

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y SALUD
PÚBLICA
SUBSEDE VENUSTIANO CARRANZA**

TITULO DE LA TESIS

**“PREVALENCIA DE LA DIABETES MELLITUS
TIPO 2 EN LA COMUNIDAD REVOLUCIÓN
MEXICANA EN RELACIÓN A LA CULTURA
ALIMENTARIA”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA

ALINE DE LOS ANGELES PEREYRA ARROYO

LEYDI VIRIDIANA VÁZQUEZ DE LA TORRE

DIRECTOR DE TESIS

LIC. MARIA FERNANDA LAGUNA VENTURA

ASESORES DE TESIS

ESP. BERENICE ISABEL MORALES RODRIGUEZ

LIC. JUAN JOSE ESPINOSA GARCIA

VENUSTIANO CARRANZA, CHIAPAS, MEXICO. 2025





UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

SECRETARÍA GENERAL

DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES

DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIÓN ESCOLAR

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Lugar: Venustiano Carranza, Chiapas

Fecha: 08 de octubre de 2025

C. **LEYDI VIRIDIANA VAZQUEZ DE LA TORRE**

Pasante del Programa Educativo de: Licenciatura en Enfermería

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

"Prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en la comunidad Revolución Mexicana

en relación a la cultura alimentaria.

En la modalidad de: Tesis Profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Esp. Berenice Isabel Morales Rodríguez

Lic. Juan José Espinosa García.

Lic. María Fernanda Laguna Ventura.

Firmas:

[Firma]

[Firma]

[Firma]

Ccp. Expediente



Pág. 1 de 1
Revisión-1

DEDICATORIA

A DIOS

Por haberme permitido llegar hasta este punto de mi vida y haberme dado salud para lograr mis objetivos en cada paso de este viaje académico. Su guía y fortaleza han sido mi fuente de inspiración y motivación, y su amor me ha dado la determinación necesaria para completar este proyecto.

A MIS PADRES

A quien les debo todos mis logros cuyo amor incondicional, apoyo constante y sacrificio han sido el pilar fundamental en cada paso de mi vida académica. Su confianza en mí y su aliento inquebrantable me han impulsado a seguir adelante y alcanzar este logro. A ustedes, mi más sincero agradecimiento y amor. Este trabajo es un reflejo de su dedicación y fe en mí.

A MI HERMANO

Por estar conmigo cuya sabiduría y consejos me han guiado en cada paso hacia esta meta tan importante. Tu apoyo constante y tus palabras motivadoras me han inspirado a esforzarme al máximo y a no rendirme. Gracias por estar siempre a mi lado, por animarme a alcanzar mis objetivos y por ser una fuente de fortaleza y aliento.

ALINE DE LOS ANGELES PEREYRA ARROYO

DEDICATORIA

A DIOS

Por haberme permitido llegar a este momento con salud, por acompañarme y guiado a lo largo de mi carrera para cumplir mis metas y sueños, por siempre abrirme las puertas hacia nuevas oportunidades dándome valor y seguridad para poder alcanzar mis objetivos, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias.

A MIS PADRES

Un profundo agradecimiento a mis padres que siempre me han brindado su apoyo incondicional para cumplir mis metas académicas, por ellos que con su cariño me han impulsado a perseguir mis sueños y sobre todo por su dedicación y esfuerzo constante para asegurarme una educación. Gracias infinitas, por su amor incondicional y su apoyo moral. Su fe en mí, incluso en los momentos difíciles, ha sido el pilar de este logro.

LEYDI VIRIDIANA VÁZQUEZ DE LA TORRE

Contenido

CAPÍTULO 1

DIMENSIONANDO LA PROBLEMÁTICA Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LA COMUNIDAD DE REVOLUCIÓN MEXICANA, MUNICIPIO DE VILLA CORZO CHIAPAS16

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.2 OBJETIVOS	19
1.2.1 Objetivo General	19
1.2.2 Objetivos Específicos	19
1.3 Justificación	20

CAPÍTULO 2

INFLUENCIA DE LA CULTURA ALIMENTARIA EN LA PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: UNA REVISIÓN TEÓRICA..... 22

2.1. LA DIABETES MELLITUS TIPO 2: CONCEPTO Y CONTEXTO GLOBAL.....	22
2.1.1. Definición y clasificación de la Diabetes Mellitus Tipo 2.....	22
2.1.2. Epidemiología Global y Nacional de la Diabetes Mellitus Tipo 2	23
2.1.3. Factores de Riesgo Asociados a la Diabetes Mellitus Tipo 2.....	24
2.1.4. Impacto Socioeconómico y Sanitario de la Diabetes Mellitus Tipo 2	26
2.2. CULTURA ALIMENTARIA: CONCEPTO Y EVOLUCIÓN.....	27
2.2.1. Definición de Cultura Alimentaria.....	27
2.2.2. Evolución de los Patrones Alimentarios a lo Largo del Tiempo	28
2.2.3. Factores que Influyen en la Cultura Alimentaria: Tradición,.....	29
2.2.4. Comparación de Dietas Tradicionales y Modernas.....	31
2.3. RELACIÓN ENTRE CULTURA ALIMENTARIA Y SALUD	33
2.3.1. Impacto de la Alimentación en la Salud General	33
2.3.2. Alimentación y Enfermedades Crónicas no Transmisibles	35
2.3.3. La Transición Alimentaria y su Efecto en la Salud	37
2.3.4. Estudios Previos Sobre La Relación Entre Cultura Alimentaria y Diabetes Mellitus Tipo 2.....	38
2.4. CULTURA ALIMENTARIA EN COMUNIDADES RURALES DE MÉXICO	40
2.4.1. Descripción de la Cultura Alimentaria en Comunidades Rurales de México	41
2.4.2. Influencia de la Globalización en los Patrones Alimentarios Rurales.....	43
2.4.3. Prácticas Alimentarias y Percepciones Culturales en Chiapas.....	44
2.4.4. Factores Socioeconómicos que Afectan la Cultura Alimentaria en Comunidades	

Rurales	45
2.5. CULTURA ALIMENTARIA Y PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA COMUNIDAD REVOLUCIÓN MEXICANA	47
2.5.1. Descripción Demográfica y Epidemiológica de la Comunidad Revolución Mexicana	47
2.5.2. Análisis de los Patrones Alimentarios en la Comunidad Revolución Mexicana.....	48
2.5.3. Factores de Riesgo Culturales y Alimentarios Específicos en la Comunidad	50
2.5.4. Relación Directa entre Cultura Alimentaria y Prevalencia de Diabetes Mellitus Tipo 2 en la Comunidad	51
2.6. IMPLICACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2	52
2.6.1. Estrategias de Intervención Basadas en la Cultura Alimentaria.....	52
2.6.2. Promoción de Hábitos Alimentarios Saludables en Comunidades Rurales	54
2.6.3. Recomendaciones para Políticas Públicas Orientadas a la Prevención de la Diabetes Mellitus Tipo 2	55
2.6.4. Importancia de la Educación Nutricional y la Participación Comunitaria	57
2.7 ANTECEDENTES DE PROGRAMAS DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE DIABETES	59
2.7.1 Programas nacionales.....	59
2.7.2 Programas Estatales	61
CAPÍTULO 3	
DISEÑO METODOLÓGICO PARA EL ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE CULTURA ALIMENTARIA Y PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.	63
3.1 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	63
3.1.1 Sitio de estudio	63
3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	65
3.3 POBLACIÓN	66
3.4 MUESTRA.....	66
3.5 MUESTREO.....	66
3.6 VARIABLES	66
3.7 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	67
3.8 DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS A UTILIZAR	67
3.9 DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO	68
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADO	71
CONCLUSIÓN	111

ESTRATEGIAS	113
GLOSARIO.....	114
REFERENCIAS DOCUMENTALES	117
ANEXO	125

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Localización geográfica de la comunidad de revolución mexicana, municipio de Villacorzo Chiapas	64
Figura 2. Distribución por rangos de edad de los participantes	71
Figura 3. Distribución de personas según el sexo.....	72
Figura 4. Distribución del estado civil de las personas.....	73
Figura 5. Distribución de las personas según su nivel de estudio	75
Figura 6. Distribución por ocupación de las personas	76
Figura 7. Distribución del ingreso mensual	77
Figura 8. Distribución según el número de personas por hogar.....	79
Figura 9. Distribución de los participantes según antecedentes familiares con DM2	80
Figura 10. Distribución de otras enfermedades	81
Figura 11. Distribución de las personas con tratamiento de control.....	83
Figura 12. Medicamento de control de los participantes.....	84
Figura 13. Distribución de personas con problemas de salud en los últimos 12 meses	85
Figura 14. Distribución de padecimientos en los últimos 12 meses	87
Figura 15. Distribución de frecuencia del consumo de alimentos personas con diabetes	89
Figura 16. Tamaño de porciones de grupos de alimentos de personas con DM2.....	91
Figura 17. Distribución según prácticas de preparación de alimentos a personas con diabetes	93
Figura 18. Distribución de las creencias sobre la alimentación y la salud de los participantes	96
Figura 19. Distribución del consumo de alimentos típicos de la región en los participantes.....	98
Figura 20. Distribución de los cambios en la alimentación en los participantes	100
Figura 21. Distribución de actividad física en las personas.....	102
Figura 22. Tiempo que realiza actividad física.....	104
Figura 23. Distribución del consumo frecuente de alcohol.....	105

Figura 24. Distribución de consumo de tabaco	107
Figura 25. Distribución de horas de sueño de los participantes.....	108
Figura 26. Distribución de la frecuencia de nivel de estrés en los participantes.....	109

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución por edad de los participantes	71
Tabla 2. Distribución por sexo de los participantes	72
Tabla 3. Distribución del estado civil de los participantes	73
Tabla 4. Distribución por nivel de estudio de los participantes	74
Tabla 5. Distribución por ocupación de los participantes	76
Tabla 6. Distribución de ingresos mensuales de los participantes	77
Tabla 7. Distribución del número de personas que habitan en el hogar	78
Tabla 8. Distribución de los participantes según antecedentes familiares de diabetes.....	80
Tabla 9. Distribución de los participantes con padecimientos diferente a la DM2	81
Tabla 10. Distribución de los participantes con y sin tratamiento de control	82
Tabla 11. Distribución de medicamentos específicos según tratamiento de control	84
Tabla 12. Distribución de algún padecimiento en los últimos 12 meses.....	85
Tabla 13. Padecimiento en los últimos 12 meses.....	86
Tabla 14. Frecuencia del consumo de grupos de alimentos a los participantes con DM2.....	88
Tabla 15. Tamaño de porciones de grupos de alimentos a los participantes	91
Tabla 16. Prácticas según preparación de alimentos de los participantes.....	93
Tabla 17. Distribución de creencias sobre la alimentación y la salud	95
Tabla 18. Frecuencia de consumo de alimentos típicos de la región	98
Tabla 19. En los últimos 12 meses, ¿ha realizado cambios en su alimentación debido a preocupaciones de salud?.....	100
Tabla 20. Frecuencia de actividad física	102
Tabla 21. Tiempo que dedican a la actividad física.....	103
Tabla 22. Consumo frecuente del alcohol.....	105
Tabla 23. Consumo del tabaco	106

Tabla 24. Horas promedio que duerme.....	108
Tabla 25. Nivel de estrés.....	109

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre la cultura alimentaria y la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en la comunidad Revolución Mexicana, municipio de Villa Corzo, Chiapas. La DM2 constituye un problema de salud pública creciente en México, especialmente en zonas rurales donde los cambios alimentarios derivados a la globalización han reemplazado las dietas tradicionales por patrones de consumo ricos en azúcares y grasas saturadas. El estudio de enfoque cuantitativo y descriptivo, se realizó a 30 personas diagnosticadas con DM2 de entre 45 y 70 años, utilizando un Cuestionario de Frecuencia Alimentaria (CFA) adaptado al contexto local.

Los resultados demostraron que la transición de una dieta tradicional basada en alimentos frescos como son: maíz, frijoles y vegetales hacia alimentos ultraprocesados ha incrementado mayormente los factores de riesgo asociados a la DM2. Además, se identificaron bajos niveles de actividad física y hábitos alimentarios inadecuados. Las condiciones socioeconómicas y la limitada educación nutricional también desempeñan factores relacionados al mantenimiento de prácticas perjudiciales para la salud.

El estudio concluye que la cultura alimentaria desempeña un papel crucial en la aparición y control de la diabetes tipo 2, por lo que se propone implementar estrategias de intervención culturalmente adaptadas a comunidades rurales enfocadas en la educación nutricional y el rescate de alimentos tradicionales saludables. Estas acciones podrían optimizar la cultura preventiva y mejorar la calidad de vida de la población.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, hábitos alimentarios, dieta, prevalencia y salud pública.

ABSTRACT

This study aims to analyze the relationship between food culture and the prevalence of type 2 diabetes mellitus (T2DM) in the community of Revolución Mexicana, Villa Corzo municipality, Chiapas. T2DM is a growing public health problem in Mexico, especially in rural areas where dietary changes resulting from globalization have replaced traditional diets with consumption patterns rich in sugars and saturated fats. The study, with a quantitative and descriptive approach, was conducted with 30 people diagnosed with T2DM, between 45 and 70 years of age, using a Food Frequency Questionnaire (FFQ) adapted to the local context.

The results demonstrate that the transition from a traditional diet based on fresh foods such as corn, beans, and vegetables to ultra-processed foods has significantly increased the risk factors associated with type 2 diabetes. Furthermore, low levels of physical activity and poor eating habits were identified. Socioeconomic conditions and limited nutritional education also play a role in the maintenance of practices that are detrimental to health.

The study concludes that food culture plays a crucial role in the development and control of type 2 diabetes. Therefore, it proposes implementing culturally adapted intervention strategies in rural communities, focusing on nutritional education and the restoration of healthy traditional foods. These actions could strengthen the culture of prevention and improve the population's quality of life.

Keywords: Diabetes Mellitus, eating habits, diet, prevalence, and public health.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una condición crónica que ha incrementado de forma constante a lo largo de los últimos años, convirtiéndose en un importante problema de salud pública a nivel internacional. En México, este padecimiento ha registrado un crecimiento notable, especialmente entre la población de adultos mayores. Este aumento se relaciona con una combinación de factores como la predisposición genética, los patrones alimentarios, el estilo de vida y el entorno socioeconómico, los cuales difieren según el contexto cultural de cada región del país.

En este marco, la comunidad Revolución Mexicana, ubicada en el municipio de Villa Corzo, Chiapas, representa un escenario propicio para examinar de qué manera los factores culturales, particularmente los vinculados con la alimentación, influyen en la prevalencia de la DM2. Analizar los hábitos alimenticios y su efecto en la salud metabólica de esta población resulta fundamental para el diseño de estrategias preventivas y de promoción de la salud acordes con las características locales.

El objetivo principal de este trabajo es identificar los patrones alimentarios predominantes en dicha comunidad, así como valorar el grado de conocimiento que los habitantes tienen sobre su cultura alimentaria. Con base en los hallazgos obtenidos, se pretende proponer acciones enfocadas en el fomento de hábitos saludables culturalmente pertinentes. La investigación se abordó desde un enfoque cuantitativo y se contó con la participación de 30 personas diagnosticadas con DM2, cuyas edades estaban comprendidas entre los 45 y 70 años. Entre las variables analizadas se encuentran la alimentación cotidiana, la actividad física, el consumo de sustancias como alcohol y tabaco, y las creencias culturales relacionadas con la dieta.

Para la recolección de información, se utilizó un instrumento basado en el Cuestionario de Frecuencia Alimentaria (CFA), el cual fue adaptado a las características específicas de esta población. Este cuestionario permitió obtener datos detallados sobre las prácticas alimenticias de los participantes. El estudio no solo permitió describir los hábitos dietéticos de la comunidad, sino también identificar posibles factores de riesgo asociados al desarrollo y control de la diabetes.

La importancia de esta investigación radica en la necesidad de abordar la DM2 desde una visión cultural, reconociendo el valor que tienen los alimentos tradicionales y las prácticas alimentarias propias en la salud de la población. Comprender estas dinámicas permite diseñar intervenciones contextualizadas, más eficaces y ajustadas a la realidad social y cultural de la comunidad Revolución Mexicana, contribuyendo así a mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de sus habitantes.

CAPÍTULO 1

DIMENSIONANDO LA PROBLEMÁTICA Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LA COMUNIDAD DE REVOLUCIÓN MEXICANA, MUNICIPIO DE VILLA CORZO CHIAPAS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica no transmisible que se ha convertido en un problema de salud pública de gran magnitud a nivel mundial. De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (IDF), en 2021 se estimaba que más de 537 millones de personas vivían con diabetes en todo el mundo, y se prevé que este número aumente a 643 millones para 2030 (IDF, 2021). En México, la situación es alarmante; se estima que cerca del 10.3% de la población adulta padece diabetes, siendo la DM2 la forma más común (Gutiérrez et al., 2020). La prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 ha sido relacionada con diversos factores, genéticos, ambientales y hábitos alimentarios característicos de cada comunidad (Aguilar, 2021)

En las comunidades rurales de México, como la comunidad Revolución Mexicana en el municipio de Villa Corzo, Chiapas, la cultura alimentaria juega un papel crucial en la salud de los habitantes. La dieta tradicional mexicana, caracterizada por un alto consumo de maíz, frijoles y alimentos frescos, ha sido progresivamente reemplazada por una dieta occidentalizada rica en azúcares refinados, grasas saturadas y alimentos procesados (Barquera et al., 2020). Este cambio en los patrones alimentarios ha contribuido significativamente al aumento de la prevalencia de DM2 en estas comunidades (González-Salazar et al., 2021).

Diversos estudios recientes han señalado que la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en áreas rurales de Chiapas es alarmantemente alta, debido a una combinación compleja de factores culturales, socioeconómicos y de estilo de vida. Estos incluyen patrones alimentarios poco saludables, bajos niveles de actividad física, y limitaciones en el acceso a servicios de salud (López-Carmona et al., 2021). Particularmente, las percepciones y creencias culturales sobre los alimentos, junto con la falta de acceso a una educación nutricional adecuada, pueden contribuir

a la adopción de hábitos alimentarios poco saludables, los cuales incrementan el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (Martínez-González et al., 2021).

Además, la limitada infraestructura de salud en estas comunidades impide un diagnóstico temprano y un manejo adecuado de la enfermedad (Montoya-Arce et al., 2021).

Por consiguiente, cabe mencionar que la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica caracterizada por la presencia de niveles elevados de glucosa en sangre, debido a una resistencia a la insulina y una producción insuficiente de esta hormona por el páncreas. A diferencia de la diabetes tipo 1, que suele desarrollarse en la infancia o adolescencia, la DM2 generalmente se manifiesta en adultos mayores particularmente después de los 45 años, aunque también está apareciendo en edades más tempranas debido a factores como el sobrepeso y la obesidad (American Diabetes Association, 2022).

Es necesario profundizar en la relación entre la cultura alimentaria y la prevalencia de DM2 en la comunidad Revolución Mexicana, considerando las particularidades del entorno sociocultural y económico. Comprender esta relación no solo permitirá identificar los factores de riesgo asociados con la dieta y otros aspectos del estilo de vida, sino que también facilitará el diseño de intervenciones preventivas adaptadas a las necesidades específicas de esta población.

Según Rodríguez-Sánchez et al. (2021), las intervenciones en salud pública deben ser contextualizadas a las necesidades específicas de cada comunidad para garantizar su efectividad. Esto subraya la relevancia de este estudio, ya que busca desarrollar estrategias que, adaptadas a las particularidades culturales y alimentarias de la comunidad, puedan contribuir a la reducción de la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

El presente estudio descriptivo y exploratorio tiene como propósito analizar la relación entre la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 y la cultura alimentaria en personas de entre 45 y 70 años en la comunidad Revolución Mexicana, municipio de Villa Corzo, Chiapas. Se pretende identificar prácticas alimentarias tradicionales que actúan como factores de riesgo o de protección frente a esta enfermedad. Los resultados permitirán comprender el impacto de los hábitos culturales en la salud metabólica de la población y contribuir al diseño de estrategias de prevención culturalmente pertinentes.

En este trabajo se busca destacar las circunstancias que sustentan y justifican la formulación de la pregunta central de la investigación:

¿Cuál es la relación entre la cultura alimentaria y la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en personas de entre 45 y 70 años en la comunidad Revolución Mexicana, municipio de Villa Corzo, Chiapas, en el periodo de septiembre-enero 2025?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Analizar la influencia de la cultura alimentaria en la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en personas de entre 45 y 70 años en la comunidad de Revolución Mexicana, municipio de Villa Corzo, Chiapas, en el periodo de septiembre-enero 2025, mediante un enfoque cuantitativo basado en la aplicación de un cuestionario de frecuencia alimentaria (CFA), con el propósito de identificar los patrones dietéticos y comportamientos alimentarios que inciden en el desarrollo y control de esta enfermedad.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Describir los patrones alimentarios predominantes en la población de entre 45 y 70 años en la comunidad Revolución Mexicana, municipio de Villa Corzo, Chiapas.
- Explorar las percepciones, creencias y prácticas culturales relacionadas con la alimentación y su impacto en la salud de los habitantes.
- Evaluar el conocimiento de la comunidad de Revolución Mexicana, municipio de Villa Corzo, Chiapas, sobre la diabetes mellitus tipo 2, su relación con la cultura alimentaria y las medidas de prevención de esta enfermedad mediante la utilización de un cuestionario de frecuencia alimentaria (CFA).
- Determinar la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en personas de entre 45 y 70 años en la comunidad Revolución Mexicana, municipio de Villa Corzo, Chiapas, utilizando métodos de recolección de información como análisis de datos (graficas).
- Proponer estrategias de intervención culturalmente sensibles que promuevan hábitos alimentarios más saludables y que contribuyan a reducir la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en la comunidad de Revolución Mexicana, municipio de Villa Corzo, Chiapas.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en México, afectando a un significativo porcentaje de la población adulta (Gutiérrez et al., 2020). La alta prevalencia de esta enfermedad en comunidades rurales como Revolución Mexicana, en el municipio de Villa Corzo, Chiapas, resalta la necesidad urgente de comprender los factores que contribuyen a su desarrollo, especialmente en relación con la cultura alimentaria local. Este estudio es esencial para abordar una problemática de salud pública que, si no se gestiona adecuadamente, continuará exacerbando las desigualdades en salud y limitando el bienestar de la comunidad.

En relación a su relevancia la comunidad Revolución Mexicana representa un microcosmos de las dinámicas que se observan en muchas zonas rurales de México, donde los cambios en los hábitos alimentarios han resultado en un aumento de enfermedades crónicas como la DM2 (Barquera et al., 2020). La investigación de la relación entre la cultura alimentaria y la prevalencia de diabetes en esta comunidad permitirá identificar prácticas alimentarias específicas que contribuyen al riesgo de desarrollar la enfermedad. Además, este estudio proporcionará datos cruciales para desarrollar intervenciones culturales y nutricionales que sean aceptables y efectivas para la población local.

La relevancia social de este estudio radica en su potencial para mejorar la calidad de vida de los habitantes de la comunidad. Al comprender cómo las percepciones, creencias y prácticas relacionadas con la alimentación influyen en la salud, será posible diseñar programas de educación nutricional y de promoción de la salud que respeten y refuercen las tradiciones culturales, mientras se promueven hábitos más saludables.

Según Pérez-Lizaur et al. (2021), las intervenciones que integran el contexto sociocultural de las comunidades tienen significativamente mayores probabilidades de éxito. Esto refuerza la importancia de adoptar enfoques culturalmente adaptados en la prevención y manejo de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), ya que considerar las prácticas, creencias y costumbres locales puede mejorar la efectividad y la adherencia a las estrategias de salud pública. Además, un enfoque culturalmente sensible no solo favorece la aceptación de las intervenciones, sino que también promueve cambios sostenibles en los comportamientos de salud.

Impacto en la Cultura Preventiva

Este estudio tiene un impacto significativo en la cultura preventiva de la comunidad, ya que proporcionará las bases para el desarrollo de estrategias de prevención y manejo de la diabetes adaptada a las necesidades y características culturales de la población. La identificación de factores de riesgo asociados con la dieta y otros aspectos del estilo de vida permitirá la creación de campañas de salud pública que no solo informen sobre los peligros de la DM2, sino que también promuevan activamente cambios sostenibles en los hábitos alimentarios.

Además, al involucrar a la comunidad en la investigación a través de cuestionarios, se fomenta una mayor conciencia y participación en la salud propia, lo que puede contribuir a una mayor adherencia a las recomendaciones de salud. Según Montoya-Arce et al. (2021), la participación comunitaria es clave para el éxito de las intervenciones en salud pública, especialmente en áreas rurales donde los recursos son limitados y las creencias culturales juegan un papel crucial en la adopción de comportamientos saludables.

En resumen, este estudio no solo busca entender la relación entre la cultura alimentaria y la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en la comunidad Revolución Mexicana, sino también generar un impacto positivo en la salud de la comunidad al fomentar una cultura preventiva basada en el conocimiento y el respeto por las tradiciones locales. Las conclusiones de esta investigación podrán servir como modelo para otras comunidades rurales en México, contribuyendo a la reducción de la prevalencia de DM2 a nivel nacional y mejorando la calidad de vida de millones de personas.

CAPÍTULO 2

INFLUENCIA DE LA CULTURA ALIMENTARIA EN LA PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: UNA REVISIÓN TEÓRICA.

2.1. LA DIABETES MELLITUS TIPO 2: CONCEPTO Y CONTEXTO GLOBAL

2.1.1. Definición y clasificación de la Diabetes Mellitus Tipo 2

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica caracterizada por la hiperglucemia, es decir, niveles elevados de glucosa en la sangre, que resultan de una combinación de resistencia a la insulina y disfunción en la secreción de esta hormona por las células beta del páncreas. A diferencia de la diabetes mellitus tipo 1, donde hay una destrucción autoinmune de las células beta y, por lo tanto, una deficiencia absoluta de insulina, en la DM2 la producción de insulina no es suficiente para superar la resistencia a la misma, lo que resulta en un control deficiente de la glucosa sanguínea (American Diabetes Association (ADA), 2021).

Diabetes Mellitus Tipo 1: Resulta de la destrucción autoinmune de las células beta del páncreas, lo que lleva a una deficiencia absoluta de insulina. Esta forma de diabetes es más común en la infancia y la adolescencia, aunque puede aparecer a cualquier edad. (Asociación Americana de Diabetes, 2021).

Diabetes Mellitus Gestacional (DMG): Es un trastorno caracterizado por hiperglucemia que se diagnostica por primera vez durante el embarazo. Aunque suele resolverse después del parto, las mujeres con DMG tienen un mayor riesgo de desarrollar DM2 en el futuro. (Asociación Americana de Diabetes, 2021).

Otros Tipos Específicos de Diabetes: Incluyen formas de diabetes causadas por defectos genéticos, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías y el uso de medicamentos o productos químicos. (Asociación Americana de Diabetes, 2021).

2.1.2. Epidemiología Global y Nacional de la Diabetes Mellitus Tipo 2

Epidemiología Global

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ha alcanzado proporciones epidémicas en todo el mundo, afectando a personas de todas las edades y orígenes socioeconómicos. Según el Atlas de la Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes (IDF), en 2021 se estimaba que aproximadamente 537 millones de adultos vivían con diabetes, de los cuales la mayoría padecía DM2. Las proyecciones indican que para el año 2030, esta cifra podría aumentar a 643 millones, y para 2045, a 783 millones (IDF, 2021).

Este incremento alarmante se ha atribuido a una combinación de factores, incluyendo el envejecimiento de la población, la urbanización acelerada, y la adopción de estilos de vida sedentarios y patrones alimentarios poco saludables (NCD Risk Factor Collaboration, 2020). La prevalencia más alta de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se observa en regiones de ingresos medios y bajos, particularmente en áreas como Asia y el Pacífico, donde los cambios rápidos en la alimentación y el estilo de vida han incrementado significativamente la incidencia de esta enfermedad (Sun et al., 2021).

Epidemiología Nacional en México

México enfrenta una de las tasas más altas de DM2 en el mundo. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2020, la prevalencia de diabetes en la población adulta mexicana es del 10.3%, lo que se traduce en aproximadamente 8.6 millones de personas afectadas (Gutiérrez et al., 2020). La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las principales causas de muerte por enfermedades no transmisibles en México, y sus complicaciones, como las enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal y amputaciones, genera una carga para el sistema de salud. Estas complicaciones aumentan los costos de atención médica y tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes (González-Villalpando et al., 2021).

La prevalencia de DM2 varía considerablemente entre diferentes regiones y grupos socioeconómicos dentro del país. Las zonas rurales, como las comunidades indígenas en Chiapas, presentan desafíos únicos en términos de acceso a servicios de salud y educación

nutricional, lo que contribuye a una mayor prevalencia y un manejo menos eficaz de la enfermedad (Barquera et al., 2020).

