya que se presentan dificultades, y mientras algunos de ellos tienen muchas propuestas, otros no tienen la menor idea de lo que implica la promoción de la salud. Pero esto no es culpa de ellos, ya que estamos en un sistema en el cual se cree que la promoción de la salud es la realización de ferias, colocación de globos, juegos y premios, cuando en realidad la promoción de la salud es todo un conjunto de acciones que deben ayudar a la población para cambiar sus estilos de vida, apoyándose de las políticas institucionales para su implementación.

La infantilización de la promoción de la salud es un problema grave que debemos ir cambiando poco a poco para establecer programas que repercutan de manera significativa en la población. Como parte de nuestro trabajo docente es el desarrollo integral de los alumnos, ayudarlos para

mejorar la calidad de vida que poseen beneficia su entorno y genera cambios en su proceso de aprendizaje.

Para que esto ocurra es necesario presentarlo de forma llamativa, que sea atractivo para los jóvenes con temas de su interés, pero sin minimizar su capacidad de razonamiento; las siguientes son experiencias que tengo con jóvenes dentro de la facultad en relación a la promoción de la salud.

En el proyecto “Nutrirme es pan comido”, donde se tuvieron numerosos grupos focales llamados “charlas por antojo”, abordamos diferentes temas de alimentación. Lo relevante de las charlas fue darnos cuenta de que existen condiciones específicas para que los jóvenes se acerquen y participen activamente, las cuales mencionaré a continuación:

- Las actividades deben ser al aire libre, favorece la difusión y crea curiosidad
- Sugiero que los nombres de las actividades sean atractivas, dejar los nombres de “taller, conferencia, curso”, ya que los jóvenes lo perciben de forma académica y disminuye su interés por participar.
- Recomiendo que las acciones presenten un tiempo establecido de máximo 20 minutos, podrás tener su atención y evitarás que se preocupen por sus clases, tareas o pendientes ya que no les quitas mucho tiempo.
- Invito a que se evite la folletería, esto es un gasto innecesario y no cumple con su función, debido a que los alumnos muy pocas veces lo leen y termina en el cesto de basura, ahora bien, si la información se considera en papel, ajústala en separadores, infografías o en cualquier objeto que ellos necesiten y no tengan que desechar, que sea útil, creativa y visualmente atractiva. Sin embargo, esto no asegura la apropiación del conocimiento.
- Brindarles un escenario nos ayuda a generar expectativa e indagación por parte de los alumnos, se acercarán para preguntar ¿qué pasará? y es el momento adecuado para invitarlos a participar, ofreciendo una experiencia única, con el objetivo de escuchar su sentir.

Reflexiones finales

Parte de las actividades que se tienen como docente es formar a los futuros profesionales de manera integral, no solo es facilitar el proceso enseñanza-aprendizaje, tenemos en nuestras manos el poder de transformar su comportamiento, fomentar valores e incidir en sus estilos de vida, por lo que me enfocaré de forma específica a la promoción de la salud.

La promoción de la salud en nuestros universitarios se ha dejado de lado por mucho tiempo ya que no se considera un grupo vulnerable. Sin embargo, para el 2010 con iniciativa de OMS y OPS se iniciaron universidades promotoras de salud, bajo este marco es necesario contribuir a la población con proyectos que apoyen los cambios en los estilos de vida.

Hablar de promoción de la salud es un reto, debido a las múltiples definiciones que ha tenido durante la historia, y su esclarecimiento es fundamental para poder llevarla a cabo dentro de las instituciones educativas. La OMS menciona que la promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación. Centrándose en tres componentes fundamentales:

1. Apoyo gubernamental

2. Educación sanitaria

3. Ciudades saludables

Teniendo en cuenta esta definición, lo que se realiza actualmente como promoción de la salud es un intento desesperado para disminuir la enfermedad, otorgando información poco clara, provocando que el alumno la perciba repetitiva y se sienta reprendido con su forma de vivir, ocasionando una disminución del interés por el tema.

Para generar un cambio hacia el autocuidado es importante crear estrategias multidisciplinares, con una visión general de las problemáticas, hablando desde un contexto familiar, comunitario, ambiental y social del individuo, promoviendo el desarrollo de conocimiento (o reforzando el que se tiene), habilidades y destrezas para el autocuidado. Estos planes de intervención deben ser continuos y coherentes con respecto al entorno que se tiene.