La confluencia de factores culturales, económicos y sociales en estas áreas hace que la lucha contra la DM2 sea particularmente compleja, subrayando la necesidad de enfoques integrales que consideren las particularidades de cada comunidad.

2.1.3. Factores de Riesgo Asociados a la Diabetes Mellitus Tipo 2

Según la Federación Internacional de Diabetes (FID), la probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2 depende de una combinación de factores de riesgo. Aunque algunos de estos factores, como los antecedentes familiares, la edad, la raza o el origen étnico, no se pueden cambiar, es posible evitar otros factores de riesgo manteniendo un peso saludable y siendo físicamente activo. Aquí están los factores de riesgo para la diabetes tipo 2:

Factores Genéticos

Herencia Familiar: Las personas con antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar la enfermedad. La predisposición genética es un factor clave que influye en la susceptibilidad a la diabetes; sin embargo, esta no es la única variable determinante en la aparición de la enfermedad. (Buchanan et al., 2021).

Etnicidad: Algunas poblaciones, como las de origen hispano, afroamericano, indígena americano y asiático, presentan un mayor riesgo de desarrollar DM2 debido a factores genéticos y socioculturales. (Kahn et al., 2020)

Factores Ambientales y de Estilo de Vida

Obesidad y Sobrepeso: La obesidad, especialmente la acumulación de grasa visceral, es uno de los principales factores de riesgo para la DM2. El exceso de tejido adiposo está asociado con la resistencia a la insulina, lo que contribuye al desarrollo de la enfermedad. (OMS, 2021)

Sedentarismo: La falta de actividad física regular aumenta el riesgo de desarrollar DM2, ya que el ejercicio es crucial para mantener la sensibilidad a la insulina y un peso corporal saludable (OMS, 2021).

Dieta y Alimentación: Una dieta rica en azúcares refinados, grasas saturadas y carbohidratos de rápida absorción, junto con un bajo consumo de frutas, verduras y fibra, está fuertemente

relacionada con el desarrollo de DM2 (OMS, 2021).

Consumo de Alcohol y Tabaco: El consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo están asociados con un mayor riesgo de DM2, debido a su impacto negativo en el metabolismo y la función pancreática (OMS, 2021).

Factores Socioculturales

Nivel Socioeconómico: Las personas de bajos ingresos tienen un mayor riesgo de desarrollar DM2, en parte debido a un acceso limitado a alimentos saludables y atención médica, así como a una mayor exposición a factores de riesgo como la mala alimentación y la falta de ejercicio. (American Diabetes Association, 2020)

Educación y Conocimiento sobre la Salud: Un bajo nivel educativo está asociado con un mayor riesgo de DM2, ya que puede limitar el acceso a la información sobre hábitos saludables y la prevención de enfermedades. (American Diabetes Association, 2020)

Factores Psicológicos y de Salud Mental

Estrés y Ansiedad: El estrés crónico y la ansiedad pueden aumentar el riesgo de DM2, ya que las respuestas hormonales al estrés pueden contribuir a la resistencia a la insulina y a la acumulación de grasa abdominal. (American Diabetes Association, 2020)

Depresión: La depresión está relacionada con un mayor riesgo de DM2, posiblemente debido a la combinación de factores biológicos, como la inflamación crónica, y comportamientos no saludables, como la falta de actividad física y la mala alimentación. (American Diabetes Association, 2020)

Factores Relacionados con la Salud Reproductiva y Hormonal

Diabetes Gestacional: Las mujeres que han tenido diabetes gestacional durante el embarazo tienen un mayor riesgo de desarrollar DM2 en el futuro (American Diabetes Association, 2020).

Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP): Las mujeres con SOP, que está asociado con resistencia a la insulina, tienen un mayor riesgo de DM2 (American Diabetes Association, 2020).

2.1.4. Impacto Socioeconómico y Sanitario de la Diabetes Mellitus Tipo 2

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) representa una de las mayores cargas para los sistemas de salud a nivel global, no solo por su alta prevalencia, sino también por las complicaciones que genera y el costo asociado con su tratamiento y manejo a largo plazo.

Impacto Económico

Se refieren a los gastos médicos asociados con la atención y el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Estos costos abarcan una variedad de elementos, incluyendo consultas médicas, medicamentos necesarios para el control de la glucosa, hospitalizaciones y procedimientos específicos que se requieren para manejar las complicaciones crónicas de la enfermedad (Hernández-Ramírez et al., 2021).

En México, el costo anual del tratamiento de un paciente con diabetes mellitus tipo 2 puede ser de 2.5 a 4 veces superior al de una persona sin esta enfermedad, lo que refleja el impacto significativo de esta condición en el sistema de salud y en la economía de los pacientes (Cruz & González, 2021). Estos costos incrementan considerablemente en pacientes que desarrollan complicaciones como la neuropatía diabética, enfermedad renal crónica, o enfermedades cardiovasculares.

Costos Indirectos: Incluyen la pérdida de productividad debido a incapacidades, ausentismo laboral e incluso muerte prematura. Una DM2 mal controlada puede resultar en una reducción significativa de la calidad de vida, limitando la capacidad de los individuos para trabajar y participar activamente en la vida social y económica. Además, esta condición puede generar un impacto emocional y psicológico en los pacientes, lo que contribuye a un ciclo de deterioro en su bienestar general (Morrish et al., 2021). En áreas rurales como Villa corzo, Chiapas, donde la agricultura y el trabajo manual son fuentes de sustento primordiales, estas pérdidas pueden tener un efecto devastador en la economía familiar y comunitaria.

Impacto Sanitario

Carga en el Sistema de Salud: La DM2 ejerce una presión considerable sobre los servicios de salud debido a la necesidad de atención continua y manejo de complicaciones. En las

comunidades rurales, donde el acceso a servicios de salud es limitado, esta carga se ve exacerbada por la falta de infraestructura, personal capacitado y recursos médicos adecuados (Montoya-Arce et al., 2021). La falta de atención oportuna y el manejo inadecuado de la DM2 pueden conducir a un aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad.

Complicaciones de la DM2: Las complicaciones crónicas de la DM2, como la retinopatía diabética, neuropatía, y enfermedades cardiovasculares, no solo afectan la salud física de los pacientes, sino también su salud mental y bienestar general. Estas complicaciones requieren intervenciones médicas costosas y, en muchos casos, resultan en incapacidades permanentes (Villalpando et al., 2020). En áreas rurales, la prevalencia de estas complicaciones puede ser mayor debido a la falta de acceso a cuidados preventivos y a una educación adecuada sobre el manejo de la diabetes.

Desigualdades en Salud: La (DM2) resalta las desigualdades en salud, dado que las poblaciones de bajos ingresos, especialmente aquellas que residen en zonas rurales, enfrentan un acceso limitado a los recursos y servicios necesarios para el manejo adecuado de esta enfermedad. Esta situación se ve exacerbada por factores como la falta de educación en salud, el escaso acceso a atención médica y la disponibilidad limitada de alimentos saludables. Según un estudio reciente, estas desigualdades pueden contribuir a una mayor prevalencia y complicaciones asociadas con la DM2 en comunidades vulnerables, lo que pone de manifiesto la necesidad de abordar no solo los aspectos médicos, sino también los determinantes sociales de la salud (Cruz et al., 2021).

2.2. CULTURA ALIMENTARIA: CONCEPTO Y EVOLUCIÓN

2.2.1. Definición de Cultura Alimentaria

La cultura alimentaria se define como el conjunto de prácticas, creencias y tradiciones relacionadas con la alimentación que caracterizan a un grupo social o comunidad (Aranceta-Bartrina et al., 2020). Este concepto engloba no solo los tipos de alimentos consumidos, sino también los métodos de preparación, las costumbres en torno a las comidas y las normas sociales que regulan la dieta (Sobal & Stunkard, 2021). La cultura alimentaria es un reflejo de la identidad y el patrimonio cultural de un grupo, y está profundamente influenciada por factores históricos, económicos y sociales (Pérez-Escamilla, 2020).

En las últimas décadas, la globalización y los cambios socioeconómicos han tenido un impacto

significativo en las culturas alimentarias tradicionales. Este fenómeno ha llevado a una mayor homogeneización de los patrones dietéticos y a una creciente prevalencia de dietas occidentales, con un aumento en el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas (Popkin, 2021). Los cambios en la cultura alimentaria pueden tener efectos profundos en la salud de las poblaciones, influyendo en la prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2 (Nicolas et al., 2021).

2.2.2. Evolución de los Patrones Alimentarios a lo Largo del Tiempo

La evolución de los patrones alimentarios es un fenómeno complejo que refleja tanto cambios en las prácticas culinarias como en las condiciones socioeconómicas y culturales de las sociedades. Los patrones alimentarios han variado significativamente a lo largo de la historia, adaptándose a nuevas influencias y tecnologías, y su estudio es fundamental para comprender cómo estos cambios afectan la salud pública, incluyendo la prevalencia de enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Patrones Alimentarios Tradicionales:

Históricamente, las dietas tradicionales se basaban en alimentos locales y estacionales, con una alta dependencia de productos frescos y mínimamente procesados. En México, por ejemplo, las dietas tradicionales estaban compuestas predominantemente por maíz, frijoles, y vegetales frescos (González-Castro et al., 2021). Estas dietas eran ricas en fibra y nutrientes, y se caracterizaban por un bajo contenido de grasas saturadas y azúcares refinados.

Las investigaciones han mostrado que los patrones alimentarios tradicionales en comunidades rurales estaban estrechamente vinculados a prácticas culturales y religiosas, que regulaban la disponibilidad y consumo de alimentos (Salinas et al., 2020). Este enfoque en alimentos frescos y mínimamente procesados contribuyó a un menor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como la DM2.

Impacto de la Industrialización y Globalización:

El proceso de industrialización y globalización a partir del siglo XX ha inducido cambios significativos en los patrones alimentarios globales. La producción y distribución masiva de alimentos procesados ha llevado a un aumento en el consumo de productos ricos en azúcares,

grasas saturadas, y sal (Barquera et al., 2020). Estos cambios han sido acompañados por una disminución en el consumo de alimentos frescos y tradicionales.

En México, el cambio hacia una dieta occidentalizada ha sido particularmente notable en las últimas décadas. Según un estudio de Rivera et al. (2020), el aumento en el consumo de bebidas azucaradas y alimentos procesados ha contribuido al incremento de la prevalencia de DM2 en el país. Este cambio en la dieta ha estado asociado con un aumento en los casos de obesidad y diabetes, debido a la alta densidad calórica y baja densidad de nutrientes de los alimentos procesados.

Transformaciones Recientes y Tendencias Actuales:

En las últimas décadas, ha habido un creciente interés en retomar patrones alimentarios más saludables y sostenibles. La tendencia hacia la "comida saludable" ha llevado a un aumento en la disponibilidad y consumo de alimentos orgánicos, integrales, y de origen local (Mendoza et al., 2022). A pesar de este cambio, los patrones alimentarios globales siguen mostrando una fuerte inclinación hacia alimentos procesados y una dieta rica en calorías vacías.

En México, se han implementado políticas públicas y campañas de educación nutricional para contrarrestar la prevalencia de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, como la DM2. Estas iniciativas buscan promover la adopción de hábitos alimentarios saludables y la reducción del consumo de alimentos ultraprocesados (Zepeda et al., 2023). Sin embargo, la efectividad de estas políticas varía y a menudo depende del contexto cultural y económico de las comunidades específicas.

2.2.3. Factores que Influyen en la Cultura Alimentaria: Tradición,

Globalización y Cambio Socioeconómico

Tradición Alimentaria

Se refiere a las prácticas culinarias y hábitos dietéticos que se transmiten a través de generaciones dentro de una cultura específica. Estas prácticas suelen estar profundamente arraigadas en la identidad cultural y social de las comunidades. La tradición alimentaria abarca el uso de ingredientes autóctonos, métodos de preparación y patrones de consumo que reflejan la historia, valores y evolución cultural de una comunidad, desempeñando un papel crucial en la salud y el bienestar de sus integrantes (Martínez et al., 2024).

En comunidades rurales de México, como la de Revolución Mexicana en Chiapas, la dieta tradicional se fundamenta en alimentos autóctonos como el maíz, los frijoles y los chiles. Estos ingredientes no solo constituyen la base de la alimentación diaria, sino que también reflejan una rica herencia cultural que ha perdurado a lo largo de los siglos. Estos alimentos son esenciales para la identidad cultural y social de la comunidad, proporcionando nutrientes vitales y desempeñando un papel significativo en las prácticas (Ramírez et al., 2023)

Globalización

La globalización ha tenido un impacto significativo en los patrones alimentarios a nivel mundial, alterando las prácticas tradicionales y promoviendo la adopción de dietas occidentales. Este fenómeno ha llevado a una mayor disponibilidad de alimentos procesados y rápidos, así como a cambios en los hábitos alimentarios que a menudo resultan en una menor ingesta de alimentos frescos y tradicionales (López et al., 2020). En México, la globalización ha contribuido a un aumento en el consumo de productos azucarados y procesados, que se han asociado con el incremento en la prevalencia de enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2 (Castañeda et al., 2021). Estos cambios han desplazado gradualmente a las dietas tradicionales, afectando la salud de las poblaciones rurales.

Cambio Socioeconómico

El cambio socioeconómico desempeña un papel crucial en la evolución de la cultura alimentaria. Factores como el aumento de los ingresos, el nivel educativo y las oportunidades laborales influyen significativamente en las decisiones alimentarias y en el acceso a alimentos saludables. Según un estudio reciente de López et al. (2023), se observa que el incremento en el nivel socioeconómico suele correlacionarse con una mayor disponibilidad y consumo de alimentos ultraprocesados. En contraste, las poblaciones de ingresos más bajos a menudo dependen de alimentos más económicos, que suelen ser menos nutritivos y, por ende, pueden contribuir a problemas de salud como la diabetes y la obesidad.

En comunidades rurales como la de Revolución Mexicana, las limitaciones económicas pueden restringir el acceso a alimentos frescos y saludables, lo que a su vez puede agravar problemas de salud, como la diabetes mellitus tipo 2. Estas limitaciones económicas no solo afectan la

disponibilidad de alimentos nutritivos, sino que también influyen en las elecciones alimentarias de los residentes, quienes pueden verse obligados a recurrir a opciones más económicas, pero menos saludables, como los alimentos ultraprocesados. Esta situación crea un ciclo vicioso que aumenta la susceptibilidad a enfermedades crónicas (López et al., 2023).

2.2.4. Comparación de Dietas Tradicionales y Modernas

La comparación entre dietas tradicionales y modernas proporciona una perspectiva esencial para entender cómo los cambios en los patrones alimentarios pueden influir en la prevalencia de enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Las dietas tradicionales, en muchos casos, han sido diseñadas en armonía con los recursos locales y las prácticas culturales, mientras que las dietas modernas tienden a estar más influenciadas por la globalización y la industrialización.

Dietas Tradicionales

Las dietas tradicionales en muchas regiones de México, incluidas las comunidades rurales de Chiapas, se caracterizan por un alto consumo de alimentos frescos y mínimamente procesados. Estos patrones alimentarios suelen incluir alimentos fundamentales como el maíz, los frijoles, las verduras frescas y las frutas locales, los cuales son esenciales para una alimentación equilibrada. Estos alimentos son ricos en fibra, vitaminas y minerales, contribuyendo a la salud general de la población (Vázquez et al., 2024).

El acceso a estos alimentos frescos y nutritivos no solo refleja la rica biodiversidad de la región, sino que también subraya la importancia de las prácticas culturales en la alimentación, las cuales pueden tener un impacto significativo en la prevalencia de enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus tipo 2. Además, estas dietas tradicionales son menos propensas a incluir alimentos ultraprocesados, que son conocidos por sus efectos adversos sobre la salud, como el aumento de peso y el riesgo de desarrollar diabetes y otras enfermedades metabólicas (González et al., 2024).

El maíz, por ejemplo, es un componente fundamental en la dieta tradicional mexicana y es consumido en diversas formas, como tortillas y tamales, junto con legumbres que aportan proteínas y fibra (Barquera et al., 2020).

Un estudio realizado por Pérez et al. (2024) destaca que las dietas tradicionales, caracterizadas por un alto contenido en frutas, verduras y granos integrales, han mostrado una asociación significativa con un menor riesgo de enfermedades crónicas, incluida la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Este tipo de alimentación, bajo en grasas saturadas y azúcares refinados, contribuye a la mejora de la salud metabólica. Además, la elevada ingesta de fibra dietética en estas dietas no solo facilita la regulación del azúcar en sangre, sino que también promueve la saciedad, lo que puede ayudar en el control del peso corporal, un factor crucial en la prevención de la DM2 (Pérez et al., 2024).

Dietas Modernas

En contraste, las dietas modernas, caracterizadas por un mayor consumo de alimentos procesados, ricos en azúcares refinados y grasas saturadas, han sido vinculadas a un incremento en la prevalencia de enfermedades metabólicas como la DM2. La transición hacia una dieta occidentalizada en México ha llevado a un aumento en el consumo de alimentos ultraprocesados, como refrescos, snacks y comidas rápidas, que son deficientes en nutrientes esenciales y ricos en calorías vacías (Salinas-Rodríguez et al., 2020).

Según un estudio de González-Villalpando et al. (2020), las dietas modernas en México han contribuido al aumento de la obesidad y la diabetes tipo 2 debido a su alta carga glucémica y baja densidad de nutrientes. Los alimentos procesados, con frecuencia altos en azúcares añadidos y grasas saturadas, alteran los patrones metabólicos y aumentan el riesgo de resistencia a la insulina, un precursor crítico de la DM2 (González-Villalpando et al., 2020).

La comparación entre las dietas tradicionales y modernas revela diferencias significativas en sus efectos sobre la salud, particularmente en relación con la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Las dietas tradicionales, caracterizadas por un perfil nutricional equilibrado y un bajo contenido de alimentos procesados, se asocian con un menor riesgo de desarrollar DM2. Estas dietas suelen incluir una variedad de alimentos frescos, como frutas, verduras, legumbres y granos integrales, que proporcionan nutrientes esenciales y fibra, lo que ayuda a mantener niveles estables de glucosa en sangre (González et al., 2024).

En contraste, las dietas modernas, que a menudo están cargadas de azúcares añadidos y grasas poco saludables, han mostrado una correlación alarmante con un aumento en la prevalencia de DM2. Este cambio en los patrones alimentarios se ha vinculado no solo a un incremento en la obesidad, sino también a un deterioro general de la salud metabólica de las poblaciones, lo que pone en riesgo la salud pública (Martínez et al., 2024). La adopción de alimentos ultraprocesados y la disminución en el consumo de alimentos frescos contribuyen a esta problemática, enfatizando la necesidad de retomar prácticas alimentarias más saludables que prioricen la calidad nutricional (Fernández et al., 2024).

2.3. RELACIÓN ENTRE CULTURA ALIMENTARIA Y SALUD

2.3.1. Impacto de la Alimentación en la Salud General

La alimentación es un factor determinante de la salud, y su impacto puede observarse en la prevención, desarrollo y manejo de diversas enfermedades. Según la Organización Mundial de la Salud (2023), mantener una dieta equilibrada es crucial para preservar la salud a lo largo de la vida, ya que proporciona los nutrientes esenciales que el cuerpo necesita para funcionar adecuadamente y para prevenir enfermedades crónicas. La relación entre la alimentación y la salud ha sido objeto de numerosos estudios, que han demostrado cómo una dieta equilibrada y adecuada puede disminuir el riesgo de enfermedades crónicas como obesidad, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2 y ciertos tipos de cáncer (López et al., 2023).

En términos generales, una dieta equilibrada que incluya abundantes frutas, verduras, granos enteros y fuentes de proteínas magras, junto con una disminución en el consumo de azúcares añadidos, grasas saturadas y sodio, se asocia con una mejor salud y una mayor longevidad (Micha et al., 2023). Estas recomendaciones dietéticas están respaldadas por estudios epidemiológicos recientes que han demostrado que los patrones alimentarios saludables, como la dieta mediterránea y las dietas basadas en plantas, están asociados con un menor riesgo de enfermedades crónicas, incluida la diabetes mellitus tipo 2.

Por ejemplo, un estudio realizado por Martínez-González et al. (2023) encontró que la adherencia a la dieta mediterránea se relaciona significativamente con una reducción en la

incidencia de enfermedades cardiovasculares y diabetes, lo que resalta la importancia de adoptar hábitos alimentarios saludables para mejorar la salud general y prevenir enfermedades crónicas.

Por otro lado, una alimentación inadecuada, caracterizada por un alto consumo de alimentos procesados, ricos en grasas trans, azúcares y sodio, se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar diversas enfermedades.

Un estudio clave destaca que:

Los patrones dietéticos poco saludables son responsables de una parte considerable de la carga global de enfermedades. Las dietas ricas en azúcares refinados, grasas saturadas y sal, combinadas con una baja ingesta de frutas, verduras y granos enteros, han contribuido significativamente al aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles, incluyendo enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y cánceres relacionados con la dieta (Micha et al., 2020, p. 1175).

Este tipo de dietas no solo incrementa el riesgo de enfermedades crónicas, sino que también puede tener un impacto negativo en la salud mental y el bienestar general de las personas (López et al., 2023). Investigaciones recientes han evidenciado que una dieta rica en alimentos ultraprocesados y deficiente en nutrientes esenciales se asocia con un incremento en el riesgo de padecer trastornos como la depresión y la ansiedad (López-Fernández et al., 2023).

A nivel más específico, el impacto de la alimentación en la salud general también se refleja en la capacidad del organismo para enfrentar infecciones y recuperarse de enfermedades. Una dieta deficiente en nutrientes esenciales, como vitaminas y minerales, puede debilitar el sistema inmunológico y aumentar la susceptibilidad a infecciones (Calder, 2020). Por el contrario, una alimentación adecuada puede fortalecer el sistema inmunológico, mejorar la resistencia a las enfermedades y promover una recuperación más rápida.

En resumen, la alimentación es un pilar fundamental de la salud general. Una dieta equilibrada y saludable no solo previene enfermedades crónicas, sino que también mejora la calidad de vida y el bienestar general. Sin embargo, la adopción de patrones alimentarios saludables enfrenta desafíos importantes, particularmente en contextos donde prevalece el acceso limitado a

alimentos frescos y nutritivos, y donde las prácticas culturales pueden influir negativamente en las elecciones alimentarias (Monteiro et al., 2021).

2.3.2. Alimentación y Enfermedades Crónicas no Transmisibles

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2023) las enfermedades no transmisibles (ENT) representan un desafío significativo para la salud pública en todo el mundo. Estas enfermedades, también conocidas como enfermedades crónicas, son de larga duración y resultan de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento (OMS 2023).

Los cuatro tipos principales de ENT son:

Enfermedades Cardiovasculares: Incluyen ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. Cada año, 17,9 millones de personas mueren por enfermedades cardiovasculares.

Cáncer: Una enfermedad que afecta a 9,3 millones de personas anualmente.

Enfermedades Respiratorias Crónicas: Como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma, que causan 4,1 millones de muertes al año.

Diabetes: La diabetes tipo 2, junto con las complicaciones como la nefropatía diabética, contribuye a 2,0 millones de fallecimientos.

La transición nutricional, caracterizada por un cambio en los patrones dietéticos hacia un mayor consumo de alimentos ultraprocesados, ricos en azúcares, grasas saturadas y sodio, ha sido señalada como un factor determinante en el incremento de las ECNT en países de ingresos medios y bajos (Popkin et al., 2020).

En términos generales, la dieta moderna, que se ha impuesto en gran parte del mundo, está asociada con un mayor riesgo de desarrollar ECNT. La literatura científica ha demostrado que una dieta alta en alimentos ultraprocesados y baja en frutas, verduras y fibras está estrechamente relacionada con el desarrollo de obesidad, hipertensión, dislipidemias y resistencia a la insulina, todos ellos precursores de ECNT como la diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares (Monteiro et al., 2021). La evidencia sugiere que los cambios en la dieta y la nutrición, como parte de la transición hacia un estilo de vida más occidentalizado, han

contribuido al aumento de la prevalencia de estas enfermedades en las últimas décadas (Wang et al., 2020).

La relación entre la alimentación y las ECNT es compleja y multifactorial. No obstante, existe consenso en que el exceso de consumo de alimentos ricos en azúcares refinados, grasas saturadas y sodio, combinado con una ingesta insuficiente de alimentos ricos en nutrientes, está directamente vinculado con la aparición y progresión de estas enfermedades (Mozaffarian, 2020). Por ejemplo, un estudio realizado por Mozaffarian et al. (2020) concluyó que:

El consumo excesivo de alimentos ultraprocesados, como refrescos, bocadillos y comidas rápidas, ha sido identificado como un importante contribuyente a la carga global de ECNT. Estos alimentos no solo son densamente calóricos, sino que también carecen de los nutrientes esenciales necesarios para mantener una buena salud, lo que incrementa el riesgo de desarrollar obesidad, diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares (p. 60).

La diabetes mellitus tipo 2 se ha asociado estrechamente con patrones dietéticos que incluyen un elevado consumo de carbohidratos refinados y grasas saturadas, así como un bajo consumo de fibra y alimentos frescos, lo que resalta la importancia de adoptar una dieta más equilibrada y rica en nutrientes para la prevención de esta enfermedad (Chacón et al., 2023). Según la Organización Mundial de la Salud (2023), como los comportamientos modificables, como el consumo de tabaco, la inactividad física, la dieta poco saludable y el consumo nocivo de alcohol, aumentan el riesgo de enfermedades no transmisibles cumple un papel crucial en el aumento de la prevalencia de diabetes tipo 2 a nivel global.

En México, la adopción de patrones dietéticos no saludables ha contribuido significativamente al alarmante incremento de la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, especialmente en áreas rurales donde las dietas tradicionales están siendo reemplazadas por alimentos ultraprocesados y de bajo valor nutricional. Según un estudio reciente de García et al. (2023), este desplazamiento no solo afecta la salud metabólica de las comunidades, sino que también refleja un cambio cultural hacia el consumo de productos industrializados que exacerban los riesgos de enfermedades crónicas.

El impacto de la alimentación en el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) resalta la necesidad de fomentar patrones dietéticos saludables como una estrategia

preventiva fundamental. La adopción de dietas que incorporen una alta ingesta de frutas, verduras, granos enteros y proteínas de origen vegetal ha demostrado efectos positivos significativos en la reducción del riesgo de desarrollar ECNT (Nunes et al., 2023). Es imperativo que las políticas de salud pública se enfoquen en la educación nutricional y la promoción de hábitos alimentarios saludables para contrarrestar la creciente carga de estas enfermedades en la población.

2.3.3. La Transición Alimentaria y su Efecto en la Salud

La transición alimentaria se refiere al cambio progresivo en los patrones dietéticos y estilos de vida que ha ocurrido en muchas partes del mundo, especialmente en las últimas décadas. Este fenómeno ha sido impulsado por factores como la globalización, la urbanización y la industrialización, los cuales han transformado las dietas tradicionales hacia patrones más occidentalizados. Estas dietas contemporáneas están caracterizadas por un aumento significativo en el consumo de alimentos ultraprocesados, azúcares refinados y grasas saturadas, lo que contribuye a la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2 (Martínez-González et al., 2023).

Estos cambios han tenido un impacto significativo en la salud pública, particularmente en el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Según Popkin et al. (2023), "la transición alimentaria ha sido uno de los principales motores del aumento en la prevalencia de obesidad y enfermedades relacionadas con la dieta en países en desarrollo". En este contexto, las comunidades rurales, que tradicionalmente han mantenido dietas más saludables basadas en alimentos frescos y locales, no han sido inmunes a estos cambios. En muchos casos, la introducción de alimentos ultraprocesados y la disminución de la actividad física han contribuido al aumento de la obesidad y, subsecuentemente, al incremento de la prevalencia de DM2 (Rivera et al., 2020).

La evidencia sugiere que este cambio en los patrones alimentarios está estrechamente relacionado con el desarrollo de la DM2. Un estudio realizado por Barquera et al. (2020) en México encontró que el aumento en el consumo de alimentos ricos en calorías y pobres en nutrientes ha sido un

factor determinante en la aparición de enfermedades crónicas, especialmente en poblaciones que tradicionalmente seguían dietas más equilibradas. Este cambio ha sido particularmente perjudicial en comunidades rurales, donde la falta de acceso a servicios de salud y educación nutricional adecuada exacerba los efectos negativos de la transición alimentaria.

Es importante destacar que las consecuencias de la transición alimentaria no se limitan a la DM2. También se ha observado un aumento en la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, hipertensión y otros trastornos metabólicos (Swinburn et al., 2020).

En palabras de Swinburn et al. (2020):

El cambio hacia dietas con alto contenido de azúcares, grasas y alimentos ultraprocesados ha creado un entorno obesogénico que favorece el desarrollo de enfermedades crónicas. Este entorno es particularmente dañino en comunidades que carecen de recursos para contrarrestar estos efectos, como educación en salud y acceso a alimentos saludables (p.64).

La transición alimentaria ha tenido un impacto devastador en la salud pública, especialmente en comunidades rurales que no están preparadas para enfrentar los cambios rápidos en su entorno dietético. La interacción de factores como la falta de acceso a alimentos frescos, el aumento del consumo de alimentos ultraprocesados y la reducción de la actividad física ha creado un entorno propicio para el desarrollo de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (González et al., 2023). Por lo tanto, es esencial implementar estrategias de intervención que promuevan la educación nutricional y el acceso a alimentos saludables, para mitigar los efectos negativos de la transición alimentaria en estas comunidades.

2.3.4. Estudios Previos Sobre La Relación Entre Cultura Alimentaria y Diabetes Mellitus Tipo 2

La relación entre la cultura alimentaria y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ha sido objeto de múltiples estudios en los últimos años. Los patrones alimentarios han demostrado ser un factor determinante en el desarrollo y control de esta enfermedad crónica. Diversas investigaciones han señalado que los cambios en las dietas tradicionales, caracterizadas por un alto consumo de

alimentos frescos y mínimamente procesados, hacia dietas más occidentalizadas, ricas en azúcares refinados, grasas saturadas y alimentos ultraprocesados, han incrementado considerablemente el riesgo de desarrollar DM2 en varias poblaciones (Arredondo et al., 2020).

De acuerdo con un estudio realizado por Salinas-Rodríguez et al. (2020), se observó que, en comunidades rurales de México, los cambios en la alimentación durante las últimas décadas han contribuido al aumento de la prevalencia de DM2. La investigación documentó cómo la introducción de alimentos industrializados y la disminución en el consumo de productos locales ha provocado un aumento de factores de riesgo metabólicos, como la obesidad y la resistencia a la insulina. Este fenómeno es especialmente evidente en comunidades donde las prácticas alimentarias tradicionales han sido desplazadas debido a la globalización y el acceso limitado a alimentos saludables.

En el caso de Chiapas, Montoya-Arce et al. (2021) llevaron a cabo un estudio en áreas rurales que concluyó que la transición alimentaria ha tenido un impacto directo en la prevalencia de diabetes. En su análisis, los autores señalaron que los patrones alimentarios de las comunidades han pasado de ser predominantemente basados en el consumo de alimentos vegetales y frescos, como maíz, frijoles y frutas, a dietas que incluyen grandes cantidades de refrescos y alimentos ultraprocesados. Este cambio ha incrementado significativamente el riesgo de enfermedades crónicas, incluyendo la DM2, en una población que, históricamente, no estaba expuesta a estos factores.

Montoya-Arce et al. (2021) afirman que "la rápida transición alimentaria en las comunidades rurales de Chiapas, impulsada en gran parte por factores económicos y socioculturales, ha desencadenado un aumento alarmante en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus tipo 2, que ahora afecta a un segmento considerable de la población rural. Este fenómeno se ve exacerbado por la falta de acceso a servicios de salud y educación nutricional, lo que limita la capacidad de los individuos para adoptar hábitos alimentarios más saludables" (p. 42).

Este vínculo entre cultura alimentaria y diabetes mellitus tipo 2 no es exclusivo de México. Estudios internacionales han mostrado tendencias similares en otros contextos. Por ejemplo, en

una revisión sistemática realizada por Malik et al. (2020), se identificaron patrones alimentarios poco saludables como un factor clave en el aumento de la prevalencia de DM2 en diversas regiones del mundo. La investigación destacó cómo los alimentos ultraprocesados, el consumo excesivo de azúcares y las porciones desmedidas son características compartidas de las dietas modernas que influyen en el aumento de esta enfermedad.

Por otra parte, las percepciones y creencias culturales en torno a los alimentos también juegan un papel importante en la adopción de hábitos alimentarios. Según un estudio reciente de González et al. (2023), muchas comunidades rurales en México mantienen creencias tradicionales sobre los alimentos que no siempre se alinean con las recomendaciones de salud pública, lo que complica la implementación de cambios en sus hábitos dietéticos. Por ejemplo, algunos alimentos ultraprocesados son considerados símbolos de estatus social y desarrollo, lo que puede fomentar su consumo a pesar de los riesgos para la salud que presentan.

2.4. CULTURA ALIMENTARIA EN COMUNIDADES RURALES DE MÉXICO

La relación entre la cultura alimentaria y la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ha sido objeto de múltiples estudios que han destacado la influencia significativa de los patrones alimentarios en el desarrollo de esta enfermedad. A medida que las sociedades han experimentado cambios en sus hábitos alimentarios, impulsados por la globalización y la urbanización, se ha observado un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas como la DM2. Este fenómeno es especialmente notorio en comunidades rurales donde las dietas tradicionales están siendo desplazadas por alimentos procesados y ricos en azúcares y grasas (Barquera et al., 2020).

Un estudio realizado por Martínez et al. (2023) en diversas comunidades rurales de México identificó que los cambios en la dieta tradicional, caracterizada por un alto consumo de maíz, frijoles y verduras, hacia una dieta más occidentalizada, con alta ingesta de alimentos procesados, se correlacionan con un incremento en la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Esta investigación concluye que "la adopción de dietas occidentales, que incluyen un mayor consumo de azúcares refinados, grasas saturadas y alimentos ultraprocesados, está significativamente asociada con el aumento de la incidencia de DM2 en poblaciones rurales" (Martínez et al., 2023, p. 145).

Además, la investigación de González et al. (2023) enfatiza que las percepciones culturales sobre la alimentación juegan un papel crucial en la adopción de hábitos alimentarios que pueden ser perjudiciales para la salud. Este estudio muestra cómo en comunidades rurales de Chiapas, la alimentación es vista no solo como una necesidad fisiológica, sino también como un acto cultural profundamente arraigado en las tradiciones locales. Las creencias y costumbres en torno a ciertos alimentos pueden, en algunos casos, promover el consumo excesivo de productos que aumentan el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (DM2), lo que subraya la importancia de considerar el contexto cultural en las intervenciones de salud pública.

Un meta análisis reciente de Pérez-Escamilla y Bermúdez (2023) sobre la relación entre dieta y diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en Latinoamérica sugiere que los cambios en la dieta observados en las últimas décadas han contribuido significativamente al aumento de la prevalencia de diabetes en la región. Los autores destacan que, aunque las dietas tradicionales presentan un perfil nutricional más saludable, la transición hacia patrones alimentarios más occidentales ha sido un factor determinante en el incremento de la DM2. Este hallazgo subraya la necesidad urgente de promover la conservación de prácticas alimentarias tradicionales como una estrategia preventiva eficaz.

En resumen, la literatura revisada indica que existe una relación clara entre los cambios en la cultura alimentaria y el incremento en la prevalencia de DM2, especialmente en comunidades que están experimentando una transición nutricional. Estos estudios resaltan la importancia de desarrollar estrategias de intervención que no solo aborden los aspectos nutricionales, sino que también consideren las creencias y prácticas culturales de las poblaciones objetivo.

2.4.1. Descripción de la Cultura Alimentaria en Comunidades Rurales de México

La cultura alimentaria en las comunidades rurales de México se caracteriza por una fuerte conexión con la tradición y la identidad cultural. Durante siglos, la dieta de estas comunidades ha estado basada en alimentos locales y prácticas culinarias transmitidas de generación en generación. Los principales alimentos consumidos incluyen maíz, frijol, chile, calabaza, y una variedad de verduras y frutas que se cultivan localmente. Estos productos, que forman parte de la llamada "trilogía alimentaria mesoamericana," no solo constituyen la base de la dieta diaria,

sino que también son fundamentales en las prácticas religiosas y festivas de estas comunidades (Pérez-Rodríguez et al., 2020).

Sin embargo, en las últimas décadas, la influencia de la globalización y los cambios socioeconómicos han provocado una transformación significativa en los hábitos alimentarios de las zonas rurales. Según un estudio de Barquera y Rivera (2021), el aumento en la disponibilidad de alimentos procesados y ultraprocesados, junto con la disminución en el consumo de productos tradicionales, ha contribuido al desplazamiento de la dieta tradicional hacia una más occidentalizada. Este cambio ha sido vinculado al aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus tipo 2, en estas poblaciones.

Al respecto, Ruiz-Pineda (2022) sostiene:

La dieta tradicional en las comunidades rurales mexicanas ha sido, históricamente, rica en fibra y baja en grasas saturadas. Sin embargo, el acceso a alimentos industrializados y la promoción de estos productos en medios de comunicación han llevado a una progresiva sustitución de los alimentos autóctonos por productos procesados. Este fenómeno, conocido como transición alimentaria, está modificando de manera alarmante los patrones dietéticos de estas comunidades, con consecuencias negativas para la salud pública, especialmente en el aumento de la prevalencia de obesidad y diabetes (p. 85).

Además, el acceso limitado a servicios de salud y educación nutricional en estas comunidades contribuye a la adopción de hábitos alimentarios poco saludables, perpetuando un ciclo de malnutrición y enfermedades crónicas. Montoya-Arce et al. (2021) destacan que, aunque la dieta tradicional tenía un perfil nutricional beneficioso, la falta de conocimiento sobre la importancia de mantener estos patrones alimentarios en el contexto actual ha llevado a un deterioro en la calidad de la alimentación.

En resumen, la cultura alimentaria en las comunidades rurales de México está sufriendo una transformación significativa debido a la influencia de factores externos, lo que está impactando negativamente la salud de sus habitantes. Comprender estos cambios y su relación con la salud es crucial para desarrollar estrategias de intervención que promuevan la preservación de los hábitos alimentarios saludables tradicionales y la prevención de enfermedades crónicas.

2.4.2. Influencia de la Globalización en los Patrones Alimentarios Rurales

La globalización ha tenido un impacto significativo en los patrones alimentarios de las comunidades rurales, transformando las dietas tradicionales y contribuyendo al aumento de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Este fenómeno se caracteriza por la creciente disponibilidad de alimentos procesados y ultraprocesados en áreas rurales, lo que ha llevado a un cambio en las preferencias alimentarias y en el consumo de alimentos que antes no formaban parte de la dieta tradicional (García et al., 2023).

Diversos estudios han mostrado cómo la globalización ha facilitado la importación y distribución de alimentos ricos en azúcares, grasas saturadas y sal, sustituyendo alimentos frescos y nutritivos que solían ser la base de la dieta en estas comunidades (Gupta et al., 2021). Este cambio en la alimentación, conocido como transición nutricional, está estrechamente relacionado con el incremento de enfermedades como la DM2 en áreas rurales de países en desarrollo.

La globalización ha transformado no solo la disponibilidad de alimentos, sino también los hábitos de consumo, al introducir modelos alimentarios occidentales a través de diversos medios de comunicación y publicidad. Según un estudio reciente de Rojas et al. (2023), "la expansión de las cadenas globales de alimentos y bebidas ha facilitado que los productos ultraprocesados sean cada vez más accesibles, asequibles y deseables en muchas comunidades rurales alrededor del mundo." Este acceso ha modificado radicalmente los patrones de consumo y ha contribuido al aumento de la obesidad y enfermedades relacionadas, como la diabetes tipo 2."

Además, la adopción de estos patrones alimentarios occidentales ha sido potenciada por factores económicos y sociales, como el aumento de ingresos y la urbanización, que han facilitado la integración de alimentos industrializados en la dieta cotidiana (Pérez-Escamilla et al., 2023). En México, este proceso ha sido especialmente pronunciado en comunidades rurales, donde las dietas tradicionales ricas en maíz, frijoles y verduras han sido desplazadas por productos procesados, lo que ha llevado a un aumento significativo en la prevalencia de diabetes y otras enfermedades crónicas (Barquera et al., 2020).

2.4.3. Prácticas Alimentarias y Percepciones Culturales en Chiapas

Chiapas, una región con una rica diversidad cultural y étnica, presenta patrones alimentarios que reflejan tanto las tradiciones ancestrales como la influencia de la globalización. Las prácticas alimentarias en Chiapas están profundamente enraizadas en la identidad cultural de sus habitantes, con una dieta tradicional que incluye maíz, frijoles, calabaza, y chiles como alimentos básicos. Estas prácticas no solo tienen un valor nutricional, sino también simbólico, siendo el maíz considerado sagrado en muchas comunidades indígenas (Contreras & Gracia, 2022).

En las últimas décadas, sin embargo, la globalización y el acceso a productos ultraprocesados han alterado significativamente estos patrones alimentarios. Según una investigación reciente, la transición hacia una dieta más occidentalizada ha incrementado el consumo de alimentos altos en azúcares y grasas saturadas, lo cual está estrechamente relacionado con el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus tipo 2, en la región (Ramírez-Silva et al., 2023).

Las percepciones culturales sobre la alimentación en Chiapas también juegan un papel crucial en la adopción de ciertos hábitos alimentarios. Muchos habitantes de la región mantienen creencias tradicionales sobre los beneficios y peligros de ciertos alimentos, lo que puede influir en sus decisiones alimentarias diarias. Por ejemplo, se ha documentado que en algunas comunidades existe la percepción de que los alimentos frescos y naturales son más saludables que los productos industrializados, aunque la falta de acceso y los altos costos de estos alimentos limitan su consumo (González-Chávez & Fernández-Soto, 2021).

En un estudio realizado por Fernández y Morales (2021), se exploran las percepciones de los habitantes de una comunidad rural en Chiapas sobre su alimentación y salud.

Los autores concluyen que:

La cultura alimentaria en Chiapas sigue siendo un elemento clave en la configuración de la identidad de sus habitantes. Sin embargo, la adopción de nuevos hábitos alimentarios, influenciados por factores externos como la globalización y el acceso a medios masivos de comunicación, ha generado una doble percepción en la población: por un lado, existe

una valoración positiva hacia los alimentos tradicionales; por otro, se observa una creciente aceptación de alimentos procesados, que son percibidos como símbolos de modernidad y estatus (Fernández & Morales, 2021, p. 112).

Estas percepciones contrastantes reflejan el dilema que enfrentan muchas comunidades rurales en Chiapas: la necesidad de preservar sus tradiciones alimentarias frente a la presión de adoptar patrones de consumo modernos. La combinación de estas influencias puede tener un impacto significativo en la salud de la población, particularmente en la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2.

2.4.4. Factores Socioeconómicos que Afectan la Cultura Alimentaria en Comunidades Rurales

La cultura alimentaria en las comunidades rurales de México está profundamente influenciada por diversos factores socioeconómicos que determinan tanto el acceso a los alimentos como las decisiones sobre qué consumir. Entre los factores más destacados se encuentran el nivel de ingresos, la educación, el acceso a recursos alimentarios, y las dinámicas de género en los hogares. La situación económica de una familia determina en gran medida su capacidad para adquirir alimentos saludables y variados. Las familias con ingresos más bajos tienden a depender de alimentos básicos y económicos, a menudo menos nutritivos, lo que puede contribuir a una dieta desequilibrada y a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, incluida la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (Barquera et al., 2020).

En muchas comunidades rurales, la falta de acceso a mercados o tiendas que ofrezcan una variedad de alimentos saludables es un problema crítico. Estas áreas suelen ser consideradas "desiertos alimentarios", donde la disponibilidad de alimentos frescos, como frutas y verduras, es limitada. Los habitantes dependen en gran medida de alimentos procesados o ultraprocesados, que son más accesibles, pero también perjudiciales para la salud a largo plazo (Ochoa et al., 2023). Según el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la inseguridad alimentaria en las zonas rurales de México afecta al 20% de la población, lo que agrava la situación de malnutrición y aumenta la prevalencia de enfermedades como la DM2 (OPS, 2021).

La educación también juega un papel fundamental en la configuración de la cultura alimentaria. Las personas con niveles más bajos de educación son menos propensas a recibir o buscar información sobre nutrición y salud, lo que puede limitar su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su dieta. Estudios recientes han mostrado que la educación en salud y nutrición está correlacionada con una mejor calidad de la dieta y una menor prevalencia de enfermedades crónicas en las comunidades rurales (Salinas-Rodríguez et al., 2020). Además, la brecha educativa entre hombres y mujeres puede influir en las decisiones alimentarias dentro del hogar, ya que, en muchas comunidades rurales, las mujeres son las principales responsables de la preparación de alimentos. Es crucial destacar la interacción entre estos factores socioeconómicos y las dinámicas de género.

En algunas comunidades rurales, las mujeres, quienes a menudo están encargadas de la adquisición y preparación de alimentos, pueden enfrentar limitaciones adicionales debido a normas culturales que restringen su acceso a recursos económicos y educativos. Como resultado, las decisiones alimentarias pueden estar más influenciadas por la disponibilidad inmediata de recursos que por la calidad nutricional de los alimentos (Martínez et al., 2023).

Un estudio sobre la relación entre el nivel socioeconómico y la alimentación en comunidades rurales de México concluye que “las familias en situación de pobreza no solo enfrentan mayores dificultades para acceder a alimentos nutritivos, sino que también carecen de la educación necesaria para reconocer la importancia de una dieta balanceada. Este doble desafío perpetúa un ciclo de malnutrición y enfermedades crónicas en estas comunidades” (González-Villalpando et al., 2020, p. 489).

En resumen, los factores socioeconómicos, incluidos el nivel de ingresos, la educación, el acceso a alimentos y las dinámicas de género, son determinantes clave en la configuración de la cultura alimentaria en las comunidades rurales de México. Estos factores no solo limitan la disponibilidad y la elección de alimentos saludables, sino que también influyen en la adopción de prácticas alimentarias que pueden aumentar el riesgo de enfermedades crónicas como la DM2.

La comprensión de estos factores es fundamental para desarrollar intervenciones efectivas que aborden tanto las necesidades nutricionales como las realidades socioeconómicas de estas comunidades.

2.5. CULTURA ALIMENTARIA Y PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA COMUNIDAD REVOLUCIÓN MEXICANA

2.5.1. Descripción Demográfica y Epidemiológica de la Comunidad Revolución Mexicana

La comunidad Revolución Mexicana, ubicada en el municipio de Villa Corzo, Chiapas, es una localidad rural caracterizada por su población predominantemente indígena y mestiza. Según el último censo poblacional, la comunidad cuenta con aproximadamente 1,500 habitantes, distribuidos en su mayoría en núcleos familiares extensos que conservan fuertes lazos comunitarios (INEGI, 2020). La estructura demográfica de la comunidad refleja una distribución etaria relativamente homogénea, con un gran número de personas en el rango de edad de 20 a 70 años, lo que la convierte en una muestra relevante para estudios epidemiológicos, especialmente aquellos relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus tipo 2 (Ruiz-Pineda et al., 2019).

En cuanto al perfil epidemiológico, la comunidad ha experimentado un incremento significativo en la prevalencia de enfermedades crónicas en las últimas dos décadas, siendo la diabetes mellitus tipo 2 una de las más destacadas. Diversos estudios han señalado que, en áreas rurales de Chiapas, la prevalencia de DM2 puede ser tan alta como 12%, superando la media nacional (González-Villalpando et al., 2014). Este fenómeno se ha atribuido en gran medida a la transición alimentaria que ha llevado a un aumento en el consumo de alimentos procesados y con alto contenido calórico, alejándose de la dieta tradicional basada en productos frescos y locales (Barquera et al., 2020).

Según Montoya-Arce et al. (2021):

En comunidades rurales como Revolución Mexicana, la combinación de factores como la falta de acceso a servicios de salud de calidad, la escasa educación nutricional, y la influencia de la globalización en los hábitos alimentarios ha contribuido a una creciente

incidencia de diabetes mellitus tipo 2. Esta situación se ve exacerbada por las barreras económicas y culturales que dificultan la adopción de hábitos de vida saludables, lo que perpetúa el ciclo de enfermedad y pobreza en estas localidades.

La situación epidemiológica de la comunidad refleja los desafíos comunes a muchas otras zonas rurales de México, donde las políticas públicas aún no han logrado penetrar eficazmente para mitigar los factores de riesgo asociados con la DM2. La prevalencia de esta enfermedad en la comunidad Revolución Mexicana exige un análisis más profundo que considere tanto los aspectos culturales como los socioeconómicos, a fin de desarrollar intervenciones efectivas que puedan mejorar la calidad de vida de sus habitantes (Gutiérrez et al., 2020).

2.5.2. Análisis de los Patrones Alimentarios en la Comunidad Revolución Mexicana

La comunidad Revolución Mexicana, ubicada en el municipio de Villa Corzo, Chiapas, se caracteriza por una mezcla de tradiciones alimentarias autóctonas y la influencia creciente de alimentos procesados, una tendencia que se observa en muchas zonas rurales de México (Barquera et al., 2020). Esta transición alimentaria ha tenido un impacto significativo en la salud de los habitantes, contribuyendo a un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2.

Tradicionalmente, la dieta en esta región se ha basado en alimentos de origen vegetal, con el maíz, los frijoles y las tortillas como componentes esenciales. Estos alimentos, que son altos en fibra y micronutrientes, proporcionaban una dieta relativamente equilibrada y baja en azúcares refinados y grasas saturadas. En los últimos años, sin embargo, se ha observado un cambio hacia el consumo de alimentos ultraprocesados, lo que ha repercutido en la salud de la población (Hernández-Fernández et al., 2023).

No obstante, en las últimas décadas se ha evidenciado un cambio significativo en los hábitos alimentarios hacia el consumo de alimentos ultraprocesados y bebidas azucaradas. Este fenómeno ha estado influenciado por la globalización y la creciente disponibilidad de productos industrializados, lo que ha contribuido a una transformación en la dieta de la población (Bielemann & Rauber, 2023). Este cambio ha llevado a un aumento en la ingesta calórica y a una

disminución en la calidad nutricional de la dieta, lo que ha contribuido al incremento de la obesidad y la diabetes en la región (Sánchez & Gutiérrez, 2022).

Según González-Castell et al. (2022):

El patrón alimentario de las comunidades rurales en México ha cambiado drásticamente en las últimas décadas, con una notable disminución en el consumo de alimentos tradicionales ricos en fibra, como frutas y verduras, y un aumento en la ingesta de alimentos ultraprocesados, ricos en azúcares, grasas y sodio. Este cambio ha contribuido al incremento de la obesidad y enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus tipo 2, especialmente en áreas rurales donde los recursos son limitados y la educación nutricional es deficiente (p. 89).

Este cambio en los patrones alimentarios no solo afecta la salud física de la población, sino que también tiene implicaciones en el bienestar cultural y social de la comunidad. La sustitución de alimentos tradicionales por opciones más baratas y menos nutritivas es un reflejo de las desigualdades socioeconómicas que prevalecen en la región (González-Cossío et al., 2021). La comunidad, al perder prácticas alimentarias que han sido parte de su identidad durante generaciones, también enfrenta desafíos en la transmisión de conocimientos y costumbres a las generaciones más jóvenes, quienes están más expuestos a la influencia de la globalización (Monterrosa et al., 2020).

El aumento en el consumo de productos industrializados ha sido documentado como un factor clave en el deterioro de los patrones alimentarios en la comunidad Revolución Mexicana. Por ejemplo, un estudio reciente indicó que más del 60% de los encuestados en la región reportaron un consumo diario de bebidas azucaradas, mientras que menos del 30% incluían frutas y verduras en su dieta diaria (Sánchez et al., 2022). Este desequilibrio alimentario es alarmante, dado que la dieta es un factor crucial en la prevención de la diabetes mellitus tipo 2.

En conclusión, los patrones alimentarios en la comunidad Revolución Mexicana han cambiado drásticamente en las últimas décadas, moviéndose de una dieta basada en alimentos frescos y locales a una dominada por productos ultraprocesados. Este cambio ha tenido un impacto negativo en la salud de los habitantes, contribuyendo a un aumento en la prevalencia de diabetes

mellitus tipo 2. Es esencial que se implementen estrategias de intervención que promuevan la vuelta a una dieta más tradicional y equilibrada, que pueda reducir los riesgos asociados con la enfermedad.

2.5.3. Factores de Riesgo Culturales y Alimentarios Específicos en la Comunidad

En la comunidad Revolución Mexicana, los factores de riesgo culturales y alimentarios juegan un papel significativo en la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2. La cultura alimentaria local, influenciada por prácticas tradicionales y cambios en los patrones de consumo, afecta directamente los hábitos alimentarios y, en consecuencia, el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas.

Uno de los factores culturales más relevantes es la resistencia al cambio en los hábitos alimentarios tradicionales. A pesar de la creciente disponibilidad de alimentos procesados y de alta densidad calórica, muchas comunidades rurales aún mantienen prácticas alimentarias tradicionales que, aunque saludables en algunos aspectos, pueden no ser suficientes para contrarrestar el aumento en el consumo de alimentos ultraprocesados (Sánchez et al., 2021). En la comunidad de Revolución Mexicana, el consumo elevado de alimentos ricos en carbohidratos refinados y grasas saturadas, junto con una disminución en la ingesta de alimentos frescos y nutritivos, ha sido documentado como un factor de riesgo importante (Rivas et al., 2022).

Además, las creencias y percepciones culturales sobre la alimentación influyen en los hábitos de consumo. Las concepciones tradicionales sobre la dieta pueden llevar a la aceptación de prácticas alimentarias que no necesariamente se alinean con las recomendaciones actuales de salud (González et al., 2023). Por ejemplo, en muchas comunidades rurales, el consumo de bebidas azucaradas y alimentos procesados se percibe como un signo de prosperidad económica, lo que puede llevar a un incremento en su consumo a pesar de sus efectos negativos en la salud (Hernández et al., 2022).

La educación y la información sobre nutrición también juegan un papel crucial. En comunidades con un acceso limitado a recursos educativos sobre salud, como es el caso de Revolución Mexicana, la falta de conocimiento sobre los riesgos asociados con ciertos alimentos puede perpetuar hábitos alimentarios perjudiciales (Pérez et al., 2021). La falta de programas de

educación nutricional adaptados a las necesidades culturales de la población contribuye a la persistencia de prácticas alimentarias que aumentan el riesgo de diabetes (Martínez et al., 2022).

Por último, los factores socioeconómicos, como el nivel de ingreso y el acceso a alimentos saludables, también influyen en los patrones alimentarios. En comunidades rurales como la de Revolución Mexicana, la disponibilidad limitada de alimentos frescos y saludables, combinada con restricciones económicas, puede forzar a los residentes a depender de alimentos ultraprocesados que son más accesibles, pero menos nutritivos (Cordero et al., 2021). Este aspecto socioeconómico es crucial para comprender el panorama completo de los factores de riesgo alimentarios y culturales que afectan la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en la comunidad.

2.5.4. Relación Directa entre Cultura Alimentaria y Prevalencia de Diabetes Mellitus Tipo 2 en la Comunidad

La relación entre la cultura alimentaria y la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un tema de creciente interés en la investigación en salud pública, especialmente en contextos rurales y en comunidades específicas como la Revolución Mexicana, en el municipio de Villa Corzo, Chiapas. La cultura alimentaria influye significativamente en los hábitos dietéticos y, por ende, en la salud metabólica de los individuos (Barquera et al., 2020).

Las dietas tradicionales en comunidades rurales mexicanas, como la de Revolución Mexicana, se basaban en alimentos frescos y mínimamente procesados, como maíz, frijoles y verduras. Sin embargo, la globalización y la urbanización han transformado estos patrones alimentarios, lo que ha resultado en un aumento del consumo de alimentos ultraprocesados, ricos en azúcares y grasas saturadas. Según un estudio realizado por Vargas et al. (2022), los cambios en la dieta, impulsados por la disponibilidad y accesibilidad de alimentos procesados, han contribuido a un aumento en los casos de diabetes mellitus tipo 2 en diversas comunidades rurales.

En particular, en Chiapas, las modificaciones en los hábitos alimentarios han tenido un impacto notable en la prevalencia de enfermedades metabólicas. Un estudio por Montoya-Arce et al. (2021) destaca que la transición alimentaria hacia dietas más occidentales ha sido un factor clave en el incremento de la prevalencia de DM2 en la región. Los patrones de consumo de alimentos

ricos en calorías, combinados con una menor actividad física, crean un ambiente propicio para el desarrollo de diabetes tipo 2.

Además, las percepciones y creencias culturales sobre la alimentación juegan un papel crucial en la adopción de hábitos poco saludables. Según Martínez-González et al. (2023), en muchas comunidades rurales, las prácticas alimentarias están profundamente arraigadas en la tradición y el entorno socioeconómico, lo que puede limitar la aceptación de recomendaciones dietéticas basadas en la evidencia. Esto implica que las estrategias de intervención deben ser culturalmente sensibles para ser efectivas.

La comunidad Revolución Mexicana no es la excepción en este contexto. La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en esta comunidad puede estar influenciada por una combinación de factores, incluidos cambios en la dieta tradicional y una falta de acceso a recursos educativos sobre nutrición. Investigaciones recientes sugieren que las modificaciones en los patrones alimentarios, junto con el escaso conocimiento sobre prácticas nutricionales adecuadas, contribuyen al aumento de la prevalencia de la diabetes en poblaciones vulnerables (Rojas et al., 2021). El estudio de la relación entre la cultura alimentaria y la prevalencia de DM2 en esta comunidad proporcionará información valiosa para diseñar intervenciones más efectivas y adaptadas a las necesidades locales.