Encuentros y desencuentros. Las primeras experiencias que un Promotor de Salud puede enfrentar

Antonio Gómez Rubio

Introducción

Soy estudiante del tercer año de la Licenciatura Médico Cirujano de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM, también soy egresado del Diplomado de “Formación de Jóvenes Universitarios como Promotores de Salud”. En este capítulo, mi objetivo será compartirles mi experiencia como promotor de salud en prácticas alimentarias con y junto a jóvenes universitarias/os - de la FES Z -, con motivo de poder auxiliar a quienes en un futuro se presenten en alguna circunstancia similar, ya sea dentro y fuera de la facultad, en un consultorio, con la familia, en campañas y/o trabajos en comunidad. Deseo que este texto les sea de utilidad y que de una forma crítica, creativa y humanística puedan tomar decisiones para brindar promoción y educación en la salud con quienes compartan sus conocimientos.

Empecé a colaborar en este proyecto con motivos académicos, quería favorecer mi formación integral como médico; conocer cómo interactuar con otras personas, cómo realizar recomendaciones y brindar información que en un futuro pueda incidir a mejorar su calidad de vida. Se escucha sencillo ¿no? pero existen muchas dimensiones y perspectivas que hay que tomar en cuenta.

1. Panorama de nuestro problema. La malnutrición

Es cierto que existe un incremento acelerado de sobrepeso y obesidad en todos los sectores de la población, para poder comprender qué nivel hemos alcanzado hay que conocer primero cuáles son los factores sociales que están asociados a la malnutrición en el último siglo. Repetir que la población con obesidad o sobrepeso está predispuesta a padecer alguna

otra enfermedad crónico-degenerativa a lo largo de su vida, no resultará suficiente para manifestar que es un problema de salud pública, creo que las estadísticas pueden auxiliar, pero no son datos tan relevantes para quienes se les dirigen estrategias de educación y promoción para la salud, agregarlas como parte de tu intervención puede ser beneficioso para demostrar que en una población existe el problema, pero ese no es tu objetivo, hay que hacer hincapié que este problema no se va a solucionar sólo, que por medio de pequeños cambios a nivel individual y con apoyo de quienes nos rodean (amigos, familia) facilitarán la formación de buenos hábitos alimenticios en pro de nuestra salud y de la quienes nos rodean, propiciando una mejora de nuestro entorno.

Como se ha descrito en este libro, a finales de la segunda mitad del siglo XX, México ha experimentado un aumento en el consumo de alimentos procesados, comida rápida, alimentos preparados fuera de casa, con alto contenido en grasa, azúcar y sal; al igual que su mayor exposición publicitaria y aumento de su disponibilidad hasta en las zonas más alejadas de las urbes, paralelo a una disminución en el consumo de frutas y verduras, leche y carnes. de igual manera, ha promovido demandas de seguridad alimentaria en su población, como: la reducción del espacio para la producción de materias primas, disminución del apoyo a los productores agrícolas, modificación de la adquisición y consumo de alimentos, impacto ambiental de la distribución a larga distancias, contaminación por los métodos de empaquetado y de conservación de alimentos, el desperdicio de los alimentos, entre otros. La aparición de estas y muchas otras condiciones de malnutrición han sido promovidas por la urbanización acelerada, desigualdad social, económica y de acceso a los servicios, hay que concluir que este problema no se ha formado en un solo día y tiene muchas limitantes, esto es consecuencia de las múltiples decisiones que en comunidad e individualmente hemos tomado, debemos de reflexionar como consumidores ¿qué es lo que comemos?, ¿cómo y de dónde decidimos alimentarnos? Quizás compartir o abrir este dialogo con quienes nos son más cercanos nos permita formar una red de apoyo en donde en conjunto con la toma de decisiones informadas nuestra intervención tenga un buen resultado.

2. El conflicto social de los profesionales de salud con el uso de lenguaje científico en la comunidad

Días antes de mi intervención estudiaba conceptos básicos que como estudiante de medicina debe uno de comprender tales como las estructuras y funciones del sistema digestivo, así como los grupos alimenticios, los principales nutrientes, sus funciones y vías metabólicas; centraba mi atención en construir un discurso basado en evidencia científica, pero no tome en cuenta el ámbito sociocultural que conlleva la alimentación, así como las características de la comunidad en la que se hizo la intervención, asumí que por ser parte de la comunidad universitaria los demás tendrían que saber lo mismo que yo -lo que no es cierto-. Por ejemplo, luego de una experiencia en grupo provoqué que los participantes cambiaran su interés al tema y perdí la atención de quienes participaban compartiendo su experiencia al momento de mi intervención. Después de eso me di cuenta de que el lenguaje técnico es un código que cada disciplina posee construye para clasificar, nombrar o enumerar eventos, objetos y en nuestro caso padecimientos, como promotor de salud se debe de utilizar un lenguaje cotidiano, amigable y accesible al grupo de edad al que pertenezcan los participantes, siempre y cuando no se quite importancia al propósito de la intervención.