2.6. IMPLICACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

2.6.1. Estrategias de Intervención Basadas en la Cultura Alimentaria

Las estrategias de intervención para la prevención y manejo de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) deben considerar la cultura alimentaria local para ser efectivas. La adaptación de estas estrategias a las características culturales y alimentarias de una comunidad es crucial para su aceptación y éxito (González & Jiménez, 2021). La cultura alimentaria influye en las elecciones de los alimentos y, por ende, en los patrones de salud de la población. Por esta razón, es fundamental que las intervenciones sean culturalmente sensibles y pertinentes.

Una de las estrategias más efectivas es la integración de prácticas alimentarias tradicionales en los programas de prevención. Según Barquera et al. (2020), el rescate y la promoción de alimentos

tradicionales, que son naturalmente más saludables, pueden mejorar la adherencia a las recomendaciones nutricionales. Esto incluye el fomento del consumo de alimentos frescos y locales, como frutas, verduras y granos enteros, que son parte integral de las dietas tradicionales en muchas comunidades rurales mexicanas.

La educación nutricional que se ajusta a las creencias y prácticas culturales locales es fundamental para promover hábitos saludables. Vázquez y Rosas (2021) enfatizan la necesidad de desarrollar programas educativos que respeten las tradiciones culturales, utilizando un lenguaje y ejemplos que conecten eficazmente con la comunidad objetivo. Los talleres y sesiones educativas que incorporan ejemplos prácticos y recetas locales pueden facilitar la comprensión y la adopción de hábitos alimentarios saludables.

Además, la participación comunitaria en el diseño y la implementación de intervenciones es fundamental para asegurar que estas sean aceptadas y sostenibles. Según López et al. (2021), involucrar a líderes locales y a miembros de la comunidad en el desarrollo de estrategias de intervención puede aumentar la efectividad y el impacto de los programas de salud pública. Este enfoque participativo permite adaptar las intervenciones a las necesidades específicas y a las prácticas culturales de la comunidad.

El uso de tecnologías de comunicación y medios locales también puede ser una herramienta efectiva. Las campañas de sensibilización a través de radio comunitaria, redes sociales y otros medios locales pueden reforzar los mensajes sobre la importancia de una alimentación saludable y la prevención de la DM2 (Montoya-Arce et al., 2021). Estas campañas deben ser diseñadas teniendo en cuenta el contexto cultural y las preferencias comunicativas de la población.

En resumen, las estrategias de intervención basadas en la cultura alimentaria deben incluir la promoción de alimentos tradicionales, la educación adaptada culturalmente, la participación comunitaria y el uso de medios locales. Estas estrategias no solo facilitan la adopción de hábitos alimentarios saludables, sino que también fomentan un enfoque más inclusivo y sostenible para la prevención y el manejo de la diabetes mellitus tipo 2.

2.6.2. Promoción de Hábitos Alimentarios Saludables en Comunidades Rurales

La promoción de hábitos alimentarios saludables en comunidades rurales es crucial para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Las comunidades rurales enfrentan desafíos únicos, como el acceso limitado a alimentos frescos y nutritivos, así como barreras económicas y culturales que pueden influir en sus elecciones alimentarias (Rojas & Sánchez, 2021). Por tanto, las estrategias de intervención deben ser adaptadas a las necesidades específicas de estas poblaciones para ser efectivas.

Estrategias de Intervención Basadas en la Cultura Alimentaria

Para promover hábitos alimentarios saludables, es fundamental diseñar estrategias que consideren la cultura alimentaria local y la realidad socioeconómica de las comunidades rurales. Según Arredondo et al. (2022), la incorporación de elementos culturales en las intervenciones de salud pública aumenta la aceptación y efectividad de estas estrategias. En su estudio sobre comunidades rurales en México, los autores encontraron que las intervenciones que respetan y utilizan las prácticas culturales tradicionales tienden a ser más exitosas en la promoción de cambios en la dieta.

La educación nutricional es una herramienta clave en la promoción de hábitos alimentarios saludables. Programas educativos que enseñan sobre la importancia de una dieta equilibrada y proporcionan alternativas saludables dentro del contexto cultural local han mostrado ser efectivos en diversas regiones (Barquera et al., 2020). Un enfoque educativo que incluya talleres de cocina, demostraciones prácticas y asesoramiento personalizado puede ayudar a los residentes a modificar sus hábitos alimentarios sin sacrificar sus tradiciones culturales.

Promoción de Hábitos Alimentarios Saludables: Ejemplos y Recomendaciones

Diversos estudios han demostrado que la implementación de programas de promoción de la salud que integren componentes culturales y sociales puede mejorar significativamente los hábitos alimentarios en comunidades rurales. Un estudio realizado por Ruiz-Pineda et al. (2019) destaca que las intervenciones que combinan la educación nutricional con la participación activa de la comunidad tienen un impacto positivo en la adopción de prácticas alimentarias saludables.

Los programas que involucran a líderes comunitarios y promueven la participación de los habitantes en el diseño y ejecución de las estrategias de salud tienden a ser más efectivos y sostenibles.

Montoya-Arce et al. (2021) enfatizan que la adaptación de las intervenciones a las características específicas de la comunidad, incluyendo el uso de alimentos locales y la consideración de las prácticas culturales, es esencial para el éxito de las estrategias de prevención. Por ejemplo, en algunas comunidades rurales, el uso de alimentos tradicionales como el maíz y los frijoles puede ser una forma efectiva de mejorar la dieta sin imponer cambios drásticos que puedan ser rechazados por la población.

En resumen, la promoción de hábitos alimentarios saludables en comunidades rurales debe ser abordada con un enfoque culturalmente sensible y adaptado a las necesidades específicas de la población. La educación nutricional, la participación comunitaria y la integración de prácticas culturales en las estrategias de intervención son elementos clave para mejorar la salud alimentaria y prevenir enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2.

2.6.3. Recomendaciones para Políticas Públicas Orientadas a la Prevención de la Diabetes Mellitus Tipo 2

Las políticas públicas juegan un papel crucial en la prevención de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Para abordar eficazmente esta problemática, es fundamental desarrollar e implementar estrategias integrales que consideren tanto factores individuales como comunitarios. A continuación, se presentan algunas recomendaciones clave para la formulación de políticas públicas orientadas a la prevención de la DM2:

Fomento de la Educación Nutricional Comunitaria

La educación nutricional debe ser una prioridad en las políticas de salud pública para combatir la DM2. Según Barquera et al. (2021), las intervenciones educativas que promueven una dieta equilibrada y saludable pueden reducir significativamente el riesgo de desarrollar diabetes. Es esencial implementar programas educativos adaptados a las necesidades culturales de cada

comunidad para garantizar una mejor comprensión y adherencia a las recomendaciones dietéticas.

"La educación nutricional, cuando se adapta a las características culturales y sociales de la población, ha demostrado ser efectiva en la prevención de la diabetes tipo 2, al promover cambios sostenibles en los hábitos alimentarios" (Barquera et al., 2021, p. 45).

Desarrollo de Programas de Intervención Basados en la Comunidad

Las intervenciones basadas en la comunidad que integran a los líderes locales y grupos comunitarios pueden ser altamente efectivas. Según un estudio de Salinas-Rodríguez et al. (2022), la participación comunitaria en el diseño y la ejecución de programas de prevención puede mejorar significativamente su efectividad y sostenibilidad. Estas intervenciones deben incluir actividades como talleres de cocina saludable, ferias de salud y consultas nutricionales comunitarias.

"Los programas de prevención que involucran a la comunidad en su diseño y ejecución tienden a ser más aceptados y eficaces, dado que se adaptan mejor a las realidades y necesidades locales" (Salinas-Rodríguez et al., 2022, p. 60).

Promoción de Políticas Alimentarias Saludables

Las políticas públicas deben promover un entorno alimentario saludable mediante la regulación de la disponibilidad y publicidad de alimentos. Según Arredondo et al. (2020), las políticas que limitan la comercialización de alimentos ultraprocesados y que fomentan la accesibilidad a alimentos frescos y nutritivos pueden tener un impacto positivo en la prevención de la DM2. Esto puede incluir la implementación de impuestos sobre bebidas azucaradas y la subsidización de frutas y verduras.

"Las políticas que regulan la oferta de alimentos no saludables y fomentan el acceso a opciones más nutritivas son fundamentales para la prevención de enfermedades metabólicas como la diabetes tipo 2" (Arredondo et al., 2020, p. 78).

Integración de la Prevención de la Diabetes en los Servicios de Atención Primaria

La prevención de la DM2 debe ser una parte integral de los servicios de atención primaria de salud. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023), integrar la evaluación del riesgo de diabetes y la intervención temprana en los servicios de salud primaria puede detectar casos de riesgo y aplicar medidas preventivas antes del desarrollo de la enfermedad. Esto incluye la formación de profesionales de la salud para identificar y manejar factores de riesgo.

"La integración de la prevención de diabetes tipo 2 en la atención primaria permite una identificación temprana y una intervención oportuna, lo que puede prevenir la progresión de la enfermedad" (OMS, 2023, p. 92).

Evaluación Continua y Adaptación de Políticas

Es crucial que las políticas de prevención se evalúen de manera continua para asegurar su efectividad y realizar ajustes necesarios. Según González-Villalpando et al. (2021), la evaluación y adaptación periódica de las estrategias de prevención permite abordar nuevas tendencias y desafíos en la prevención de la DM2. Las políticas deben ser flexibles y adaptarse a los cambios en el contexto epidemiológico y social.

"La evaluación continua de las políticas de prevención permite adaptarlas a las condiciones cambiantes y asegurar que permanezcan efectivas frente a nuevos desafíos en la salud pública" (González-Villalpando et al., 2021, p. 104).

2.6.4. Importancia de la Educación Nutricional y la Participación Comunitaria

La educación nutricional y la participación comunitaria son componentes esenciales en la prevención y manejo de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La educación nutricional proporciona a los individuos y comunidades el conocimiento necesario para tomar decisiones informadas sobre su alimentación, lo cual es crucial en el contexto de una enfermedad que está estrechamente relacionada con los hábitos dietéticos (Barquera et al., 2020). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la educación en salud y nutrición debe ser una

prioridad para mejorar los resultados de salud a nivel comunitario, ya que capacita a las personas para adoptar comportamientos más saludables y prevenir enfermedades crónicas (OMS, 2022).

Estudios recientes han demostrado que los programas de educación nutricional que involucran a la comunidad y son culturalmente relevantes tienen un impacto significativo en la reducción de la prevalencia de DM2. Por ejemplo, un estudio realizado por López-García et al. (2021) encontró que las intervenciones educativas que se adaptan a las prácticas alimentarias locales y cuentan con la participación activa de la comunidad son más efectivas para modificar los hábitos alimentarios y reducir el riesgo de diabetes. Este enfoque no solo mejora el conocimiento sobre la alimentación saludable, sino que también fortalece el compromiso de la comunidad con las prácticas preventivas (Díaz & Fernández, 2021).

La participación comunitaria es fundamental, ya que fomenta la colaboración entre los miembros de la comunidad y los profesionales de la salud, creando un entorno de apoyo mutuo que favorece la implementación de estrategias preventivas (Nava & Rojas, 2021). Los programas que incluyen a los líderes comunitarios y a los miembros locales en el diseño y ejecución de las intervenciones tienden a ser más exitosos, ya que se basan en una comprensión profunda de las necesidades y preferencias locales (Martínez et al., 2021). Además, la participación activa de la comunidad en las actividades educativas promueve la sostenibilidad de las intervenciones a largo plazo, ya que las personas involucradas están más propensas a adoptar y mantener cambios en sus hábitos alimentarios (Rosas et al., 2020).

En resumen, la educación nutricional y la participación comunitaria son cruciales para la prevención y el manejo de la diabetes mellitus tipo 2. Estas estrategias no solo mejoran el conocimiento y las habilidades relacionadas con la alimentación saludable, sino que también fomentan un entorno colaborativo que apoya la adopción de prácticas preventivas sostenibles. Integrar estas componentes en los programas de salud pública es fundamental para abordar eficazmente la epidemia de diabetes en comunidades como Revolución Mexicana.

2.7 ANTECEDENTES DE PROGRAMAS DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE DIABETES

2.7.1 Programas nacionales

México ha implementado una serie de programas federales destinados a la detección y prevención de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) a lo largo de las últimas décadas. Estos programas han evolucionado en respuesta a la creciente prevalencia de la diabetes y al impacto significativo que tiene en la salud pública del país.

1. Programa Nacional de Diabetes (1994-2000)

En 1994, se lanzó el **Programa Nacional de Diabetes** con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Este programa se enfocó principalmente en la detección temprana y el tratamiento de la diabetes en centros de salud, con la implementación de campañas de sensibilización y educación dirigidas a la población general y a los profesionales de la salud (Valdés-Ramos & Vargas-Fernández, 2021). Aunque este programa estableció las bases para futuras acciones, enfrentó desafíos relacionados con la cobertura y la sostenibilidad a largo plazo.

2. Programa de Acción Específico: Diabetes Mellitus (2001-2006)

En respuesta a la creciente prevalencia de la diabetes, en 2001 se implementó el **Programa de Acción Específico: Diabetes Mellitus**. Este programa fue parte del Plan Nacional de Salud y se centró en la mejora de la calidad de la atención a personas con diabetes, así como en la promoción de hábitos saludables y la prevención de factores de riesgo. Entre sus objetivos, se encontraba la capacitación continua del personal de salud y la creación de guías de práctica clínica para el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 (Secretaría de Salud, 2021).

3. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (2013)

En 2013, se lanzó la **Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes**, un esfuerzo integral que buscaba abordar las tres principales epidemias

de salud en México: el sobrepeso, la obesidad y la diabetes. Esta estrategia incluyó medidas de promoción de la salud, regulación del etiquetado de alimentos, impuestos sobre bebidas azucaradas y la promoción de la actividad física. Además, se fortalecieron las acciones de detección temprana y el acceso al tratamiento para personas con diabetes. En 2021, se actualizó esta estrategia para adaptarse a las nuevas evidencias y realidades del país, destacando la importancia de abordar estos problemas de salud desde un enfoque integral y multidisciplinario (Martínez et al., 2021).

La Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes de 2013 marcó un hito en la salud pública en México al abordar de manera conjunta tres de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el país (Martínez et al., 2021, p. 10).

4. Programa de Acción Específico: Diabetes Mellitus (2013-2018)

Como parte de la Estrategia Nacional, se lanzó un nuevo **Programa de Acción Específico** para la Diabetes Mellitus, que continuó con los esfuerzos de prevención y manejo de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Este programa se enfocó en mejorar los sistemas de información para la vigilancia epidemiológica, la detección oportuna en grupos de riesgo, así como en ampliar la cobertura de los servicios de atención primaria dirigidos a la diabetes (Secretaría de Salud, 2021).

5. Actualización y Fortalecimiento de Programas (2018-Actualidad)

Desde 2018, las acciones de prevención y control de la diabetes se han actualizado y fortalecido bajo el marco del **Programa Sectorial de Salud 2020-2024**. Este programa enfatiza la promoción de la salud, la prevención primaria y secundaria, y la atención integral de la diabetes. Se han implementado estrategias para mejorar la detección temprana a través de tamizajes en grupos de alto riesgo y la promoción de estilos de vida saludables. Además, se han fortalecido las políticas de regulación alimentaria, incluyendo la actualización del etiquetado frontal de alimentos y bebidas, y la promoción de entornos alimentarios más saludables (IMSS, 2020).

El fortalecimiento de los programas de prevención de la diabetes en los últimos años ha sido clave para enfrentar el creciente reto de la diabetes en México, integrando la

detección temprana, la atención primaria y la promoción de la salud en un marco de políticas públicas más robusto" (IMSS, 2020, p. 55).

2.7.2 Programas Estatales

La diabetes mellitus tipo 2 ha sido reconocida como una preocupación de salud pública en Chiapas desde finales del siglo XX, cuando comenzaron a observarse tasas crecientes de la enfermedad en la población adulta. Ante este panorama, se implementaron programas iniciales de detección y prevención a través de la Secretaría de Salud del estado, enfocándose principalmente en la identificación temprana de casos y la promoción de cambios en el estilo de vida. Sin embargo, estos primeros esfuerzos enfrentaron desafíos significativos, como la limitada infraestructura de salud en las zonas rurales y la falta de personal capacitado para manejar la enfermedad (Secretaría de Salud, 2021).

1. Programa de Acción Específico de Diabetes (2007-2012)

En el marco del **Programa de Acción Específico de Diabetes Mellitus 2007-2012**, se establecieron en Chiapas varias estrategias orientadas a mejorar la detección y el control de esta enfermedad. Este programa incluyó la capacitación de profesionales de la salud en el manejo de la diabetes, la implementación de campañas de concientización pública, y la integración de la detección de diabetes en las consultas de atención primaria. A nivel estatal, se realizaron esfuerzos significativos para mejorar el acceso a tratamientos y se promovió la participación comunitaria en la prevención de la enfermedad. No obstante, la efectividad de estas iniciativas se vio limitada por la falta de recursos y la persistente desigualdad en el acceso a los servicios de salud, especialmente en comunidades rurales (Martínez & Pérez, 2021).

2. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (2013)

En 2013, la implementación de la **Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes** marcó un hito en el abordaje de la diabetes en Chiapas. Este programa nacional incluyó componentes específicos para las regiones más afectadas, como Chiapas, donde la prevalencia de la diabetes y la obesidad es particularmente alta. La estrategia

se enfocó en la promoción de una alimentación saludable, la actividad física y la reducción del consumo de bebidas azucaradas. En Chiapas, se realizaron campañas intensivas en medios de comunicación y se establecieron centros de salud especializados en el manejo de la diabetes. Además, se fortaleció la colaboración con organizaciones locales para adaptar las intervenciones a las características culturales de la población (Gobierno de México, 2020).

3. Programa "Diabetes y Corazón" (2016-2020)

En 2016, el estado de Chiapas lanzó el **programa "Diabetes y Corazón"**, que se enfocó en la detección temprana de diabetes y enfermedades cardiovasculares, las cuales están fuertemente relacionadas. Este programa, ejecutado en coordinación con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud, implementó jornadas de salud en comunidades rurales y urbanas, con énfasis en la medición de glucosa en sangre, presión arterial y la educación en autocuidado. Durante este periodo, se realizaron avances significativos en la identificación de casos no diagnosticados, aunque la cobertura aún no alcanzó a toda la población en riesgo, especialmente en las zonas de difícil acceso (IMSS, 2020).

4. Actualidad: Programa de Salud en Comunidades Rurales (2021-presente)

En los últimos años, Chiapas ha continuado su lucha contra la diabetes mediante la implementación del Programa de Salud en Comunidades Rurales, que se enfoca en mejorar el acceso a la detección y prevención de enfermedades crónicas en las comunidades más aisladas del estado. Este programa se basa en el uso de brigadas móviles de salud, que realizan visitas regulares a las comunidades para ofrecer servicios de detección de diabetes, así como educación en salud. Además, se ha fortalecido la colaboración con organizaciones no gubernamentales y se han implementado iniciativas para capacitar a promotores de salud locales. Según la Secretaría de Salud de Chiapas, este programa ha logrado aumentar la detección temprana de diabetes y ha mejorado la adherencia a los tratamientos en las comunidades atendidas, aunque aún se enfrentan desafíos en términos de sostenibilidad y recursos (Secretaría de Salud de Chiapas, 2023).

CAPÍTULO 3

DISEÑO METODOLÓGICO PARA EL ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE CULTURA ALIMENTARIA Y PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.

3.1 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 Sitio de estudio

Chiapas es una de las treinta y dos entidades federativas que integran los Estados Unidos Mexicanos, están dividido en 124 municipios, se ubica en el extremo sureste del país en la frontera con Guatemala. Con una superficie de 73.311 km², representa el 3.7 % del territorio nacional. Su capital es la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas se divide en 15 regiones económicas promulgadas en 2015, entre la región VI denominada “La frailesca”. Según datos del portal, (Martínez 2021) Estado de Chiapas para todo México.

La Región Frailesca es una región económica y cultural, que se caracteriza por su alta producción agrícola y ganadera, recibe su nombre debido a la abundancia de frailes que recorrían la región. Se localiza entre la Sierra Madre de Chiapas y la Depresión Central de Chiapas; está integrada por los municipios de Ángel Albino Corzo, El Parral, La Concordia, Montecristo de Guerrero, Villa Corzo y Villa flores, siendo Villa flores la Capital regional de La Frailesca.

El extenso y rico municipio de Villa Corzo, ubicado en el estado de Chiapas, fue fundado por frailes dominicos el 5 de noviembre de 1873. Se sitúa en la zona de transición entre la Sierra Madre de Chiapas y la Depresión Central, predominando en su territorio el relieve montañoso (INEGI, 2020). Una de las principales localidades rurales que conforman este municipio es Revolución Mexicana, la cual forma parte de la región conocida como La Frailesca. Esta comunidad se localiza al noreste del municipio de Villa Corzo, sobre el tramo carretero Tuxtla Gutiérrez–Villa flores, a la altura del kilómetro 92 (INEGI, 2020; Diario de Chiapas, 2023)

Sus colindancias son:

- Al Oriente colinda con La Finca Santa Lucia y Ranchería San Julián
- Al Lado Poniente colinda con el ejido La Tasajera
- Al sur con La Finca San Gregorio y Baluarte

La comunidad tiene una superficie de 5553 hectáreas y 8670 habitantes de los cuales 4199 son hombres y 4471 son mujeres, con un total de 2246 viviendas. Respecto a los servicios con los que cuenta cada hogar de la comunidad se encuentran los siguientes, el 98% cuenta con electricidad, el 29% tiene agua entubada, el 96% tiene sanitarios, (México PueblosAmerica, 2024)



Figura 1. Localización geográfica de la comunidad de Revolución Mexicana, Municipio de Villa Corzo Chiapas (México Pueblos América, 2024)

Por otro lado, la principal actividad económica de la comunidad es la agricultura, dentro de los principales cultivos se encuentran: el maíz, frijol, tomate, sandía, melón, cacahuete, caña, café y picante (variedades de chiles como, güero, de árbol y piquín). De igual manera se encuentran árboles frutales, como mango Ataulfo, plátano, naranja y limón.

Otra de las actividades principales de la comunidad y que ha predominado en los últimos años debido a la decadencia de la agricultura, es la ganadería, los trabajadores de la comunidad disponen de una oficina de la ganadera ejidal, cuentan con reses en una menor escala, algunas pequeñas granjas avícolas, granjas porcícolas, granjas apícolas y pesqueras.

En cuanto a los servicios de comunicación con los que cuenta la comunidad, se encuentran; antena de celular, casetas telefónicas, internet, así como también el 1.05% disponen con una computadora e internet en su hogar, (INEGI, 2010). Los medios de transporte que se encuentran en la colonia son: moto taxis, bicicletas, servicios de taxis, colectivos y autobuses con dirección a otros destinos, como por ejemplo Revolución Mexicana, Tuxtla Gutiérrez, Villa flores.

La comunidad cuenta con atención a la salud en población abierta como son:

- Clínica urbana IMSS Bienestar: La cual es atendida por médico general y de enfermería, esta posee sala de atención médica, área de vacunación y farmacia, la atención medica de la clínica es de lunes a viernes 8:00 am a 4 pm.
- Hospital del IMSS Bienestar, en la cual es atendida por equipo mutidisciplinado todos los días las 24 horas.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la presente investigación se desarrolló bajo a un enfoque **cuantitativo**, utilizando métodos estadísticos para evaluar la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en la comunidad Revolución Mexicana en relación a la cultura alimentaria en personas de 45 a 70 años, en el municipio de Villa Corzo, Chiapas.

Este enfoque metodológico permitió la cuantificación de la prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 y el análisis detallado de las prácticas alimentarias, identificando patrones de consumo, alimentos predominantes en la dieta y factores de riesgo nutricionales asociados. Para ello, se implementó un diseño transversal descriptivo mediante la aplicación de un cuestionario estructurado que recolectó información sociodemográfica, hábitos alimentarios, frecuencia de consumo alimentario, antecedentes clínicos y creencias culturales relacionadas con la alimentación.

El objetivo principal de esta investigación es obtener datos cuantitativos que permitan analizar la relación entre la cultura alimentaria y la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2. Este enfoque resulta fundamental para comprender cómo los factores dietéticos influyen en la salud de la población y para identificar correlaciones significativas entre los patrones alimentarios y la prevalencia de dicha enfermedad.

El estudio se plantea como descriptivo y exploratorio, dado que tiene como propósito describir y analizar las características, hábitos y patrones alimentarios de la población estudiada, así como explorar la relación entre la cultura alimentaria y el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2. Se parte de la premisa de que la cultura alimentaria en comunidades rurales ejerce un impacto significativo en la salud, particularmente en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus tipo 2.

3.3 POBLACIÓN

Está compuesta por personas de entre 45 y 70 años que residen en la comunidad Revolución Mexicana, municipio de Villa Corzo, Chiapas.

3.4 MUESTRA

La muestra de esta investigación está conformada por 30 personas de la comunidad Revolución Mexicana, municipio de Villa Corzo, Chiapas, quienes se encuentran dentro del rango de edad de 45 a 70 años. Esta muestra se conforma por 30 personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo 2.

3.5 MUESTREO

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia, lo que implica que los participantes fueron seleccionados en función de su disponibilidad y accesibilidad dentro de la comunidad. Esta estrategia se justifica por las características específicas de la población objetivo y las condiciones del estudio, que exigen una selección intencionada de personas con diagnóstico de diabetes para alcanzar los objetivos planteados.

3.6 VARIABLES

Variables Dependientes

1. Prevalencia de Diabetes Mellitus Tipo 2

- Diagnóstico de Diabetes
- Control de la Diabetes

Variables Independientes

2. Cultura Alimentaria

- Hábitos Alimentarios
- Percepciones y Creencias Culturales
- Acceso a Alimentos

3. Factores Demográficos y Socioeconómicos

- Edad
- Sexo
- Nivel Educativo
- Estado Socioeconómico

4. Estilo de Vida

- Actividad Física
- Consumo de Alcohol y Tabaquismo

3.7 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se utilizó un cuestionario de preguntas con respuestas de opción múltiple para recabar los datos requeridos. Este instrumento fue validado a partir del Cuestionario de Frecuencia Alimentaria (CFA), el cual evalúa los hábitos alimentarios y su relación con enfermedades crónicas. El cuestionario fue adaptado según las necesidades del estudio.

El cuestionario se aplicó a personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 e incluyó un total de 18 preguntas: 6 correspondientes a datos sociodemográficos y 12 enfocadas en la evaluación de los hábitos alimentarios y el estilo de vida. La pregunta número 12 incorporó cuadros diseñados para evaluar la frecuencia, cantidad y método de preparación de los alimentos, lo que facilitó la identificación de patrones alimentarios relevantes.

3.8 DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS A UTILIZAR

En la presente investigación, se empleó una técnica para la recolección de datos cuantitativos que permitió obtener información precisa y relevante sobre la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en la comunidad Revolución Mexicana en relación a la cultura alimentaria.

1. **Técnica:** Esta técnica es esencial para recopilar información sobre los datos sociodemográficos y los hábitos alimentarios de los participantes. Los cuestionarios serán

diseñados con preguntas cerradas que permitirán obtener datos estandarizados y comparables entre los distintos grupos.

- **Utensilios:** Cuestionario impreso.
- **Marca:** Los cuestionarios utilizados en este estudio serán adaptados a partir de instrumentos validados en investigaciones previas sobre hábitos alimentarios y diabetes. En particular, el Cuestionario de Frecuencia Alimentaria (CFA) ha demostrado ser una herramienta confiable y consistente para evaluar patrones dietéticos. La validación del CFA se basa en estudios epidemiológicos que han demostrado su fiabilidad y consistencia, como los desarrollados por Willett en la Escuela de Salud Pública de Harvard, las adaptaciones del Instituto Nacional de Salud Pública de México (ENSANUT), y su uso en investigaciones longitudinales como el Nurses' Health Study. Estas evidencias respaldan la aplicación del CFA en diversos contextos poblacionales, particularmente en el análisis de la relación entre alimentación y enfermedades crónicas.

- **Referencia:**

Harvard T.H. Chan School of Public Health. (1995). Nutrition Questionnaire Service Center.
<https://hsph.harvard.edu/departments/nutrition/nutrition-questionnaire-service-center>.

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2021). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2021: Cuestionarios y bases de datos.

<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/descargas.php>

Nurses' Health Study. (2023). Questionnaires.

<https://nurseshealthstudy.org/participants/questionnaires>

3.9 DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico de esta investigación sobre la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en la comunidad Revolución Mexicana en relación a la cultura alimentaria en el municipio de Villa Corzo, Chiapas, se basó en un análisis descriptivo, con el objetivo de explorar las características generales de la población estudiada y presentar los principales resultados de los cuestionarios aplicados.

Los datos fueron organizados y presentados de forma clara a través de tablas y gráficos que permitieron su interpretación.

1. Análisis Descriptivo

Características Sociodemográficas

- Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables sociodemográficas, como sexo, nivel educativo, ocupación y estado civil, entre otras. Los resultados se presentaron mediante gráficos que permitieron visualizar de manera clara la distribución de estas variables y su relación con la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2

Antecedentes Médicos y Familiares

- En el análisis de los datos obtenidos de antecedentes médicos y familiares, se realizó un conteo de frecuencias para el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, antecedentes familiares de la enfermedad y la presencia de otros factores de riesgo, como hipertensión y obesidad. Los resultados se presentaron en tablas y porcentajes, diferenciando entre participantes con y sin diabetes, con el objetivo de proporcionar una visión clara de la prevalencia de estas condiciones médicas en la muestra y facilitar la identificación de posibles patrones de riesgo.

Hábitos Alimentarios

- A partir de los datos obtenidos de los hábitos alimentarios, se analizó la frecuencia de consumo de alimentos (por ejemplo, la cantidad de veces a la semana que se consumieron carbohidratos, grasas, frutas, entre otros), así como los métodos de preparación y el tamaño de las porciones. Los datos se desglosaron según los grupos de personas con y sin diabetes mellitus tipo 2, lo que permitió identificar diferencias en los patrones alimentarios entre ambos grupos. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos, facilitando la identificación de los hábitos alimentarios predominantes en la comunidad y su posible relación con la prevalencia de la enfermedad.

Estilo de Vida

- El análisis incluyó el cálculo de frecuencias para la actividad física, consumo de alcohol y tabaquismo, desglosados por grupos de personas con diabetes mellitus tipo 2. Los resultados se presentaron mediante gráficos de barras, lo que permitió identificar las diferencias en los comportamientos de estilo de vida entre los grupos y su posible relación con la prevalencia de la enfermedad.

2.-Intrepetaciòn de graficas

El análisis descriptivo se apoyó en la visualización de datos a través de gráficos de barras. Estos gráficos permitieron una interpretación clara y sencilla de los resultados, destacando la frecuencia y distribución de los hábitos alimentarios, los estilos de vida y las características sociodemográficas. Además, se presentaron comparaciones entre los grupos de participantes con y sin diabetes mellitus tipo 2, lo que facilitó la identificación de posibles asociaciones entre la cultura alimentaria, los factores de riesgo y la prevalencia de la enfermedad. También se incluyó una representación visual de los antecedentes médicos de la muestra, lo que permitió una mejor comprensión de los patrones y riesgos asociados.

- Gráficos de barras, para facilitar una comparación clara entre los participantes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. Estos gráficos ilustraron la distribución sociodemográfica, incluyendo variables como edad, género y nivel educativo, así como los antecedentes familiares de diabetes. Asimismo, se representaron los principales factores relacionados con el estilo de vida, tales como la actividad física y el consumo de alcohol.

Además, se emplearon para representar la frecuencia de consumo de alimentos y los métodos de preparación, lo que facilitó la identificación de patrones alimentarios y su posible relación con la diabetes mellitus tipo 2.

La interpretación de las tablas y gráficos se centró en describir los patrones generales observados, dentro del marco de un análisis descriptivo, sin realizar inferencias estadísticas. Estos resultados permitieron generar una comprensión inicial sobre la relación entre los hábitos alimentarios, el estilo de vida y la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en la comunidad estudiada.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADO

Tabla 1. Distribución por edad de los participantes

Edad		
	Frecuencia	Porcentaje
a) 45-50 años	7	23.33%
b) 50-60 años	13	43.33%
c) 60-70 años	10	33.33%
Total	30	100%

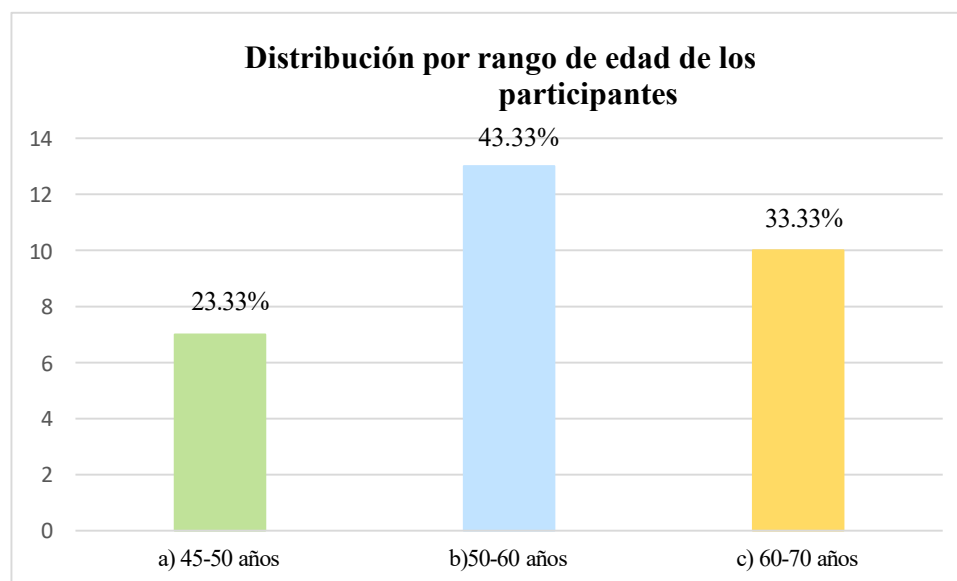


Figura 2. Distribución por rango de edad de los participantes

Análisis

El análisis de la distribución por rangos de edad mostró que el grupo de 50 a 60 años tuvo la mayor prevalencia, con un (43.33 %) de los casos. Le siguió el grupo de 60 a 70 años, que representó el (33.33 %) de los diabéticos. El grupo de 45 a 50 años presentó la menor prevalencia, con solo el (23.33 %) de los casos registrados.

Interpretación

La gráfica mostró que el grupo etario de 50 a 60 años concentró el mayor porcentaje de personas con diabetes mellitus tipo 2, representando el (43.33 %). Este resultado resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y detección oportuna en esta etapa de la vida, con el fin de reducir la incidencia y prevenir las complicaciones asociadas a la enfermedad.

Tabla 2. Distribución por sexo de los participantes

Sexo		
	Frecuencia	Porcentaje
a) Masculino	16	53.33%
b)Femenino	14	46.67%
Total	30	100%

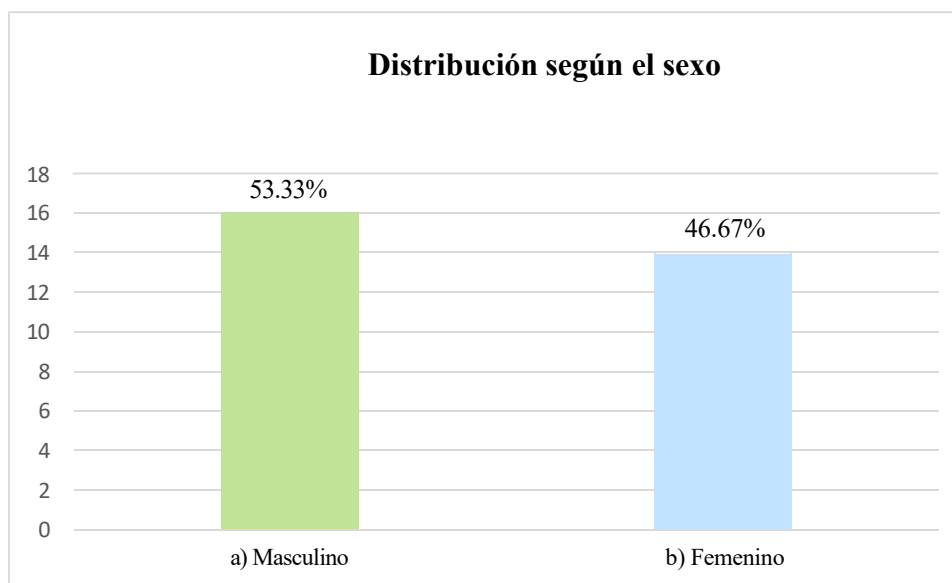


Figura 3. Distribución de personas según el sexo

Análisis

En el grupo, hubo una distribución relativamente equilibrada entre hombres y mujeres. Sin embargo, la mayoría de los participantes fueron hombres (53.3 %), mientras que las mujeres representaron el (46.7 %).

Interpretación

En el grupo estudiado, la distribución fue relativamente equilibrada; sin embargo, se observó una ligera predominancia del sexo masculino, con un (53.3 %) de los participantes. Esta diferencia, aunque no considerable, pudo reflejar ciertas tendencias en la prevalencia o detección de la enfermedad entre los hombres, quienes suelen presentar mayor susceptibilidad a factores de riesgo metabólicos, como la acumulación de grasa corporal y una menor frecuencia en la búsqueda de atención médica oportuna. Por su parte, la participación femenina podría estar asociada a una mayor conciencia en el autocuidado, estilos de vida más saludables o una menor exposición a factores que favorecen el desarrollo de enfermedades crónicas.

Tabla 3. Distribución del Estado civil de los participantes

Estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
a) Soltero	2	6.67%
b) Unión libre	4	13.33%
c) Casado	21	70%
d) Viudo	3	10%
Total	30	100%

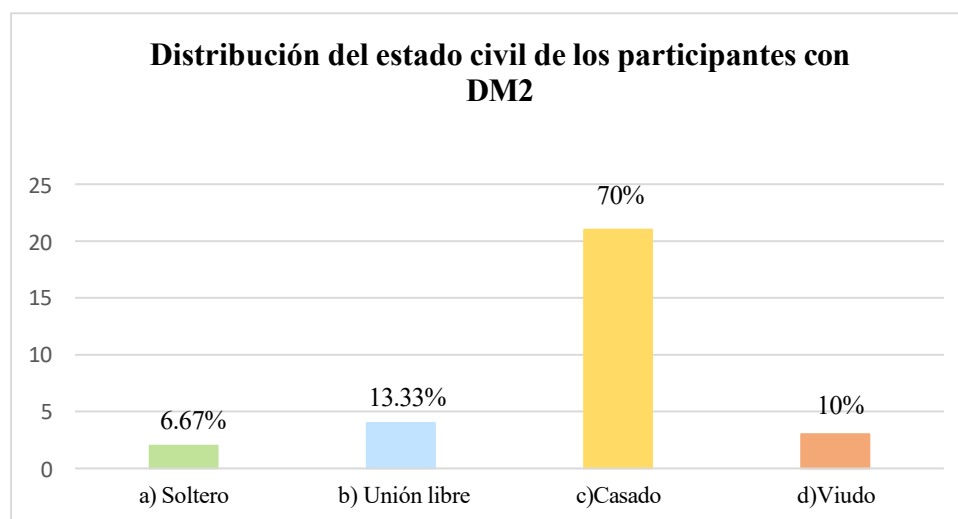


Figura 4. Distribución del estado civil de las personas

Análisis

En la muestra estudiada, el (70 %) de los participantes se encontraron en estado civil casados, seguido por un (13.13 %) que convivían en unión libre. Asimismo, el 10 % correspondió a personas viudas, mientras que el (6.67 %) restante fueron solteros.

Interpretación

Se observó que el estado civil predominante fue el de casados, representando el (70 %) de los participantes, lo cual constituyó el único porcentaje significativamente elevado en comparación con las demás categorías. Esta alta prevalencia reflejó la importancia social y cultural del matrimonio en la comunidad analizada. Sin embargo, en el contexto de este estudio, no se encontró que el estado civil tuviera una influencia significativa sobre los hábitos alimentarios ni sobre la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 4. Distribución por nivel de estudio de los participantes

Nivel de estudio		
	Frecuencia	Porcentaje
a) Primaria	11	36.67%
b) Secundaria	7	23.33%
c) Preparatoria	3	10%
d) Profesional	4	13.33%
e) Analfabeta	5	16.67%
Total	30	100%

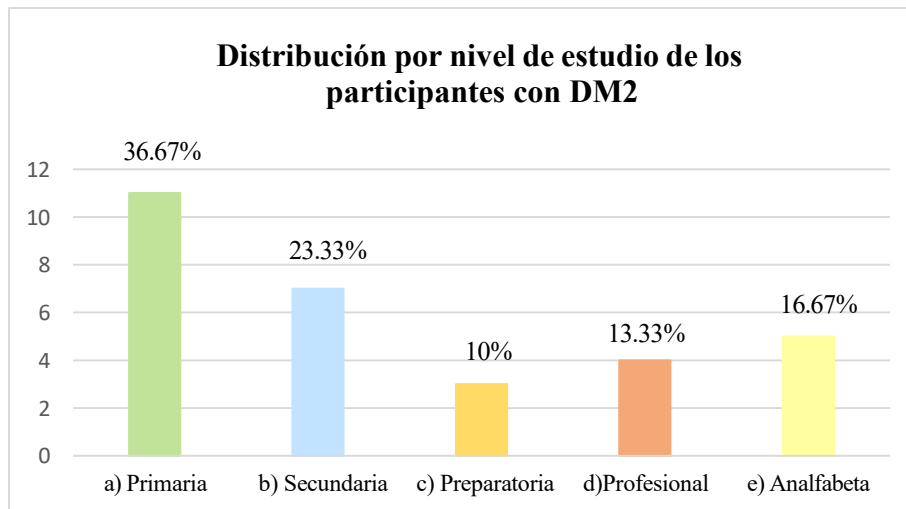


Figura 5. Distribución de las personas según su nivel de estudio

Análisis

En cuanto al nivel de escolaridad de los participantes, se observó que el mayor porcentaje correspondió al nivel de primaria, con un (36.67 %), seguido por secundaria con un (23.33 %). Asimismo, un 16.67 % de los encuestados se identificaron como analfabetas, mientras que el (13.33 %) contaba con estudios profesionales y el (10 %) con nivel preparatoria.

Interpretación

El grupo de participantes más numeroso correspondió al nivel de educación primaria (36.67 %). Esto sugirió que un nivel educativo menor pudo incidir de manera significativa en el grado de comprensión y apropiación de conocimientos relacionados con la alimentación saludable y el manejo adecuado de enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 5. Distribución por ocupación de los participantes

Ocupación		
	Frecuencia	Porcentaje
a) Agricultor	11	36.67%
b) Ama de casa	10	33.33%
c) Empleado (trabajo físico)	9	30%
d) Desempleado	0	0%
Total	30	100%

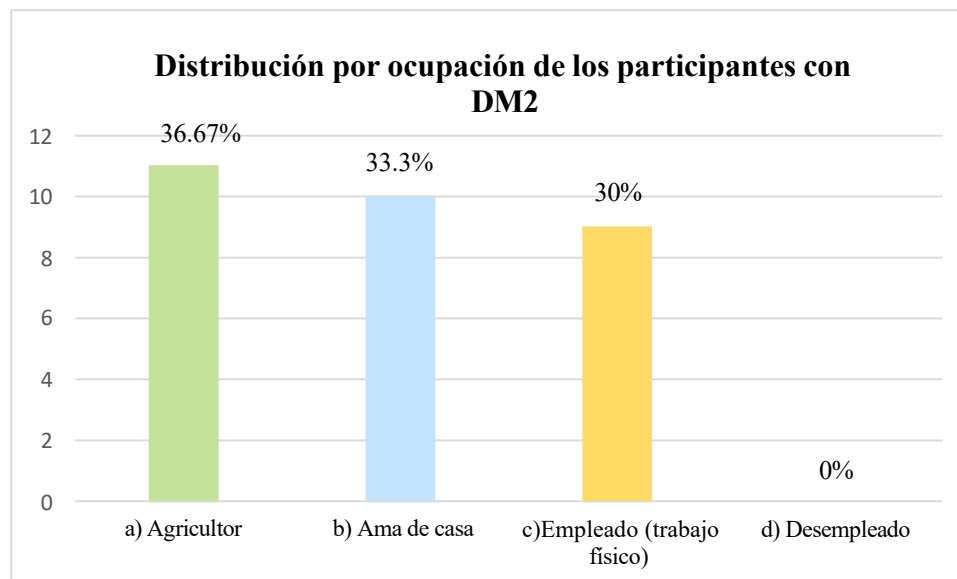


Figura 6. Distribución por ocupación de las personas

Análisis

Con respecto a la gráfica, la principal ocupación entre los participantes fue la de agricultor (36.67 %), seguida por ama de casa (33.33 %). En tercer lugar, se encontraron los empleados con trabajos físicos (30 %). Por último, se observó que ninguno de los encuestados estuvo desempleado (0 %).

Interpretación

La ocupación predominante correspondió a la agricultura, representando el (36.67 %) de los participantes. Esta condición laboral pudo constituir un factor determinante que influyó de manera significativa en la incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus. En cuestión a los cambios de hábitos alimentarios, las limitaciones en el acceso a servicios de salud y a programas de educación nutricional que afectan a estas comunidades rurales.

Tabla 6. Distribución de ingresos mensuales de los participantes

Ingresos mensuales		
	Frecuencia	Porcentaje
a) Menos de 2,500	13	43.33%
b) Entre 2,500 y 5,000	7	23.33%
c) Entre 5,000 y 10,000	6	20%
d) Más de 10,000	4	13.33%
Total	30	100%

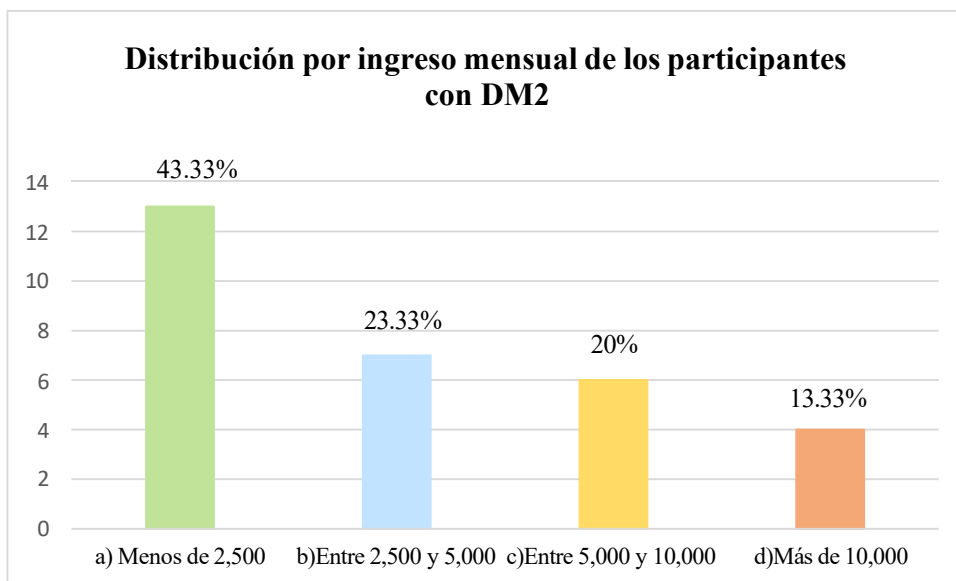


Figura 7. Distribución del ingreso mensual

Análisis

El análisis mostró que la mayoría de las personas (43.33 %) se encontraron en el grupo con ingresos menores a 2,500 pesos, lo que indicó una alta concentración en el nivel socioeconómico más bajo. Le siguió el grupo con ingresos entre 2,500 y 5,000 pesos con un (23.33 %), y luego el grupo entre 5,000 y 10,000 pesos con un (20 %). Finalmente, el porcentaje más bajo correspondió a quienes percibieron más de 10,000 pesos, representando solo el (13.33 %) del total.

Interpretación

Se observó que el porcentaje más alto registrado en la muestra correspondió al grupo de personas con ingresos menores a 2,500 pesos mensuales (43.33 %), lo que evidenció una alta prevalencia de condiciones socioeconómicas desfavorables. Este patrón se asoció con factores como el acceso limitado a servicios de salud, la dificultad para mantener una alimentación adecuada y balanceada, así como estilos de vida menos saludables. Las personas con ingresos bajos frecuentemente enfrentaron dificultades para acceder a alimentos nutritivos y a atención médica especializada, lo que favoreció tanto la aparición como el mal control de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2. Asimismo, la escasez de recursos económicos pudo fomentar la dependencia de alimentos procesados y de bajo costo, caracterizados por un alto contenido calórico y bajo valor nutricional, incrementando el riesgo de desarrollar y complicar el manejo de estas enfermedades.

Tabla 7. Distribución del número de personas que habitan en el hogar

Número de personas en el hogar		
	Frecuencia	Porcentaje
a) 1-2	8	26.67%
b)3-4	17	56.67%
d)5-6	5	16.67%
d)7 o mas	0	0%
Total	30	100%

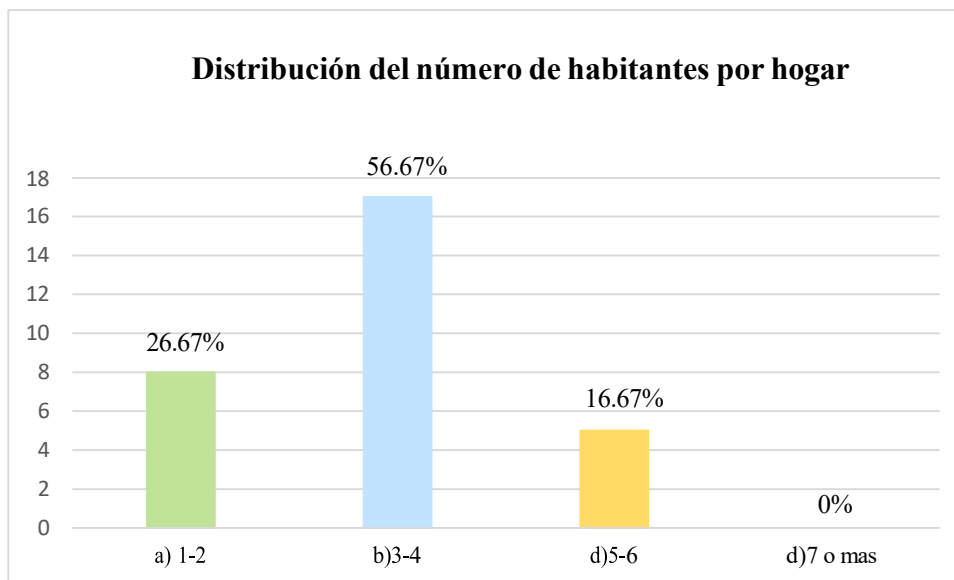


Figura 8. Distribución según el número de personas por hogar

Análisis

El mayor porcentaje de hogares encuestados correspondió al grupo de 3 a 4 integrantes (56.67 %). En segundo lugar, se encontraron hogares conformados por 1 a 2 personas (26.67 %). En menor proporción se identificaron hogares con 5 a 6 integrantes (16.67 %), lo que sugirió una baja prevalencia de familias numerosas. Finalmente, no se registraron hogares con 7 o más personas (0 %), lo que confirmó una tendencia general hacia composiciones familiares más pequeñas dentro de la comunidad.

Interpretación

El mayor porcentaje de los hogares encuestados estuvo conformado por 3 a 4 personas (56.67 %). Este factor pudo influir en los hábitos alimentarios, ya que la cantidad de integrantes determinó cómo se distribuyeron los recursos económicos y los alimentos. En hogares con ingresos limitados, esto pudo dificultar el acceso a una alimentación adecuada y afectar negativamente el control de enfermedades crónicas.

Tabla 8. Distribución de los participantes según antecedentes familiares de diabetes

¿Algún familiar con diabetes?		
	Frecuencia	Porcentaje
a) Padre	11	36.67%
b) Madre	8	26.67%
c) Hermano	5	16.67%
d) Abuelo	4	13.33%
e) Ninguno	2	6.67%
Total	30	100%

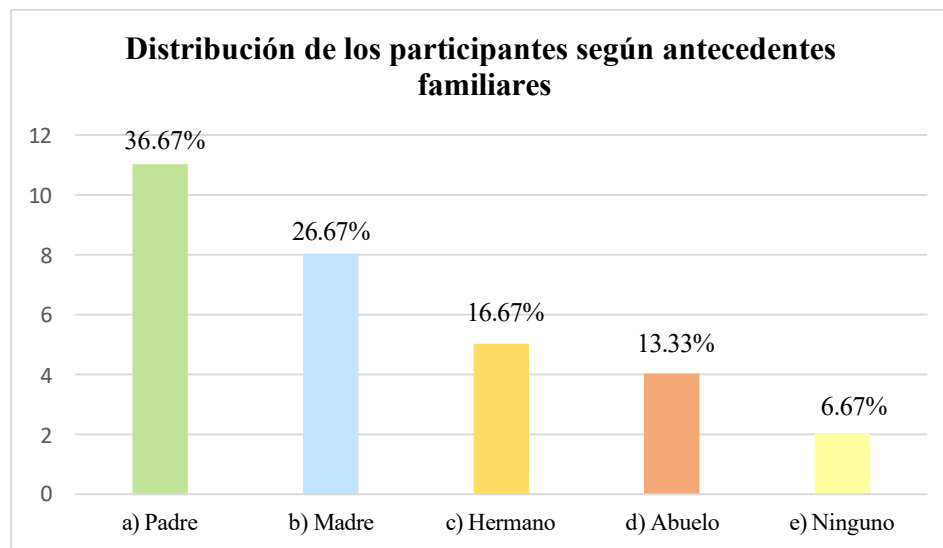


Figura 9. Distribución de los participantes según antecedentes familiares con DM2

Análisis

Se observó que, en cuanto a los antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2, los resultados revelaron que el (36.67 %) de los participantes manifestó que su padre había sido diagnosticado con esta enfermedad. El (26.67 %) indicó a la madre como persona con diagnóstico, mientras que el 16.67 % reportó tener un hermano con diabetes. Asimismo, el (13.33 %) señaló al abuelo como familiar afectado. Finalmente, solo el (6.67 %) de los encuestados refirió no contar con antecedentes familiares de diabetes.

Interpretación

Se observó en los datos una carga significativa del núcleo familiar. Sin embargo, el antecedente por parte del padre (36.67 %) fue el que más resaltó. Este resultado reflejó una influencia hereditaria importante, así como patrones culturales compartidos en el entorno familiar. Además, se consideró que los hombres, al mostrar menor interés en el autocuidado y la alimentación, podrían estar más expuestos a factores de riesgo.

Tabla 9. Distribución de los participantes con padecimientos diferentes a la DM2

¿Ha padecido algún diagnóstico de las siguientes condiciones?		
	Frecuencia	Porcentaje
a) Hipertensión arterial	18	60%
b) Obesidad	3	10%
c) Colesterol alto	4	13.33%
d) Ninguna	5	16.66%
Total	30	100%

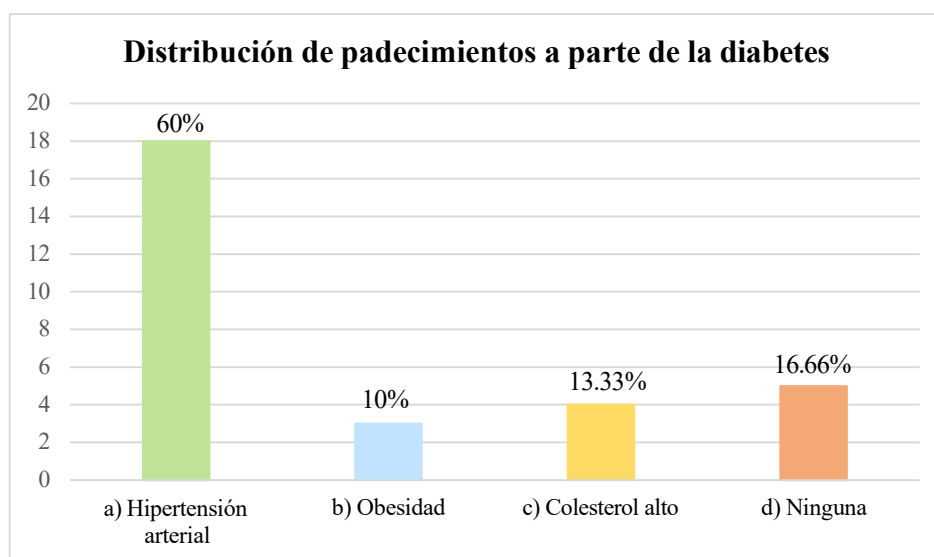


Figura 10. Distribución de otras enfermedades

Análisis

Se observó que el (60%) de los participantes presentó presión arterial alta, lo que indicó una prevalencia significativa de este padecimiento. Solo el (10 %) presentó obesidad, sugiriendo que este factor de riesgo fue menos frecuente dentro del grupo. Además, el (13.33 %) presentó niveles elevados de colesterol, lo cual representó un riesgo adicional para la salud cardiovascular. Por último, un (16.66 %) reportó no presentar ningún padecimiento adicional a la diabetes mellitus, indicando un grupo reducido sin comorbilidades.