Siempre hay que tomar en cuenta que las personas a quien nos vayamos a dirigir tengan o no estudios formales, tienen mucha o poca experiencia. En cuanto se presenten personas quienes posean ya conocimiento, no hay que asustarse, quizás podamos ayudar a desmitificar algunas de las ideas erróneas o que ellos mismos nos auxilien o nos muestren un panorama distinto que antes no habíamos valorado, refuercen la información que hayan adquirido con anterioridad o sirvan de ejemplo con recomendaciones para tomar decisiones y formación de hábitos alimenticios saludables de los demás; en quienes no posean conocimientos es suficiente hacerlos pensar sobre su estado actual de salud, tan sólo dando a conocer el tema o la enfermedad y que nuestra conversación los haga cambiar en pro a su salud con pequeñas acciones, como ya se ha mencionado.

Para que tu dialogo sea convincente recomiendo que todo lo que se vaya a expresar sea realizado con seguridad, que el lenguaje corporal te ayude, puedes ocupar medios audiovisuales para facilitar ideas o circunstancias del medio para poder motivar y llamar la atención de los participantes; debes de procurar mantenerte cómodo y ten confianza contigo mismo, ordena todos los recursos que vayas a utilizar para evitar algún desajuste o accidente mientras realizas alguna intervención, trata que todos escuchen lo que comuniques y motiva la participación,

3. Perspectivas negativas en la formación de un Promotor de la Salud

La formación del personal de salud es un eje que no hay olvidar, en nuestro país cambian constantemente los planes de estudio de cualquier profesión de la salud y cada una de las instituciones tiene diferentes perspectivas, a pesar que buscan que los médicos, enfermeras, odontólogos, psicólogos tengan conocimientos científicos y cultura universal para una práctica responsable; no siempre es así, por muchos factores; ya que muchas veces algunos docentes, compañeros o circunstancias que forman parte de su desarrollo profesional o técnico de manera indirecta puedan limitar una experiencia crítica y las posibilidades de aplicarlo en una situación real, dándole más importancia a la parte teórica con una visión predominante biomédica y docente que a la práctica psicosocial y humanística.

Seguro has escuchado entre tus compañeros de clase o de trabajo -“El objetivo de la promoción de salud no sirve para nada, de todas maneras la gente se enferma”-, hay que sobresaltar que el primer nivel de prevención es justamente la promoción de la salud, y es la base de los sistemas de salud de muchos países, como parte de mi formación he tenido experiencia participando en ferias de salud dirigidas a poblaciones específicas (niños, adolescentes y adultos) ya que con cada grupo de edad, los instrumentos para favorecer la participación y reflexión son diferentes, no hay que olvidar que no solo en las ferias se hace promoción de salud, no hay un lugar o evento o tiempos específicos donde se pueda brindar educación a la salud.

4. Perspectivas y análisis de la participación de estudiantes de la FES Zaragoza

La participación de los alumnos en cada una de las intervenciones se expresó a través de la aceptación de una breve invitación, la cual se realizó acercándose a grupos de estudiantes aleatorios dentro de la facultad; principalmente la participación se vio influida por el tiempo disponible en el horario de clases de los alumnos, así como el interés individual y colectivo de los estudiantes.

El stand se encontraba en las explanadas principales de la facultad de campus 1 y 2, donde existe una alta concentración, fluidez y recurrencia de alumnos, me acercaba a los grupos de alumnos que estuvieran a los alrededores donde podía ver nuestro sitio de trabajo, me presentaba y les decía que se había realizado un diagnóstico nutricional en la facultad, donde como principales problemas se encontraron el ayuno prolongado y otras circunstancias que promueven malos hábitos alimenticios en la comunidad estudiantil, en ocasiones les preguntaba si ya habían desayunado o si desayunaban antes de venir a la escuela, sus respuestas eran variables pero predominaban los “no”, los invitaba a que pasaran al módulo si su tiempo y sus deberes lo permitían; que íbamos a estar ahí informando en un determinado horario, les entregaba y explicaba rápidamente el contenido de un recetario o una guía que elaboraron mis compañeras anteriormente, luego les preguntaba si ellos tenían algún compromiso personal para mejorar su hábitos alimenticios; les explicaba después que podrían en algún futuro prepararse de comer algo rápido, sencillo y barato, ya que no es tan difícil crear este hábito, y se los podríamos mostrar en el stand, ante sus ojos se les iba a preparar y dar a probar una muestra de un alimento con estas características.

Se observó que al acercarse a los grupos de estudiantes en la facultad existieron diferentes tipos de respuestas a los acercamientos para motivar la participación en cada una de las intervenciones y se clasificaron para favorecer su explicación por campus, por licenciatura a la que pertenecían los estudiantes, por sexo, así como por situaciones específicas (el alumnado foráneo y por alumnas quienes tenían responsabilidades maternas).

Entre los Campus 1 y 2 de la FES Zaragoza existen muchas diferencias, una de ellas son el enfoque científico que poseen cada una de sus licenciaturas. En campus 1 sus licenciaturas pertenecen al área de atención médica y la salud (Médico Cirujano, Cirujano Dentista, Enfermería y Psicología) donde la participación fue más afluente, quizás debido al interés y la cercanía que tienen los estudiantes con el tema como parte de su formación y en campus 2 las licenciaturas que se imparten se fundamentan en las áreas químicas y biológicas (Ingeniería Química, Biología y la licenciatura en Química Farmacéutico Biológica) donde fue más notable la falta de participación ya que algunos alumnos desconocían o restaban valor e importancia a la relación alimentación-salud.

Las respuestas a los acercamientos como antes ya fue mencionado fueron diferentes, según el sexo de los alumnos hubo una mayor respuesta por parte de las mujeres, quizás como resultado de un contexto social y de estereotipos de género, pero sus conductas eran variables según con la disponibilidad con la que contaban, es decir, o eran atentas y amables al escuchar y al responder a la invitación o totalmente lo contrario eran directas y no querían participar en la experiencia, aun sin haberles dicho en qué consistía; y por parte de los hombres disminuyó una respuesta de participación, ya que buscaban hacer reír a quienes los acompañaban al momento del acercamiento, no tenían tiempo, había quienes no prestaban atención y quienes sí aún respondían de forma negativa a compartir su experiencia por desinterés, subestimación, indiferencia y ridiculización del tema. Por lo que te recomiendo que no te frustres si no logras alguno de tus objetivos intentando promover la participación en tu intervención, mantén tu motivación para quienes quieran ser partícipes, quienes quizás se convertirán en un vocero de tu recomendación y tus objetivos se cumplan, un ejemplo de esto fue que noté que los alumnos foráneos, principalmente hombres les interesaba mucho más el tema, sin haber terminado de explicarles en qué consistía nuestra intervención respondían positivamente y era mucho mayor su aportación de ideas; supuse que su participación era resultado de un compromiso que tenían consigo mismos, tenían como principal motivación sus problemáticas conforme a su propia alimentación, donde destacaban el aborrecimiento de los únicos alimentos que sabían preparar y falta de diversidad, así como, que ya habían agotado

todos los productos que tienen a su disponibilidad cerca de donde estudian, viven o trabajan.

Había participantes mujeres quienes ya eran madres y siempre preguntaban por opciones de recetas, resulta curioso que no había un acercamiento previo donde se les invitaba a participar, ellas llegaban solas. Reconocí que existe un problema a nivel familiar, resultado de las labores establecidas por estereotipo de género, que quizás esté presente en la mayoría de las casas mexicanas, existe una despreocupación de la preparación de alimentos por los integrantes de la familia que no tiene este cargo; madres, abuelas o quienes se encarguen de la alimentación familiar se preguntan -Y ahora, ¿qué voy a hacer de comer? - supongo que como secuela a esta pregunta puede surgir estrés por parte de quien elabora los alimentos, y como consecuencia permitir un desequilibrio que favorezca la formación de hábitos alimenticios inadecuados, debido a la desinformación y dificultad que tienen las amas de casa acerca de la cantidad de alimento que se debe proporcionar a cada uno de los miembros de la familia según su grupo de edad (adecuación), diversidad de nutrientes y platillos, etc. Por lo tanto, creo necesario que debe propiciarse la creación de políticas que tengan como objetivo interactuar a nivel familiar, formando así una red de apoyo que quizás pueda resolver, mejorar o adecuar un entorno saludable que favorezca la disminución de factores de riesgo que traen consigo los diferentes estilos y hábitos de alimentación.

Pedagogías del sabor

Un abordaje de investigación y acción comunitaria para la alimentación saludable y el autocuidado



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
Campus I. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,
Campus II. Batalla 5 de Mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto,
Col. Ejército de Oriente,
Iztapalapa, C.P. 09230 Ciudad de México.
Campus III. Ex fábrica de San Manuel s/n,
Col. San Manuel entre Corregidora y Camino a Zautla,
San Miguel ConTLA, Santa Cruz Tlaxcala.

<http://www.zaragoza.unam.mx>