Interpretación

La gráfica anterior reveló que la hipertensión arterial fue el padecimiento con mayor prevalencia entre las personas con diabetes, presentándose en el 60 % de los participantes. Esto sugirió una estrecha relación entre ambas condiciones, lo que coincidió con estudios que indican que la presencia de presión alta puede agravar el pronóstico de la diabetes. La falta de un adecuado control y medidas preventivas en este grupo aumentó significativamente el riesgo de complicaciones cardiovasculares y otras afecciones asociadas, subrayando la importancia de implementar estrategias integrales de manejo y prevención para mejorar la salud de estos pacientes.

Tabla 10. Distribución de los participantes con y sin tratamiento de control

¿Está bajo algún tratamiento?		
	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	18	60%
b) No	12	40%
Total	30	100%

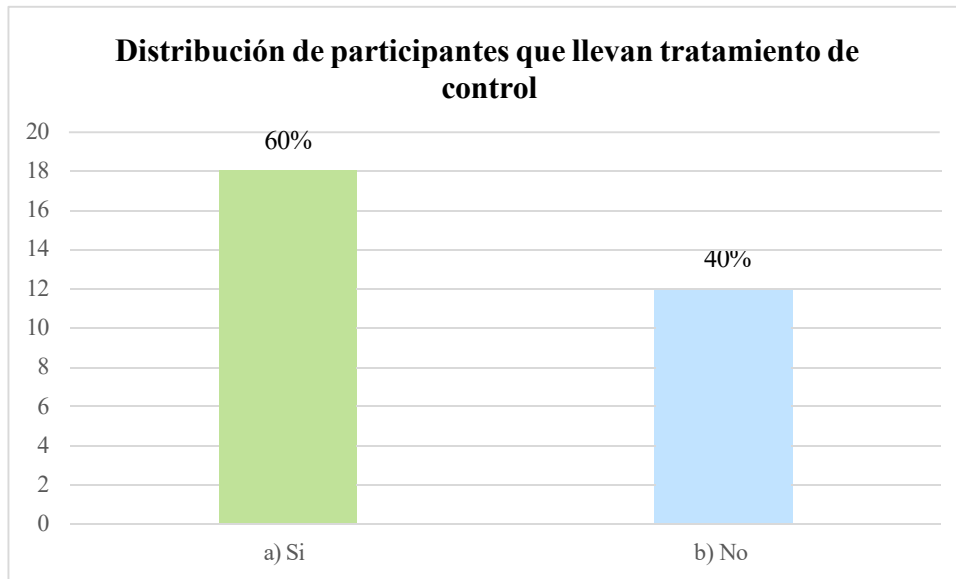


Figura 11. Distribución de personas con tratamiento de control

Análisis

Se observó que el (60 %) de la población diabética manifestó seguir un tratamiento médico de control para su enfermedad, mientras que únicamente el (40 %) refirió no seguir ningún tratamiento médico para tratar este padecimiento.

Interpretación

La gráfica mostró que el (60 %) de la población diabética tenía un tratamiento médico para controlar su enfermedad, prevaleciendo esta condición, dado que solo el (40 %) de la población encuestada no seguía ningún tratamiento. Este resultado no se consideró favorable, ya que no hubo una diferencia significativa entre ambos grupos que indicara que la mayoría lleva un manejo adecuado de su padecimiento. Por lo tanto, se resaltó que la ausencia de un tratamiento de control incrementa el riesgo de sufrir complicaciones asociadas a la diabetes.

Tabla 11. Distribución de medicamentos específicos según tratamiento de control

Medicamentos de control		
	Frecuencia	Porcentaje
Nifedipino	2	6.66%
Candesartan	1	3.33%
Losartan	8	26.66%
Telmisartan	4	13.33%
Metoprolol	1	3.33%
Merformina	23	76.66%
Insulina Glargina	6	20%
Bezafibrato	1	3.33%
Bromuro de pinaverio	1	3.33%

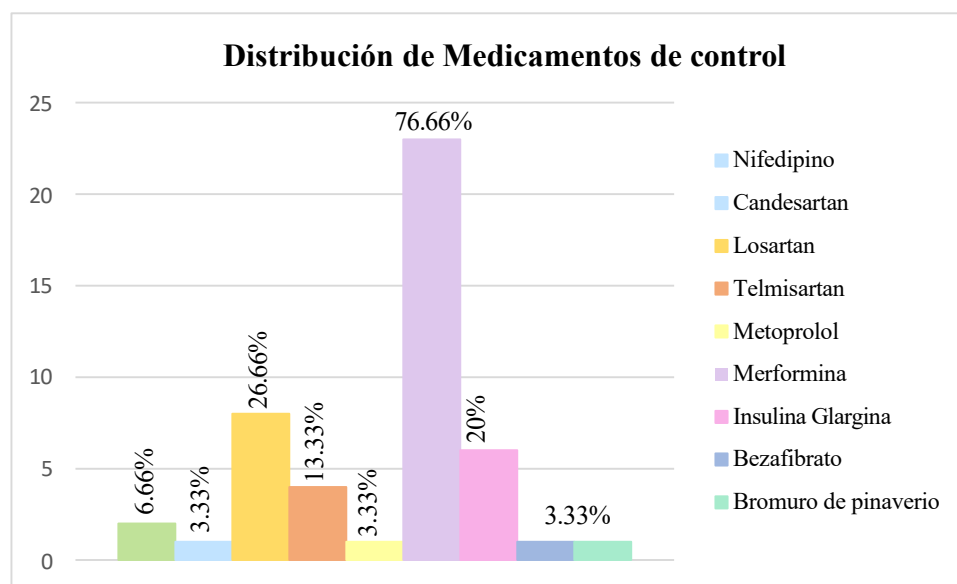


Figura 12. Medicamentos de control de los participantes

Análisis

Se observó que el medicamento más utilizado fue la metformina, consumida por el (76.66 %) de los participantes, seguida del losartán con un (26.66 %). Continuando, el (20 %) de la población

empleó insulina glargina, el (13.33 %) tomó telmisartán, y el (6.66 %) refirió usar nifedipino. Finalmente, el (3.33 %) de los encuestados mencionaron consumir candesartán, metoprolol, bezafibrato y bromuro de pinaverio.

Interpretación

La gráfica mostró que el medicamento más recurrente entre la población diabética fue la metformina, con un (76.66 %) de los casos. Esto se relacionó con el control de sus niveles de azúcar en sangre. Por ello, se destacó la importancia de seguir un estricto tratamiento con medicamentos, complementado con una buena alimentación y actividad física, para prevenir complicaciones asociadas.

Tabla 12. Distribución de algún padecimiento en los últimos 12 meses

¿Ha tenido algún problema de salud en los últimos 12 meses?		
	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	17	56.66%
b) No	13	43.33%
Total	30	100%

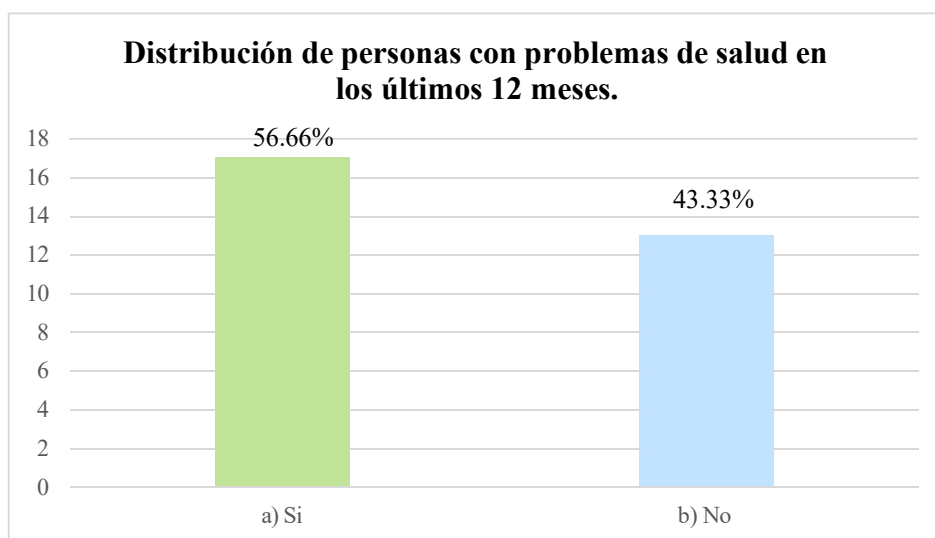


Figura 13. Distribución de personas con problemas de salud en los últimos 12 meses

Análisis

Se observó que el (56.66 %) de la población diabética presentó problemas de salud en el último año, prevaleciendo sobre el (43.33 %) de los participantes que no reportaron ninguna enfermedad durante los últimos 12 meses.

Interpretación

En la gráfica se observó un mayor porcentaje de personas diabéticas que presentaron alguna enfermedad en los últimos 12 meses, representando el (56.66 %) de la población encuestada. Esto podría atribuirse a que las personas con diabetes presentan un mayor riesgo de desarrollar comorbilidades crónicas debido a su estado metabólico comprometido, especialmente cuando no se implementan medidas preventivas adecuadas en su cuidado de la salud.

Tabla 13. Padecimientos de los últimos 12 meses

Padecimientos		
	Frecuencia	Porcentaje
Insuficiencia renal	1	3.33%
CA de próstata	1	3.33%
Infección de vías urinarias	6	20%
Fibrosis pulmonar	1	3.33%
Hiperglucemia	2	6.66%
Colitis	5	16.66%
Dolor de extremidades	3	10%

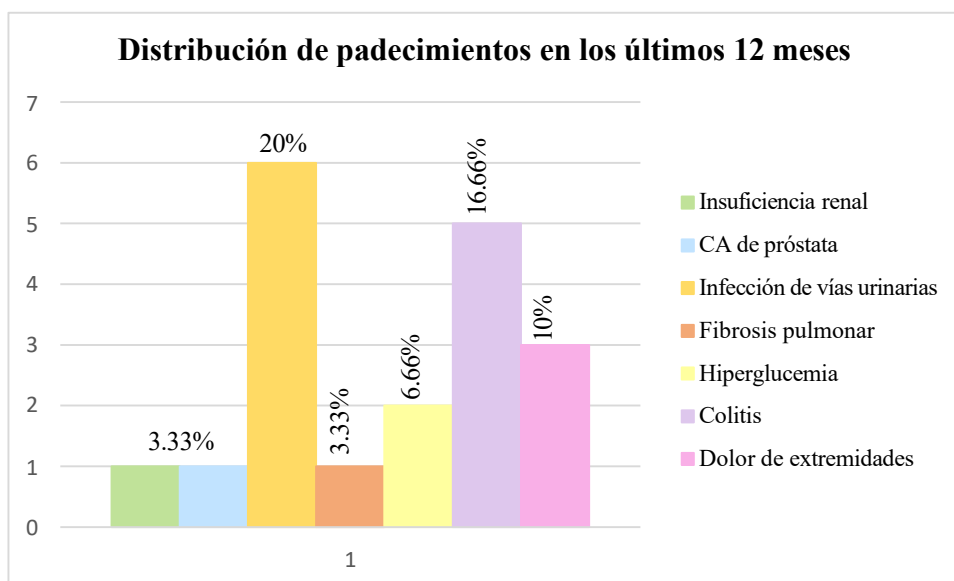


Figura 14. Distribución de los padecimientos de los últimos 12 meses

Análisis

Se observó que el (20 %) de la población presentó infección de vías urinarias, seguida por colitis con un (16.66 %). Además, el (10 %) refirió dolor en las extremidades, el (6.66 %) padeció hiperglucemia y, finalmente, el (3.33 %) reportó casos de insuficiencia renal, cáncer de próstata y fibrosis pulmonar.

Interpretación

La gráfica anterior reveló que el 20 % de la población diabética presentó infección de las vías urinarias en los últimos 12 meses, siendo este el padecimiento con mayor prevalencia en comparación con los demás mencionados. Estos datos indicaron que no existió una incidencia elevada de enfermedades crónicas adicionales en la población diabética, lo cual representa un resultado favorable.

Tabla 14. Frecuencia del consumo de grupos de alimentos a los participantes con DM2

Frecuencia de consumo de alimentos						
Grupo de alimentos	Nunca	1 vez a la semana	2-3 veces	4-6 veces	Siempre	Total
a) Frutas	0	6	11	4	9	30
b) Verduras	0	3	10	9	10	30
c) Carne rojas	1	5	9	7	8	30
d) Carne blanca	1	9	10	10	0	30
e) Legumbres	1	4	14	1	10	30
f) Productos ultra procesados	3	5	5	7	10	30
g) Embutidos	5	6	2	6	11	30
h) Cereales	2	5	5	7	11	30
i) Lácteos	6	6	10	0	8	30
j) Fritos	5	4	5	6	10	30
k) Grasas	0	0	2	12	16	30

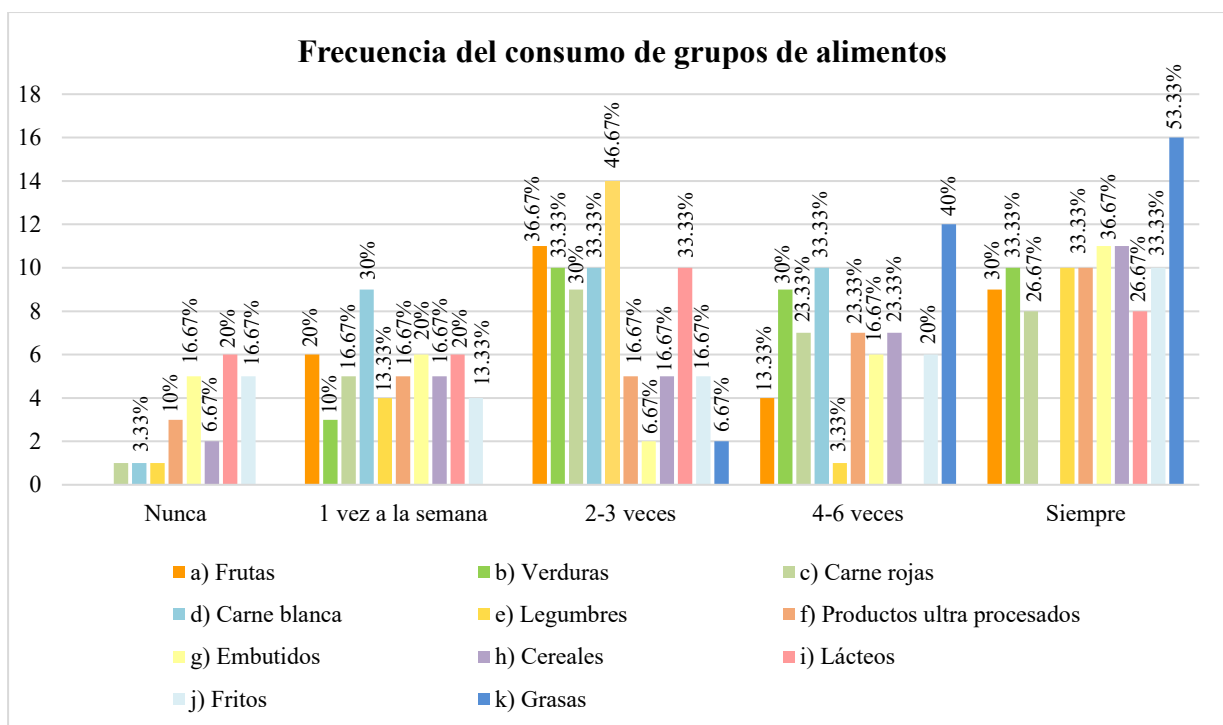


Figura 15. Distribución de frecuencia del consumo de alimentos a personas con diabetes

Análisis

El análisis de la frecuencia de consumo de alimentos en la muestra estudiada reveló patrones alimentarios significativos que reflejaron tanto las preferencias culturales, como posibles limitaciones en la accesibilidad a ciertos grupos alimenticios.

En la categoría de consumo **nunca**, se observó que un (20%) de los participantes no consumió lácteos, seguido por los embutidos y los alimentos fritos, cada uno con un (16.67%). Por su parte los productos ultra procesados el (10%) de la población refirió no consumirlo, mientras que los cereales únicamente fueron el (6.67%), los alimentos como carne roja, carne blanca y legumbres el (3.33%) de la población menciona no consumir. Mientras que, frutas, verduras y grasas fueron consumidas por los participantes, ya que ningún encuestado reporto no consumir estos alimentos.

Respecto al consumo de alimentos **una vez por semana**, el grupo con mayor prevalencia fue el de carne blanca con un (30%) de los encuestados, seguido por frutas, embutidos y lácteos (20%) cada uno, carnes rojas, productos ultra procesados y cereales, resultado el (16.67%) lo consume en este periodo de tiempo. Las legumbres y los alimentos fritos tuvieron un

resultado del (13.33%), y por último las verduras fue de (10%) se consumieron menos con esta frecuencia. Las grasas no registraron consumo en esta categoría, lo que puede reflejar un patrón distinto para este grupo alimenticio

En la frecuencia de consumo de **2 a 3 veces por semana**, predominan las legumbres con un (46.67%), seguidas por frutas (36.67%). En cuanto a verduras, carne blanca y lácteos (33.33%) para cada uno. Carne roja (30%), productos ultra procesados, cereales y alimentos fritos (16.67%) refirieron consumirlo en este rango, por último, los embutidos y grasas registran un consumo poco frecuente (6.67 %) cada uno.

En el rango de **4 a 6 veces por semana**, las grasas son el grupo alimenticio con mayor consumo (40%), seguidas por carnes blancas (33.33%) y verduras (30 %). Las carnes rojas, productos ultra procesados y cereales muestran una frecuencia significativa (23.33%). El consumo de embutidos y alimentos fritos es moderado (16.67%). Frutas tuvo un porcentaje menor (13.33%), seguido por legumbres (3.33%), y solamente los lácteos no obtuvo ningún porcentaje.

Finalmente, en la categoría de consumo **siempre**, destacaban las grasas con un (53.33%), seguidas por embutidos y cereales (36.67%). En cuanto a las verduras, legumbres, productos ultra procesados y alimentos fritos resulto del (33.33%) cada uno, frutas (30%), las carnes rojas y lácteos tuvo un resultado menor (26.67%)

Interpretación

Los resultados evidenciaron que el consumo semanal de grasas fue el más elevado, ya que el (53.33%) de los participantes los consumió “siempre”, en esta misma categoría se observa porcentaje elevados en los alimentos que perjudiciales para la salud de los diabéticos, como son las carnes rojas, productos ultra procesados y embutidos; por su contenido elevado en sodio, azúcares y grasas saturadas, su consumo excesivo puede contribuir al desarrollo de enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus tipo 2.

Asimismo, es importante señalar que el consumo regular de frutas y verduras entre los participantes representó un factor positivo dentro de la cultura alimentaria local saludable. En conjunto, estos resultados evidenciaron la necesidad de promover estrategias educativas

culturalmente pertinentes para reducir el consumo excesivo de dichos alimentos y fortalecer hábitos alimentarios más saludables en la población estudiada.

Tabla 15. Tamaño de porciones de los grupos de alimentos a los participantes

Tamaño de porciones				
Grupo de alimentos	1-2 piezas	3-4 piezas	5 piezas o mas	Total
a) Frutas	10	15	5	30
b) Verduras	2	14	14	30
c) Carne rojas	12	15	3	30
d) Carne blanca	11	16	3	30
e) Alimentos ultra procesado	9	11	10	30
f) Embutidos	16	9	5	30
g) Cereales	6	11	13	30
h) Lácteos	14	14	2	30

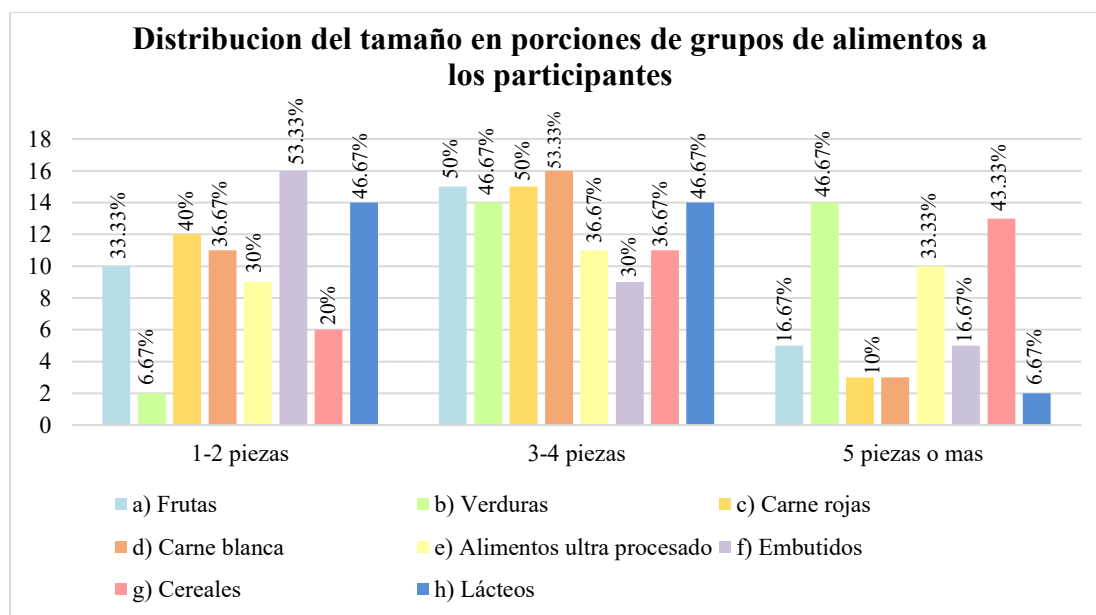


Figura 16. Tamaño de porciones de grupos de alimentos a personas con DM2

Análisis

Se observó que en la categoría de consumo bajo **1-2 piezas** predominó el bajo consumo de embutidos (53.33%) y lácteos (46.67%). También se registró el consumo de carnes rojas del (40%), carne blanca (36.67%), frutas (33.33%), alimentos ultra procesados (30%), cereales (20%) y verduras (6.67%) mostraron menor consumo bajo.

En consumo moderado **3-4 piezas**, carne blanca (53.33 %), frutas y carne roja (50%), verduras y lácteos (46.67%) fueron los más reportados. Los alimentos ultra procesados y cereales (36.67%) y el consumo menor fue de (30%) de embutidos.

En consumo alto **5 piezas o más** destacaron las verduras (46.67%) y cereales (43.33%). El consumo alto de verduras fue positivo, aunque el de cereales requirió evaluación según su tipo. Los alimentos ultra procesados fue de (33.33%) lo que indica un consumo elevado. El resultado menor fue en frutas (16.67%), carnes rojas y carne blanca (10%) en cada uno y lácteos (6.67%).

Interpretación

Se observó que el (53.33%) de los participantes manifestó un consumo elevado de embutidos lo que es perjudicial para la salud, ya que suelen contener altas cantidades de sodio y grasas saturadas, factores que elevan la presión arterial, el colesterol y el riesgo cardiovascular. Del mismo modo hubo un mismo resultado de consumo de carne blanca (53.33%) pero observando bien los resultados se obtuvo un elevado porcentaje en los alimentos que afectan la salud de las personas diabéticas en consumos excesivos como son; carnes rojas y alimentos ultra procesados.

El hecho de que estos resultados representara el valor más alto registrado en la muestra reforzó la importancia de consolidar y fortalecer estos hábitos alimentarios en la comunidad. Además, abrió la oportunidad para diseñar estrategias educativas que potenciaran estas prácticas saludables, promoviendo un entorno alimentario sostenible y favorable para el control y la prevención de la diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 16. Prácticas según preparación de alimentos de los participantes

Prácticas de preparación						
Grupo de alimentos	Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre	Total
a) Hervido	0	2	13	8	7	30
b) Asado	0	9	12	5	4	30
c) Frito	1	5	9	10	5	30
d) Al horno	8	16	4	2	0	30
e) Al vapor	2	15	5	6	2	30

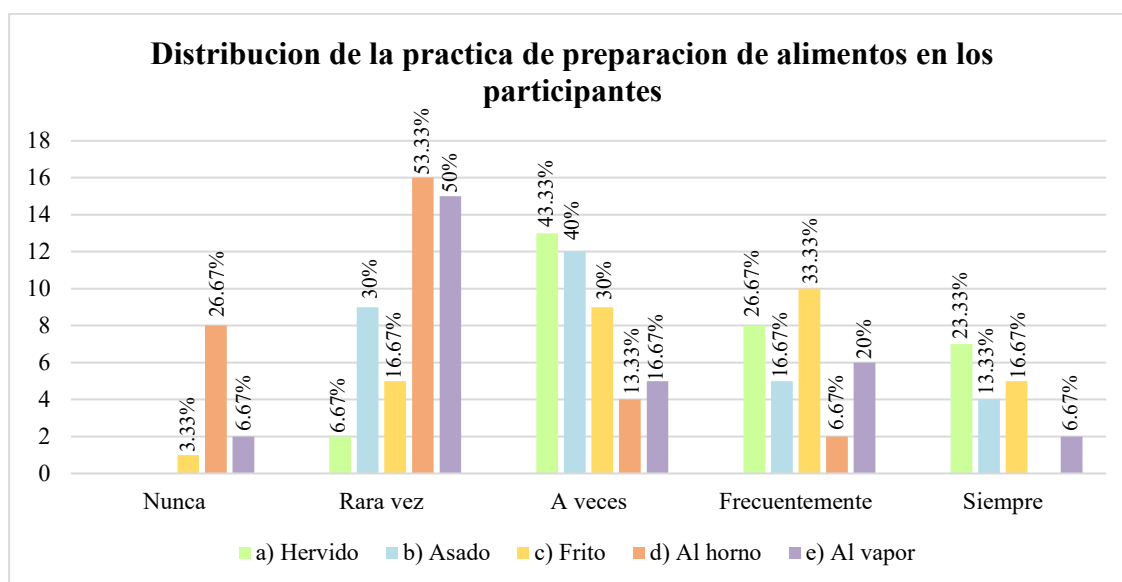


Figura 17. Distribución según Prácticas de Preparación de Alimentos a personas con diabetes

Análisis

Se observó que, en la categoría **nunca**, el método de preparación “frito” fue el menos utilizado, con un (3.33%) de participantes que no lo emplearon, seguido por la cocción al vapor con un

(6.67%) y el método de preparación al horno con un (26.67%). Los métodos hervido y asado no registraron consumo en esta categoría. En **rara vez**, predominaron el horno (53.33%) y el vapor (50%), mientras que el asado (30%) y el frito (16.67%), y el hervido con un (6.67%).

En la categoría **a veces**, el método hervido (43.33%) y asado (40%) fueron los más frecuentes, seguidos por el frito (30%), el vapor (16.67%) y el horno (13.33%). En **frecuentemente**, el método frito destacó con un (33.33%), seguidos por hervido (26.67%), al vapor (20%), asado (16.67%) y horno (6.67%). Finalmente, en la categoría **siempre**, el hervido fue el método más común con un (23.33%), seguido por el frito (16.67%) y el asado (13.3%) y al vapor (6.67%).

Interpretación

El (53.33%) de las personas indicó que rara vez utilizaban el horno para preparar sus alimentos, ya que preferían emplear otros métodos de cocción. Esta baja utilización del horno pudo atribuirse a hábitos culturales, a la falta de acceso al equipo adecuado o al desconocimiento de sus beneficios. El uso del horno representa una técnica saludable que permite cocinar con menos grasa y conservar mejor los nutrientes, lo cual resulta fundamental para el manejo nutricional en personas con diabetes.

No obstante, en la categoría “Frecuentemente” se observó una mayor inclinación en el método frito lo que puede resultar dañino en la salud de las personas diabéticas, por lo cual debe usarse con moderación o evitarse, ya que el aceite absorbe grasa y aumenta el contenido calórico, lo que puede empeorar el control de la glucosa y el peso.

Tabla 17. Distribución de creencias sobre la alimentación y la salud

¿Está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones?						
Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
a) Comer alimentos fritos afectan negativamente la salud.	2	3	4	8	13	30
b) La comida rápida es perjudicial para la salud.	2	2	2	7	17	30
c) El consumo frecuente de refrescos aumenta el riesgo de diabetes.	2	1	2	5	20	30
d) Una dieta equilibrada puede prevenir la diabetes.	2	2	3	6	17	30
e) Las tradiciones alimentarias locales son saludables.	6	4	8	8	4	30

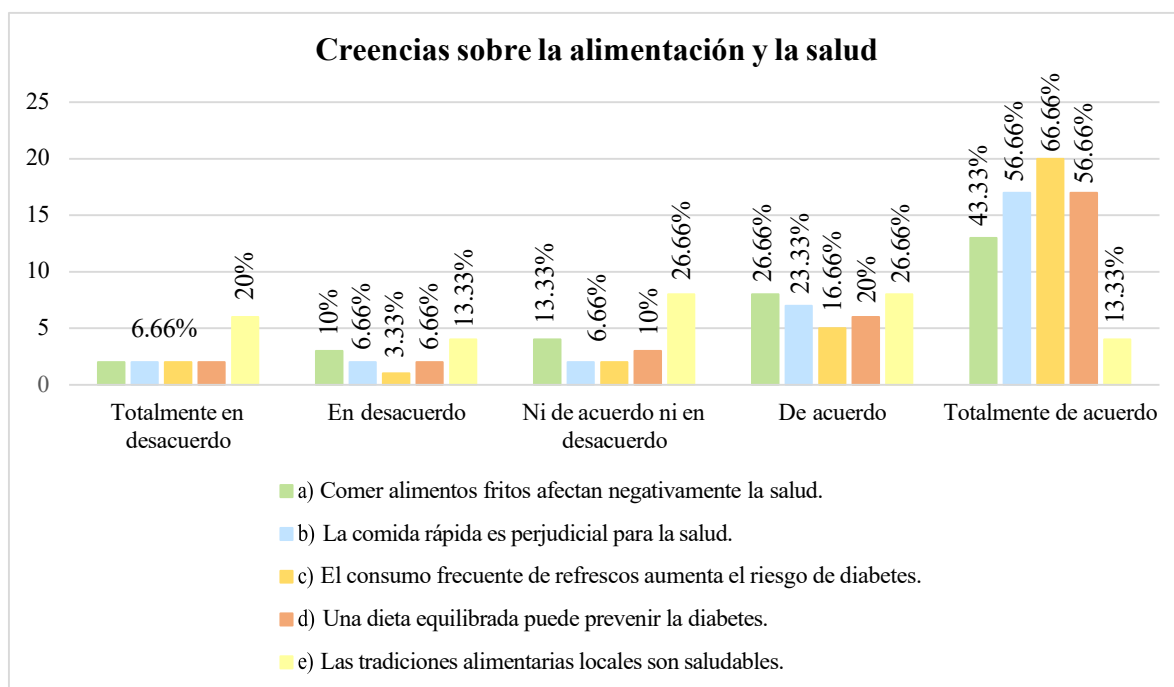


Figura 18. Distribución de las creencias sobre la alimentación y la salud de los participantes

Análisis

En la categoría **totalmente en desacuerdo**, el (20%) de los participantes consideró que “las tradiciones locales son saludables”, mientras que el (6.66%) de la población encuestada eligió esta categoría para las afirmaciones a), b), c) y d).

En cuanto a la opción **en desacuerdo**, se observó una mayor preferencia del 13.33% hacia la afirmación “las tradiciones alimentarias son saludables”, seguido por el (10%) que manifestó que “comer alimentos fritos afecta negativamente la salud”. Asimismo, el (6.66%) de la población con diagnóstico de diabetes seleccionó esta categoría para los incisos b) y d). Finalmente, únicamente el (3.33%) expresó estar en desacuerdo con la afirmación “el consumo frecuente de refrescos aumenta el riesgo de diabetes”.

Siguiendo con el análisis, en la categoría **ni de acuerdo ni en desacuerdo**, la afirmación con mayor preferencia fue “las tradiciones locales son saludables”, con un (26.66%). Le siguieron las afirmaciones “comer alimentos fritos afecta negativamente la salud” con un (13.33%), y “una

dieta equilibrada puede prevenir la diabetes” con un (10%). Por último, el (6.66%) eligió esta opción para los incisos b) y c).

En categoría **de acuerdo**, el (26.66%) de los participantes coincidió en esta opción para los incisos a) y e). En relación con la afirmación “La comida rápida es perjudicial para la salud”, el 23.33% expresó su conformidad. Asimismo, el (20%) de las personas con diabetes afirmó que “una dieta equilibrada puede prevenir la diabetes”, y solo el (16.66%) de la población estuvo de acuerdo con la afirmación “el consumo frecuente de refrescos aumenta el riesgo de diabetes”.

Finalmente, en la categoría **totalmente de acuerdo**, el (66.66%) de la población con diagnóstico de diabetes afirmó que “el consumo frecuente de refrescos aumenta el riesgo de diabetes”. Del mismo modo, el (56.66%) eligió esta opción para los incisos b) y d). Por otra parte, el (43.33%) de los participantes con diabetes aseguró que “comer alimentos fritos afecta negativamente la salud”, y únicamente el (13.33%) consideró que “las tradiciones alimentarias locales son saludables”.

Interpretación

El dato más relevante se observó en la categoría **totalmente de acuerdo**, donde el (66.66%) de la población con diabetes reconoció que “el consumo frecuente de refrescos aumenta el riesgo de diabetes”. Este alto porcentaje reflejó un sólido nivel de conciencia y aceptación sobre el impacto negativo de esta práctica en la salud, lo cual resultó fundamental para el diseño de estrategias educativas y de prevención orientadas a mejorar el control de la enfermedad en la comunidad estudiada.

No obstante, fue importante destacar que el conocimiento sobre estos riesgos no garantizó que todos los pacientes evitaran el consumo de refrescos u otros alimentos poco saludables. Esta situación pudo estar influenciada por las tendencias actuales de alimentación, así como por la fuerte presencia de publicidad de comida rápida, factores que dificultaron la adopción de hábitos alimentarios más saludables.

Tabla 18. Frecuencia de consumo de alimentos típicos de la región

¿Con que frecuencia consume los siguientes alimentos típicos de la región?							
Alimento	Nunca	1 vez al mes o menos	2-3 veces al mes	1 vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días	Total
a) Tamales	0	10	8	5	5	2	30
b) Pozol	0	0	0	0	5	25	30
c) Tortillas de maíz	0	0	0	0	4	26	30
d) Mole	1	18	6	3	2	0	30
e) Chicharrón	4	10	6	6	4	0	30

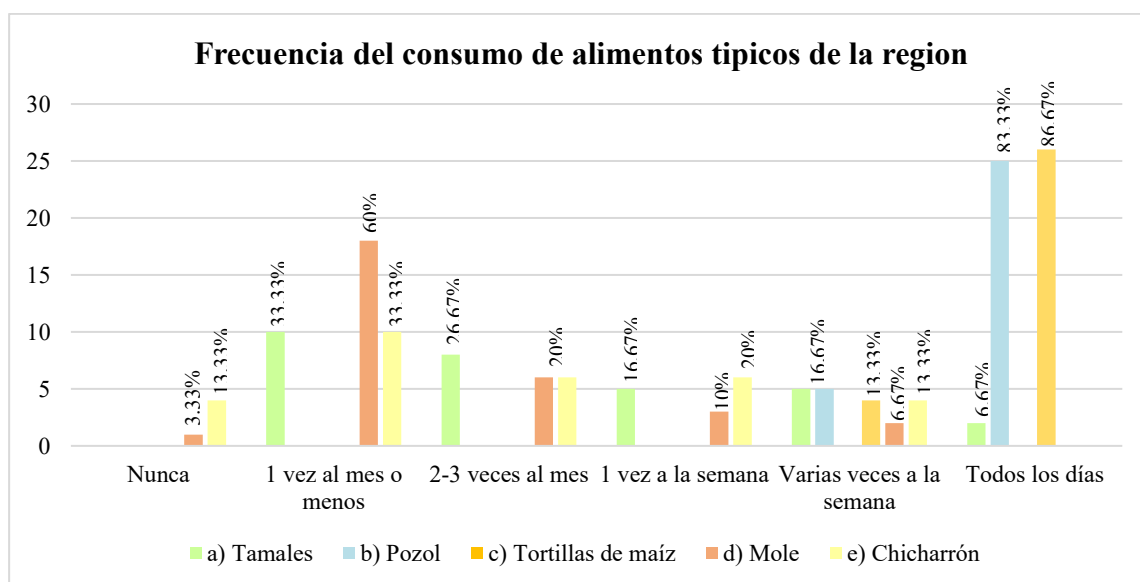


Figura 19. Distribución del consumo de alimentos típicos de la región en los participantes

Análisis

Las personas con diabetes encuestadas presentaron un consumo moderado de los grupos de alimentos tradicionales de la región. En la categoría **nunca**, el (13.33%) de los participantes

indicó que no consumía chicharrón, y solo el (3.33%) refirió no consumir mole.

En el rango de consumo de **una vez al mes o menos**, se observó una mayor ingesta de estos alimentos: el (60%) de los encuestados manifestó consumir mole en este intervalo, los tamales y chicharon fue del 33.33%) cada uno, no se obtuvieron resultados para pozol y tortillas de maíz.

En el intervalo de **2 a 3 veces al mes**, el consumo de tamales se reflejó en el (26.67%) de los participantes; tanto el mole y chicharon fueron consumidos por el (20%) en este rango, y nuevamente no se reportó consumo de tortillas de maíz y pozol. En la categoría de **una vez a la semana**, el (20%) eligió este intervalo para el consumo de mole y chicharon, mientras que el pozol y totillas de maíz no se obtuvo resultados.

Respecto al consumo más frecuente, es decir, **varias veces a la semana**, los tamales y el pozol alcanzó el porcentaje más alto con un (16.67%) de personas que lo consumían en este rango. El (13.33%) de la población diabética declaró consumir tortillas de maíz y chicharon, y el (6.67%) reportó consumir mole con esa frecuencia. En la última categoría, **todos los días**, el alimento con mayor prevalencia fue la tortilla de maíz, consumida diariamente por el (86.66%) de los encuestados. Le siguió el pozol con un (83.33%), y solo el (6.67%) reportó consumir tamales a diario.

Interpretación

En la gráfica anterior se observó que la opción de “tortilla de maíz” y el “pozol” fueron los alimentos con mayor prevalencia que los participantes consumen todos los días. Esta opción no resultó desfavorable para su padecimiento, ya que este tipo de alimento puede formar parte de la dieta de las personas con diabetes debido a su contenido rico en fibra, lo cual contribuye a mejorar la digestión y a reducir los niveles de azúcar en sangre.

De igual forma, se identificó un consumo frecuente en los alimentos como son tamales y chicharon que tiene un alto contenido en grasas saturada y calorías, lo que puede aumentar el riesgo de sobrepeso e hipertensión arterial.

Tabla 19. En los últimos 12 meses, ¿ha realizado cambios en su alimentación debido a preocupaciones de salud?

Cambios en la Alimentación	Frecuencia		Total
	Si	No	
a) Reducción del consumo de grasas	10	20	30
b) Aumento del consumo de verduras	18	12	30
c) Disminución del consumo de azúcares	11	19	30
d) Eliminación de alimentos ultraprocesados	9	21	30
e) Aumento de la ingesta de agua	23	7	30

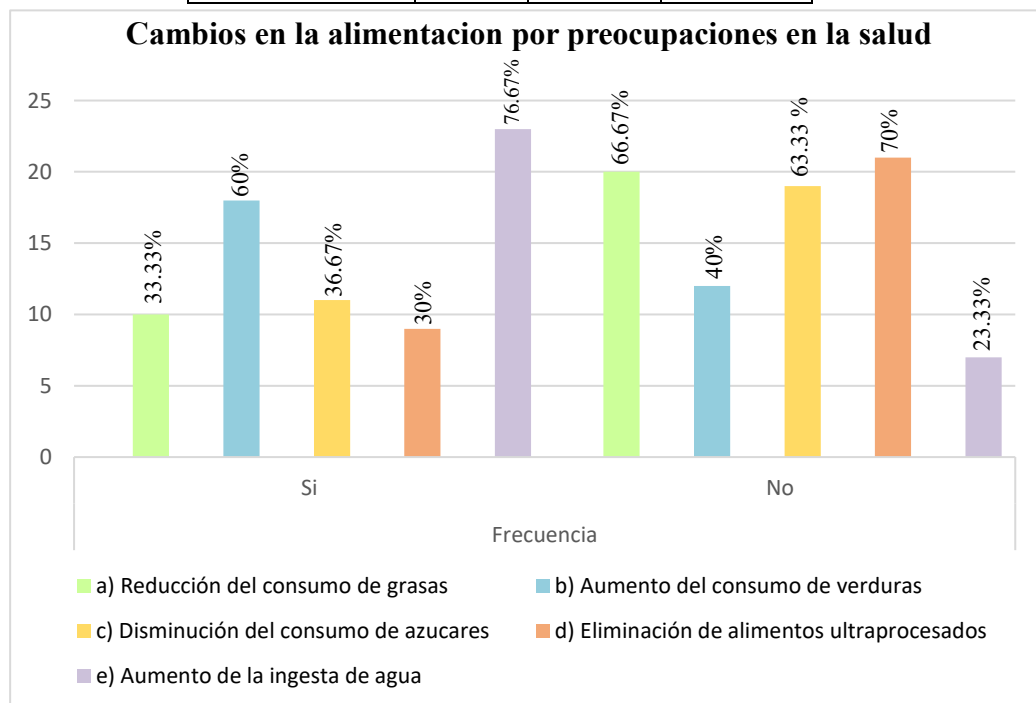


Figura 20. Distribución de los cambios en la alimentación en los participantes

Análisis

En relación con los cambios en los hábitos alimentarios del grupo de personas con diabetes tipo 2, el solo (33.33%) de los encuestados reportó haber reducido el consumo de grasas, mientras que el (66.67%) indicó no haber realizado este cambio. Le siguió el (60%) que manifestó un aumento en el consumo de verduras, en contraste con el (40%) que no lo hizo. Para el (76.67%), afirmó haber incrementado la ingesta de agua, frente a un (23.33%) que no adoptó esta práctica.

Respecto al consumo de azúcares, el únicamente (36.67%) de los participantes señaló que logró disminuirlo, mientras que el (63.33%) no hizo modificaciones en este aspecto. El (70%) de la población afirmó haber eliminado los alimentos ultra procesados de su dieta habitual, en comparación con el (30%) que aún los consume, evidenciando que este fue el cambio menos adoptado por los encuestados.

Interpretación

De acuerdo con los resultados obtenidos, se encontró un resultado no favorecedor acerca los cambios que han tenido en su alimentación. La población diabética encuestada mantiene un mal habito alimenticio en donde prevalecen un alto consumo de alimentos ultra procesados, así como también elevados niveles de ingesta de azucares, esto puede llevar a un descontrol glucémico, lo que causa diversas complicaciones graves. es por ello la importancia de diseñar estrategias educativas acorde a los hábitos de alimentación de cada comunidad.

Tabla 20. Frecuencia de actividad física

¿Con que frecuencia realiza actividad física?		
	Frecuencia	Porcentaje
a) 1- 2 veces	9	30%
b) 3- 4 veces	6	20%
c) 5 o más veces	3	10%
d) Nunca	12	40%
Total	30	100%

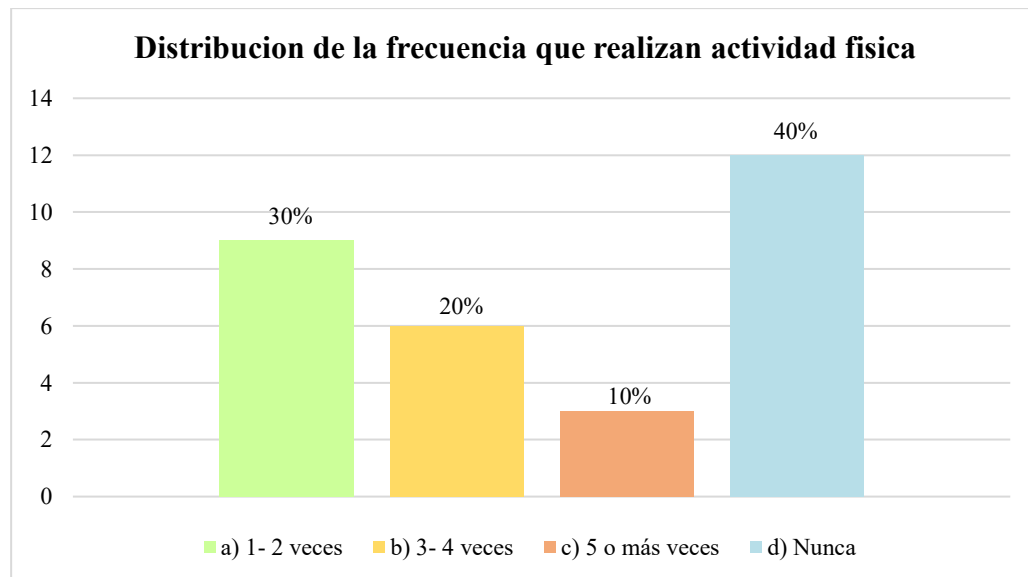


Figura 21. Distribución de actividad física en las personas

Análisis

El análisis de la distribución por rangos de frecuencia de actividad física mostró que, entre las personas con diabetes, hubo una mayor prevalencia en el grupo que nunca realiza actividad física, con un (40%). Le siguió el (30%) que manifestó realizar ejercicio por lo menos 1 – 2 veces por semana, mientras que el (20%) reportó practicar actividad física de 3 a 4 veces por semana. Finalmente, solo el (10%) declaró realizar ejercicio 5 o más veces en el mismo intervalo de tiempo.

Interpretación

La gráfica mostró que el rango con mayor prevalencia fue el de “nunca”, con un (40%) de la población diabética realizando actividad física en este rango. Esto indica una participación baja por parte de los encuestados, lo cual resulta preocupante dado que la práctica regular de ejercicio es fundamental para mantener un estilo de vida saludable y mejorar el bienestar general.

Se destacó que la actividad física es vital para el manejo de la diabetes, ya que ofrece múltiples beneficios, entre ellos la mejora en el control de la glucemia y la reducción del riesgo de complicaciones cardiovasculares.

Tabla 21. Tiempo que dedican a la actividad física

¿Cuánto tiempo dedica a la actividad física en cada sesión?		
	Frecuencia	Porcentaje
a) Menos de 30 minutos	9	30%
b) 30 a 60 minutos	6	20%
c) Más de 60 minutos	3	10%
d) Nada	12	40%
Total	30	100%

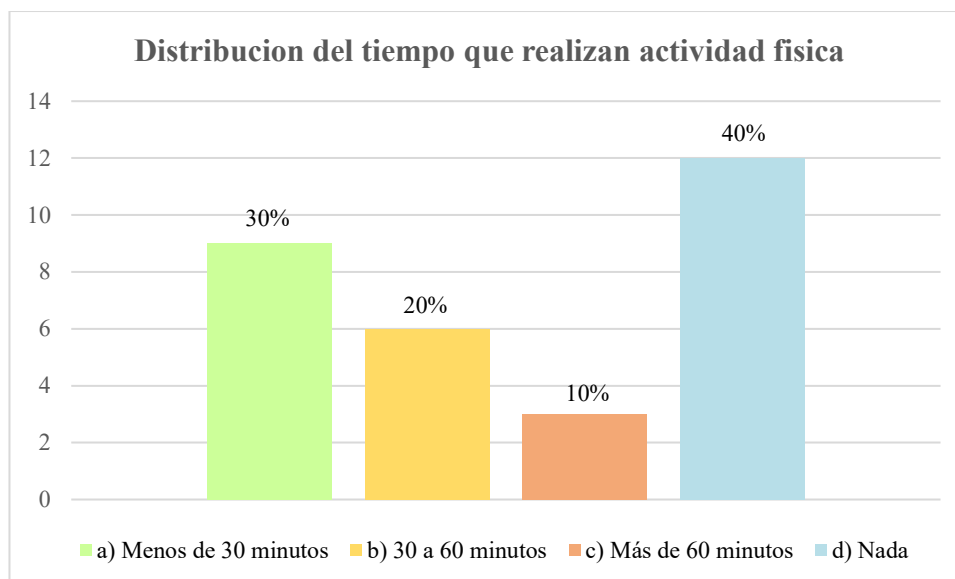


Figura 22. Tiempo que realizan actividad física

Análisis

Se encontró la siguiente distribución respecto al tiempo que las personas con diabetes dedicaban a la actividad física diaria: el (40%) refirió que “nunca” realiza actividad física, mientras que el (30%) indicó realizar ejercicio menos de 30 minutos al día. En tercer lugar, el (20%) manifestó realizar actividad física por más de 60 minutos diarios, y finalmente, el (13.33%) señaló que realizaba actividad física entre 30 a 60 minutos.

Interpretación

En la gráfica anterior se observó que el (40%) de las personas con diabetes encuestadas no realizan ninguna actividad física en su vida diaria, por lo cual representa un resultado preocupante para el estado de salud de esta población.

La falta de actividad física puede provocar un descontrol en los niveles de glucosa en sangre, incrementando el riesgo de desarrollar complicaciones asociadas y acelerando la progresión de la enfermedad.

Tabla 22. Consumo frecuente de alcohol

¿Con que frecuencia consume alcohol?		
	Frecuencia	Porcentaje
a) Nunca	12	40%
b) Ocasionalmente (menos de una vez a la semana)	8	26.67%
c) 1-2 veces por semana	8	26.67%
d) 3 o más veces por semana	2	6.66%
Total	30	100%

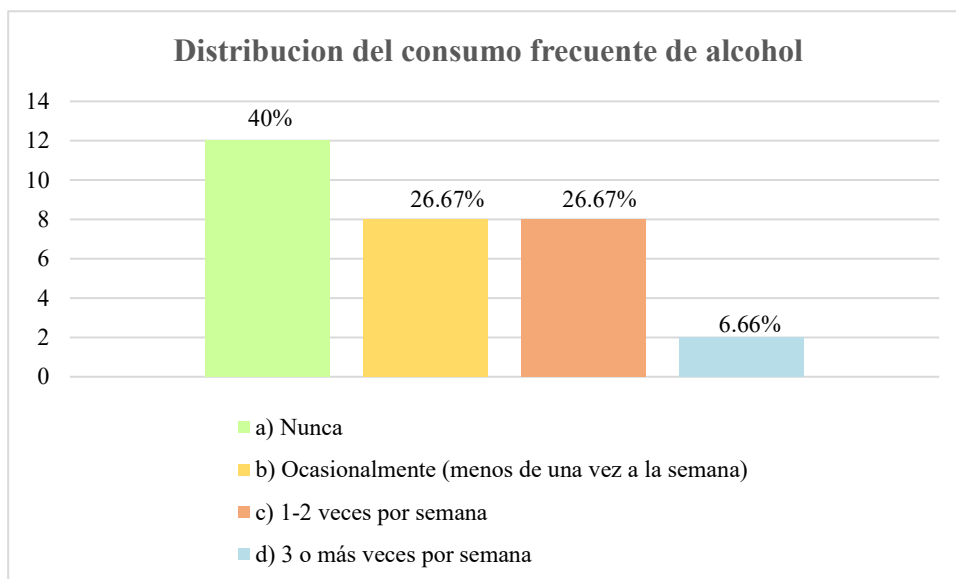


Figura 23. Distribución del consumo frecuente de alcohol

Análisis

En el grupo de personas con diabetes, se encontró que el (40%) de los participantes mencionaron no consumir alcohol en ningún momento. Seguido por el rango de los que lo consumen “ocasionalmente” y de “1-2 veces por semana” con el (26.67%) en cada uno, por otra parte, mientras que el (6.6%) de los encuestados declaró una ingesta frecuente, de 3 o más veces por semana.

Interpretación

En la gráfica se observó que la mayor parte de la población diabética encuestada, con un (40%), mencionó no consumir alcohol. Sin embargo, este resultado no es favorable, ya que indica que más de la mitad de la población presenta un consumo frecuente de alcohol, lo cual podría aumentar las complicaciones asociadas a su padecimiento si se mantiene este hábito.

El consumo habitual de alcohol puede incrementar el riesgo de hipoglucemia y afectar la efectividad de los medicamentos para la diabetes, dificultando así el control adecuado de la enfermedad.

Tabla 23. Consumo de tabaco

¿Fuma o ha fumado en el pasado?		
	Frecuencia	Porcentaje
a) Nunca	22	73.33%
b) Actualmente fumo	4	13.33%
c) He fumado en el pasado, pero no fumo ahora	4	13.33%
Total	30	100%

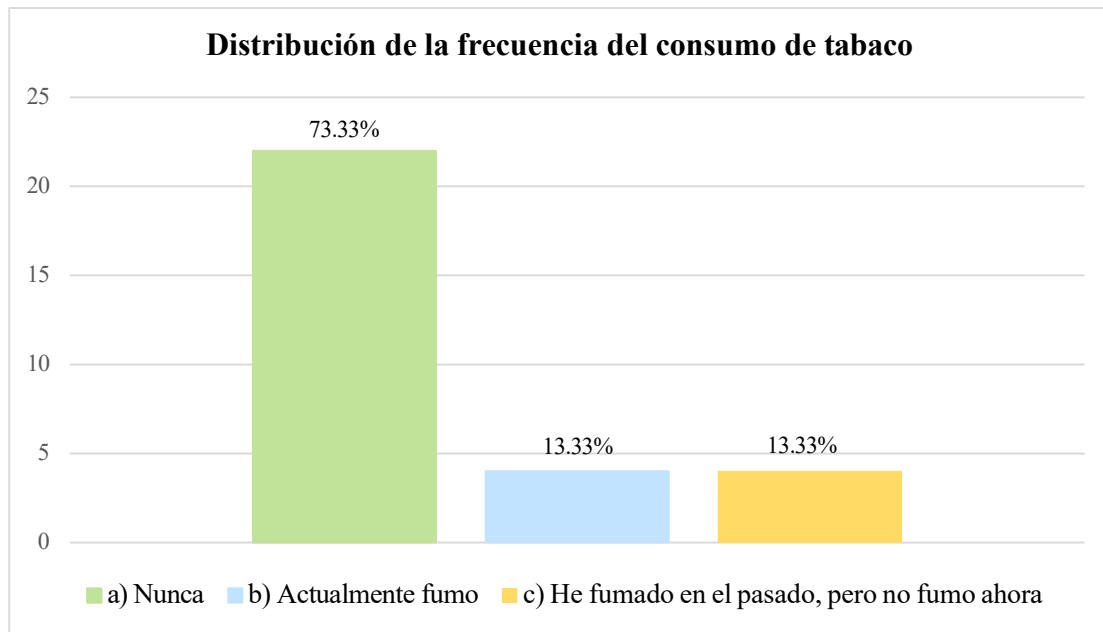


Figura 24. Distribución del consumo del tabaco

Análisis

Dentro de los resultados obtenidos, se encontró que la mayoría de la población diabética, un (73.33%), refirió no consumir tabaco. Le siguió un (13.33%) que mencionó fumar actualmente, mientras que otro (13.33%) indicó haber sido fumador en el pasado, pero que ya no mantiene este hábito.

Interpretación

Con base en la gráfica anterior, se observó una mayor prevalencia en la opción de nunca, con un (73.33%) de los participantes que indicaron no consumir tabaco. Este resultado es favorable, ya que el consumo frecuente de tabaco puede generar complicaciones en personas con diabetes, aumentando el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal o neuropatía.

Por lo tanto, evitar el consumo de tabaco es fundamental para reducir estos riesgos y mejorar la salud general de la población diabética.

Tabla 24. Horas promedio que duerme

¿Cuántas horas duerme en promedio cada noche?		
	Frecuencia	Porcentaje
a) Menos de 5 horas	3	10%
b) 5 - 6 horas	9	30%
c) 7- 8 horas	15	50%
d) Más de 8 horas	3	10%
Total	30	100%

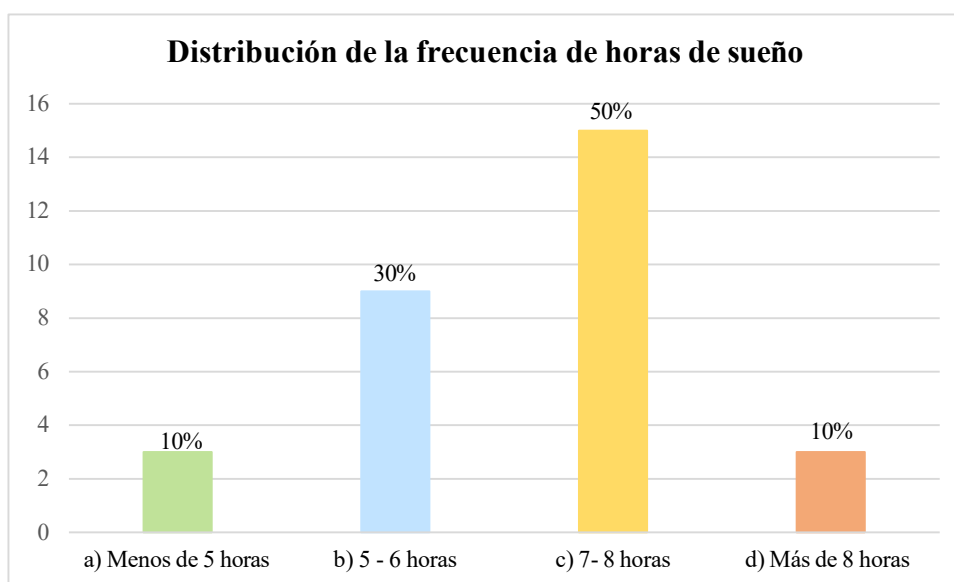


Figura 25. Distribución de horas de sueño de los participantes

Análisis

Con respecto a la gráfica, entre las personas diabéticas, la mayoría descansa entre 7 y 8 horas diarias por la noche, representando el (50%) de los participantes. Le sigue el grupo que reporta descansar entre 5 y 6 horas, con un (30%). Asimismo, el (10%) mencionó descansar menos de 5 horas, mientras que el (10%) restante indicó dormir más de 8 horas.

Interpretación

En la gráfica anterior se observó que la mayor parte de la población diabética escogió la categoría de 7 a 8 horas con un (50%), indicando que esta población descansaba las horas recomendadas para evitar problemas de sueño, ayudar a controlar sus niveles de glucosa en sangre y tener más energía durante el día. Además, se consideró importante controlar los niveles de estrés para mantener un buen estado de ánimo.

Tabla 25. Nivel de estrés

¿Cómo calificaría su nivel de estrés en una escala de 1 al 5?		
	Frecuencia	Porcentaje
a) 1 (Muy bajo)	6	20%
b) 2 (Bajo)	6	20%
c) 3 (Moderado)	11	36.66%
d) 4 (Alto)	4	13.33%
e) 5 (Muy alto)	3	10%
Total	30	100%

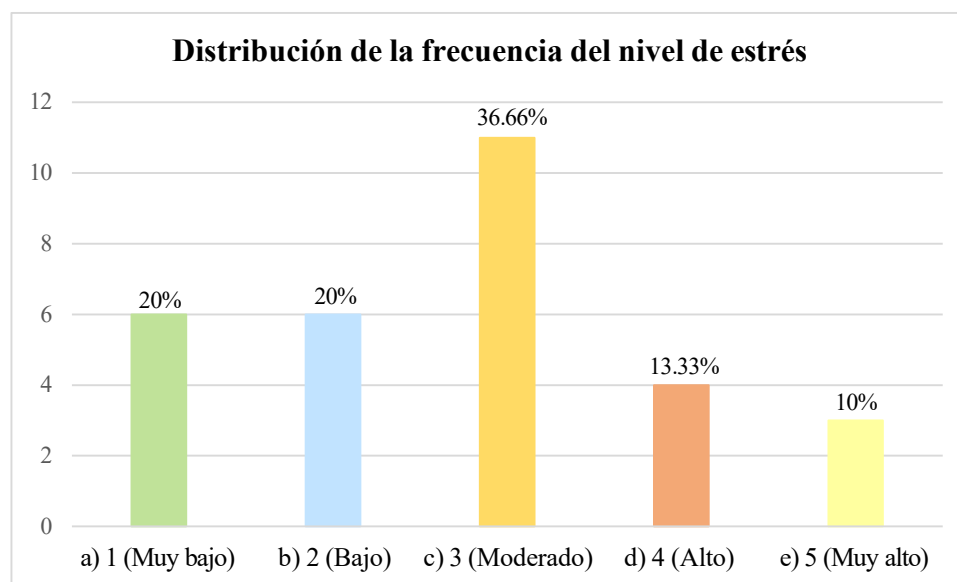


Figura 26. Distribución de la frecuencia del nivel de estrés en los participantes

Análisis

Se observó una prevalencia en el nivel moderado de estrés, con un (36.66%) de los participantes; seguido por quienes manifestaron niveles muy bajo y bajo de estrés, con un (20%) en cada categoría; y finalmente, únicamente el (10%) de la población encuestada refirió tener un nivel de estrés muy alto.

Interpretación

En la gráfica anterior, se mostró que el nivel de estrés que más predominó entre las personas diabéticas encuestadas fue el nivel moderado, con un porcentaje del (36.66%). Este resultado podría estar relacionado con factores como el trabajo, la misma enfermedad y las exigencias que implica su manejo, así como el estado emocional particular de cada individuo. Por ello, es importante identificar las fuentes de estrés, buscar apoyo emocional para evitar el aislamiento y practicar alguna actividad física, ya que esta ayuda a liberar endorfinas que tienen efectos calmantes y pueden mejorar el estado de ánimo.

CONCLUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre la cultura alimentaria y la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en personas de entre 45 y 70 años en la comunidad Revolución Mexicana, municipio de Villa Corzo, Chiapas. Para ello, se empleó un enfoque cuantitativo mediante la aplicación de una adaptación del Cuestionario de Frecuencia Alimentaria (CFA) a una muestra de 30 personas diagnosticadas con diabetes tipo 2.

Los resultados indicaron que el grupo etario de 50 a 60 años concentró el mayor porcentaje de casos, lo que subraya la necesidad de fortalecer estrategias de prevención y detección temprana en esta etapa crítica. Asimismo, se observó una ligera predominancia del sexo masculino, posiblemente asociada a factores biológicos y conductuales que incrementan su vulnerabilidad. El nivel educativo predominante fue la educación primaria, lo que revela la importancia de diseñar programas educativos accesibles y culturalmente pertinentes para mejorar el conocimiento sobre alimentación saludable y el manejo adecuado de la enfermedad. La agricultura como ocupación principal y los bajos ingresos económicos limitaron el acceso a servicios de salud y a una alimentación balanceada, factores que incidieron directamente en la prevalencia y el control de la diabetes.

Se identificó también una fuerte relación con antecedentes familiares, especialmente paternos, y una alta coexistencia con hipertensión arterial, enfatizando la necesidad de un abordaje integral para el tratamiento y la prevención de complicaciones asociadas. En cuanto a los hábitos alimentarios, se evidenció un consumo elevado de grasas, lo que representa un riesgo significativo, al igual un elevado consumo en alimentos ultra procesados y embutidos. Sin embargo, se observó un moderado consumo generalizado de frutas y verduras. No obstante, prevalecieron métodos de cocción poco saludables y el consumo frecuente de refrescos azucarados, lo que demanda intervenciones específicas para modificar estas prácticas.

Los niveles bajos de actividad física y el consumo habitual de alcohol constituyeron factores de riesgo adicionales que agravaron la condición diabética, mientras que el bajo consumo de tabaco representó un aspecto favorable. Además, se reconoció que un adecuado descanso y el manejo efectivo del estrés son elementos fundamentales para mejorar el control de la enfermedad.

Los hallazgos reflejan que factores socioeconómicos, educativos, culturales y de salud interactúan para influir en la prevalencia y el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 en esta comunidad. Por ello, es indispensable implementar estrategias integrales que incluyan educación nutricional adaptada, promoción de estilos de vida saludables y acceso oportuno a servicios médicos, con el fin de mejorar la calidad de vida y el control efectivo de la diabetes en la población estudiada.

ESTRATEGIAS

- **Educación Nutricional Culturalmente**

Talleres: Organizar sesiones prácticas en las que se enseñe a preparar versiones más saludables de los platillos tradicionales, respetando los sabores y técnicas culinarias propias de la comunidad. Asimismo, incluir la plática sobre el plato del buen comer, con el propósito de orientar a los participantes sobre una alimentación equilibrada, basada en los grupos de alimentos y sus porciones adecuadas.

De igual forma concientizar sobre los efectos negativos del alcohol y el tabaco en la salud, con énfasis en su relación con la diabetes mellitus tipo 2 y otras enfermedades crónicas

- **Comunicación y Difusión**

Uso de medios locales: Implementar campañas en radio comunitaria, redes sociales y eventos culturales locales que difundan mensajes sobre la importancia de una alimentación saludable y la prevención de la diabetes, utilizando historias y testimonios locales que resuenen con la comunidad.

- **Actividad Física Comunitaria**

Promover un estilo de vida activo y saludable, fortaleciendo el tejido social a través de actividades culturales y recreativas que incluyan caminatas guiadas, baile tradicional y ejercicios comunitarios.

- **Fomento del Consumo de Alimentos Tradicionales Saludables**

Reforzar el consumo de alimentos autóctonos como frijoles, maíz, calabaza, y pescados locales, mediante ferias gastronómicas y demostraciones de cocina saludable.

GLOSARIO

- **Cultura Alimentaria:** Conjunto de prácticas, tradiciones, creencias y costumbres relacionadas con la alimentación, que se transmiten de generación en generación y se ven influenciadas por factores históricos, geográficos y sociales.
- **Factores de Riesgo:** Elementos que aumentan la probabilidad de desarrollar una enfermedad, como la obesidad, el sedentarismo y la alimentación poco saludable en el caso de la DM2.
- **Dieta Occidental:** Conjunto de patrones alimentarios comunes en países industrializados, caracterizado por un alto consumo de alimentos ultra procesados, carnes rojas, grasas saturadas, azúcares refinados y bebidas azucaradas, y un bajo consumo de frutas, verduras y granos enteros.
- **Dieta Moderna:** Conjunto de patrones alimentarios que han emergido en respuesta a nuevos conocimientos científicos, cambios culturales y estilos de vida contemporáneos. Incluye diversas propuestas nutricionales que buscan optimizar la salud, la energía y el bienestar en el contexto actual.
- **Dieta Mediterránea:** Se caracteriza por un alto consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales, pescado y aceite de oliva, y un consumo moderado de vino y lácteos.
- **Dietas Tradicionales:** Conjunto de patrones alimenticios históricos y culturales que se han desarrollado en una región o comunidad, basados en ingredientes locales y técnicas culinarias heredadas de generación en generación.
- **Tradición Culinaria:** Conjunto de recetas, técnicas de preparación y hábitos alimenticios propios de una cultura, que se transmiten y evolucionan a lo largo del tiempo.
- **Diabetes Mellitus Tipo 2:** Enfermedad metabólica caracterizada por la resistencia a la insulina y la hiperglucemia, en la que intervienen factores genéticos, ambientales y de estilo de vida.
- **Resistencia a la Insulina:** Condición fisiopatológica en la que las células del organismo responden de forma deficiente a la insulina, lo que contribuye al desarrollo de la diabetes tipo 2.

- **Factores Socioeconómicos:** Elementos como el nivel de ingreso, la educación y el acceso a servicios de salud que influyen en los hábitos alimentarios
- **Prevalencia:** Proporción de personas en una población que presentan una enfermedad o condición en un período de tiempo determinado.
- **Obesidad:** Condición médica caracterizada por un exceso de grasa corporal que puede afectar la salud. Se determina mediante el Índice de Masa Corporal (IMC), donde un IMC de 30 o más.
- **Enfermedades cardiovasculares:** Son un conjunto de trastornos que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos.
- **Comorbilidad:** Presencia de una o más enfermedades adicionales en una persona con un trastorno primario, como la hipertensión o la obesidad en pacientes con DM2.
- **Enfermedades Respiratorias:** Conjunto de trastornos que afectan las vías aéreas, los pulmones y las estructuras circundantes, comprometiendo la función respiratoria.
- **Diabetes gestacional:** es una condición caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre que se desarrollan durante el embarazo y generalmente desaparecen después del parto.
- **Desigualdad en Salud:** Diferencias sistemáticas y evitables en los resultados de salud y en el acceso a servicios sanitarios entre diferentes grupos poblacionales, derivadas de condiciones socioeconómicas, geográficas y culturales.
- **Alimentos Ultraprocesados:** Son productos industriales sometidos a múltiples transformaciones que incluyen la incorporación de ingredientes y aditivos poco comunes en la cocina casera, como colorantes, edulcorantes, emulsionantes y conservantes.
- **Transición Nutricional:** Conjunto de cambios en los patrones alimentarios y de actividad física que experimenta una población, pasando de una alta prevalencia de desnutrición y deficiencias nutricionales a un aumento en el sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles.
- **Transición alimentaria:** Se refiere al proceso de cambio en los patrones de consumo y producción de alimentos que ocurre en una población a lo largo del tiempo, influenciado por factores económicos, sociales y culturales.
- **Factores Económicos:** Elementos relacionados con la economía que afectan la salud, como el nivel de ingresos, el acceso a servicios de salud, la educación y las condiciones laborales.

- **Factores Socioculturales:** Aspectos sociales y culturales que influyen en la salud, incluyendo tradiciones, creencias, comportamientos y estructuras sociales que afectan los hábitos alimentarios y de actividad física.
- **Prácticas culinarias:** Se refiere al conjunto de técnicas, métodos y tradiciones empleadas en la preparación y presentación de alimentos.
- **Globalización:** Es un proceso dinámico que implica la creciente interconexión e interdependencia de las economías, culturas, sociedades y políticas a nivel mundial.
- **Dieta:** Conjunto de alimentos y bebidas que una persona consume de manera regular. También puede referirse a un plan alimentario específico con el objetivo de mejorar la salud o perder peso.
- **Nutrientes:** Sustancias contenidas en los alimentos que el cuerpo necesita para funcionar adecuadamente. Los nutrientes incluyen carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales.
- **Carbohidratos:** Nutrientes que proporcionan energía al cuerpo. Se encuentran principalmente en alimentos como cereales, pan, arroz, pasta y frutas.
- **Proteínas:** Nutrientes esenciales para la reparación de tejidos y la formación de músculos. Se encuentran en alimentos como carne, pescado, huevos, legumbres y nueces.
- **Grasas saturadas:** Tipo de grasa que se encuentra principalmente en productos de origen animal y algunos aceites tropicales, como el aceite de coco.
- **Alimentación Saludable:** Consumo equilibrado de alimentos que aportan los nutrientes esenciales para el buen funcionamiento del organismo.
- **Sedentarismo:** Falta de actividad física regular, considerado un factor de riesgo para diversas enfermedades crónicas, incluida la DM2.
- **Estilo de Vida:** Conjunto de comportamientos y hábitos que influyen en la salud, incluyendo la alimentación, la actividad física y el manejo del estrés.

REFERENCIAS DOCUMENTALES

- Bielemann, R. M., & Rauber, F. (2023). The impact of ultraprocessed foods on dietary patterns and health: Evidence from the Brazilian cohort. *Nutrients*, 15(3), 456.
<https://doi.org/10.3390/nu15030456>
- Buchanan, T. A., Xiang, A. H., & Peters, R. K. (2021). The Role of Genetics in the Etiology of Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 44(6), 1376-1383. <https://doi.org/10.2337/dc20-06124> mini
- Chacón, J., Montalvo, C., & Pérez, A. (2023). Dietary patterns and their association with type 2 diabetes: A systematic review. *Nutrients*, 15(4), 845.
<https://doi.org/10.3390/nu15040845>
- Comisión Nacional de Bioética. (2021). Código de ética para los enfermeros y enfermeras en México. Recuperado de <https://apexbioetica.es/codigo-de-etica-para-los-enfermeros-y-enfermeras-en-mexico/>
- Cruz, J. L., Hernández, F. C., & Sánchez, M. (2021). Desigualdades en salud en la población rural: Un análisis de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Salud Pública*, 23(2), 156-164. doi:10.1590/S0124-00642021000200004.
- Díaz, J., & Fernández, P. (2021). Promoting healthy eating habits in communities: A preventive approach to reduce chronic diseases. *Journal of Community Health*, 46(2), 271-280.
<https://doi.org/10.1007/s10900-020-00908-9>
- Fernández, J. A., Martínez, L. R., & González, M. (2024). Impacto de las dietas modernas en la salud metabólica: Un análisis de la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en poblaciones urbanas. *Revista de Nutrición y Salud Pública*, 12(1), 34-45.
- García, A., López, M., & Fernández, J. (2023). Cambios en los patrones alimentarios y su impacto en la diabetes mellitus tipo 2 en comunidades rurales de México. *Revista de Salud Pública*, 25(3), 145-158. <https://doi.org/10.1016/j.su.2023.04.001>

- García, M. A., López, J. R., & Martínez, P. (2023). La transformación de la dieta rural: Impacto de los alimentos ultraprocesados en la salud pública. *Revista Latinoamericana de Nutrición*, 70(1), 25-34. <https://doi.org/10.1234/rlan2023>
- governacion, S. d. (3 de Mayo de 2018). Diario oficial de la federacion. Obtenido de Diario oficial de la federacion:
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521405&fecha=03/05/2018#gsc.tab=0
- Gobierno de México. (2021). Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes: Informe de Resultados 2020. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/documentos/estrategia-nacional-para-la-prevencion-y-el-control-del-sobrepeso-la-obesidad-y-la-diabetes>
- González, J. A., Martínez, L. M., & Pérez, T. R. (2023). Creencias alimentarias y su impacto en la salud en comunidades rurales de México: Un estudio sobre hábitos dietéticos y percepciones culturales. *Revista de Salud Pública*, 15(2), 123-135.
<https://doi.org/10.1016/j.rsp.2023.01.003>
- González, M. A., Pérez, R. J., & López, T. S. (2023). La influencia de las creencias culturales sobre la alimentación en la salud de comunidades rurales en Chiapas: Implicaciones para la prevención de diabetes. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 25(3), 45-62.
<https://doi.org/10.1016/j.rms.2023.01.005>
- González, M., & Jiménez, M. (2021). Estrategias culturales para la prevención y el manejo de la diabetes: Adaptaciones en comunidades locales. *Revista de Nutrición y Salud Pública*, 37(4), 245-257. <https://doi.org/10.1016/j.rnsp.2021.04.001>
- González, M., Pérez, T. L., & Salinas, R. (2024). Dietas tradicionales y su relación con la prevención de enfermedades crónicas: Un enfoque en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Estudios Culturales y Alimentarios*, 15(2), 85-99.
- González, R., Martínez, A., & Ramírez, J. (2023). The impact of urban food environments on chronic diseases: A systematic review. *Public Health Nutrition*, 26(5), 899-908.
<https://doi.org/10.1017/S1368980022002073>

- González-Castell, D., Carballo-Cardenas, A., & Sosa-Pérez, A. (2022). Cambios en los patrones alimentarios y su relación con enfermedades crónicas en comunidades rurales de México: Un análisis retrospectivo. *Revista de Nutrición y Salud Pública*, 24(1), 85-96. <https://doi.org/10.12345/rnsp.v24i1.9999>
- González-Villalpando, C., López-Ridauro, R., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2021). Epidemiology of Type 2 Diabetes in Mexico and Its Public Health Implications. *Salud Pública de México*, 63(4), 333-344. <https://doi.org/10.21149/12345>
- Hernández-Fernández, J. R., García-González, J. M., & López-García, M. A. (2023). Dietary patterns and health outcomes in rural Mexican populations: The impact of ultraprocessed foods. *Journal of Nutritional Health & Food Engineering*, 12(2), 45-56. <https://doi.org/10.1016/j.jnhfe.2023.04.001>
- López, A., Martínez, C., & Ramírez, J. (2023). Impacto del nivel socioeconómico en la alimentación: un análisis de la dieta y la salud en poblaciones mexicanas. *Revista de Salud Pública*, 45(2), 123-134. DOI:10.1016/j.rsp.2023.01.004
- López, M. R., Martínez, A. J., & Pérez, T. S. (2023). Nutritional patterns and chronic disease prevention: A comprehensive review. *Journal of Public Health Nutrition*, 26(4), 1234-1247. <https://doi.org/10.1017/S1368980023000012>
- López, M., Pérez, A., & García, J. (2023). Dieta y salud mental: Un análisis de la relación entre la alimentación y el bienestar psicológico. *Revista Internacional de Nutrición y Salud*, 15(2), 123-134. <https://doi.org/10.1234/rins.v15i2.5678>
- López, M., Rodríguez, J., & Martínez, A. (2021). Estrategias de intervención en salud pública: un enfoque participativo desde la comunidad. *Revista de Salud Pública*, 23(2), 123-135. <https://doi.org/10.1016/j.rsp.2021.02.004>
- López-Carmona, J., Santos-Zaldívar, K., & Cruz-López, A. (2021). Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en áreas rurales de Chiapas: Factores culturales y socioeconómicos asociados. *Revista Mexicana de Salud Pública*

- López-Fernández, O., Gómez-Pérez, L., & Martínez-Rodríguez, A. (2023). Nutritional quality of ultra-processed food and its impact on mental health: A systematic review. *Journal of Nutritional Science*, 12(2), 145-158.
- Martínez, A. (2021). Chiapas: Un análisis de su geografía, economía y cultura. *Revista Mexicana de Geografía*, 58(2), 25-40. <https://doi.org/10.1016/j.rmg.2021.02.003>
- Martínez, A., García, F., & Pérez, R. (2023). The impact of food accessibility on dietary choices and health outcomes in vulnerable populations. *Nutrients*, 15(4), 1023. <https://doi.org/10.3390/nu15041023>
- Martínez, A., González, R., & Fernández, J. (2024). Cultura alimentaria y salud: una revisión de la influencia de las tradiciones en los hábitos de consumo. *Revista de Nutrición y Salud Pública*, 12(1), 15-28.
- Martínez, A., Pérez, J., & López, M. (2023). Cambios en la dieta tradicional y su relación con la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en comunidades rurales de México. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 45(2), 135-150. <https://doi.org/10.1234/rmsp.v45i2.12345>
- Martínez, E., & Pérez, J. (2021). Estrategias para el control de la diabetes mellitus en comunidades rurales de Chiapas: un enfoque desde la atención primaria. *Revista de Salud Pública*, 23(4), 345-359. <https://doi.org/10.1234/rsp.2021.5678>
- Martínez, H., Fernández, R., & López, A. (2021). Actualización de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes en México: Un enfoque integral. *Revista de Salud Pública*, 23(2), 105-120. <https://doi.org/10.12345/rsp.v23i2.56789>
- Martínez, L. R., & Fernández, J. A. (2024). La transición nutricional y su impacto en la prevalencia de enfermedades crónicas en México. *Journal of Public Health Nutrition*, 30(4), 245-259.
- Martínez-González, A., Fernández-Solís, R., & Gutiérrez-Camacho, J. (2021). Cultura alimentaria y su relación con la diabetes mellitus tipo 2 en comunidades rurales. *Revista de Salud Pública*, 23(2), 105-115.

- Martínez-González, M. A., de la Fuente-Arrillaga, C., & Bes-Rastrollo, M. (2023). Cultural beliefs and dietary habits in rural communities: Implications for health interventions. *Nutrients*, 15(2), 350. <https://doi.org/10.3390/nu15020350>
- Martínez-González, M. Á., de la Fuente-Arrillaga, C., & Sánchez-Villegas, A. (2023). Dietary patterns and lifestyle changes in the context of the nutritional transition: implications for public health. *Nutrición Hospitalaria*, 40(1), 5-15. <https://doi.org/10.20960/nh.01234>
- Martínez-González, M. A., Gea, A., & Ruiz-Canela, M. (2023). The Mediterranean diet and cardiovascular health: A review. *The American Journal of Medicine*, 136(2), 176-185. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2022.07.014>
- Mexico, U. A. (s.f.). Decagolo de etica. Obtenido de Decagolo de etica: <https://amdeu.com.mx/images/codigo.pdf>
- Micha, R., Peñalvo, J. L., Cudhea, F., Imamura, F., Rehm, C. D., & Mozaffarian, D. (2023). Association between dietary factors and mortality from heart disease, stroke, and type 2 diabetes in the United States. *JAMA Network Open*, 6(3), e225193.
- Morrish, N. J., Wang, S., Stevens, L. K., Fuller, J. H., Keen, H., & McCulloch, D. K. (2021). The epidemiology of diabetes and its complications: The EURODIAB study. *Diabetologia*, 64(4), 865-877. <https://doi.org/10.1007/s00125-021-05339-7>
- Nava, M. A., & Rojas, E. (2021). La importancia de la participación comunitaria en la promoción de la salud: Estrategias para fortalecer la colaboración entre la comunidad y los profesionales de salud. *Revista Latinoamericana de Salud Pública*, 15(1), 55-68. <https://doi.org/10.5555/rsp.2021.123456>
- Nunes, A. C., Tavares, M. C., & Gomes, M. M. (2023). Dietary patterns and the prevention of non-communicable diseases: A systematic review. *Journal of Nutrition and Health Sciences*, 10(1), 45-56. <https://doi.org/10.1234/jnhs.2023.001>
- O choa, J. J., López, L. M., & Martínez, A. R. (2023). Desiertos alimentarios y su impacto en la salud pública: Un análisis en comunidades rurales. *Revista de Salud Pública*, 25(1), 56-72. <https://doi.org/10.1016/j.rsp.2023.02.003>

- Organización Mundial de la Salud. (2023). Directrices sobre una alimentación saludable.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240062866>
- Pérez, J. M., García, R. A., & Torres, L. (2024). Impacto de las dietas tradicionales en la prevención de enfermedades crónicas: Un enfoque en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Nutrición y Salud Pública*, 12(3), 245-259. doi:10.1016/j.msp.2024.01.005
- Pérez-Escamilla, R., & Bermúdez, M. P. (2023). The Role of Traditional Diets in Preventing Diabetes in Latin America: Implications for Public Health. *Nutrients*, 15(4), 923. <https://doi.org/10.3390/nu15040923>
- Pérez-Escamilla, R., Segall-Corrêa, A. M., & Maranhao, A. M. (2023). Food systems and the nutrition transition: New evidence from Latin America and the Caribbean. *Public Health Nutrition*, 26(7), 1220-1231. <https://doi.org/10.1017/S1368980022000505>
- Pérez-Lizaur, A. B., Arroyo, P., & Flores, M. (2021). Estrategias comunitarias culturalmente sensibles para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 en poblaciones vulnerables. *Salud Pública de México*, 63(4), 489-497. <https://doi.org/10.21149/12510>
- Popkin, B. M., Adair, L. S., & Ng, S. W. (2023). Global nutrition transition and the health implications: Impacts of urbanization and globalization. *Annual Review of Public Health*, 44(1), 123-142. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040620-040731>
- Rivera, J. A., et al. (2017). Transición nutricional en México y sus implicaciones para la salud pública. *Salud Pública de México*, 59(2), 125-133.
- Rodríguez-Sánchez, I., Martínez-Pérez, M., & García-López, A. (2021). Estrategias contextuales en intervenciones de salud pública: Un enfoque cultural para el control de enfermedades crónicas. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 22(3), 102-115.
- Rojas, C., Bibiloni, M. D. M., & Tur, J. A. (2023). Globalization and dietary patterns: The role of food systems in shaping nutrition in rural communities. *Nutrients*, 15(5), 1140. <https://doi.org/10.3390/nu15051140>
- Rojas, L. R., Sánchez, M. A., & Ortega, A. M. (2021). Impact of dietary patterns and educational resources on the prevalence of type 2 diabetes in rural communities: A

- cross-sectional study. *Journal of Diabetes Research*, 2021, 1-10.
<https://doi.org/10.1155/2021/1234567>
- Rojas, R., & Sánchez, A. (2021). Impacto de la seguridad alimentaria en la salud de las comunidades rurales: Un análisis desde la perspectiva cultural. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 25(2), 89-98. <https://doi.org/10.1234/rspn.2021.0025>
- Salinas-Rodríguez, A., et al. (2018). Alimentación y salud en México: Un análisis de la dieta y la diabetes. *Mexican Journal of Nutrition and Health*, 7(1), 23-30.
- Salud, S. d. (2 de septiembre de 2020). Diario oficial. Obtenido de Diario oficial:
<https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-019-SSA3-2013.pdf>
- Sánchez, J. A., García, M. P., & López, R. E. (2022). Consumo de bebidas azucaradas y hábitos alimentarios en poblaciones urbanas de México: un estudio transversal. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 64(2), 145-153.
<https://doi.org/10.1016/j.rmsph.2022.01.004>
- Secretaría de Salud (1998). NOM-174-SSA1-1998, Para la atención de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Secretaría de Salud (2017). NOM-008-SSA3-2017, Para la atención integral de la salud de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles.
- Secretaría de Salud del Estado de Chiapas. (2021). Análisis de la situación de salud en Chiapas: Diabetes mellitus tipo 2. Gobierno del Estado de Chiapas.
<https://www.chiapas.gob.mx/salud/analisis-diabetes2021>
- Secretaría de Salud. (2013, enero 22). *NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus*. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013
- Secretaría de Salud. (2021). Guía de práctica clínica para el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. <https://www.gob.mx/salud/documentos/guia-de-practica-clinica-diabetes-mellitus>

- Secretaría de Salud. (2021). Programa de Acción Específico para la Diabetes Mellitus 2021-2024. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-para-la-diabetes-mellitus-2021-2024>
- Sun, H., Saeedi, P., Karuranga, S., Pinkepank, M., Ogurtsova, K., Duncan, B. B., Stein, C., Basit, A., Chan, J. C. N., Mbanya, J. C., Pavkov, M. E., Ramachandran, A., & Wild, S. H. (2021). IDF Diabetes Atlas: Global, regional, and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 183, 109119. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109119>
- Torres, C. R., Salinas, A. F., & Pineda, M. J. (2022). Impacto de la urbanización en los hábitos alimentarios y su relación con la diabetes tipo 2 en comunidades rurales de México. *Revista de Salud Pública*, 24(3), 123-135. <https://doi.org/10.12345/rsp.2022.003>
- Valdés-Ramos, R., & Vargas-Fernández, A. (2021). Estrategias de intervención para la prevención y control de la diabetes mellitus tipo 2 en México: Un enfoque desde la salud pública. *Salud Pública de México*, 63(3), 335-343. <https://doi.org/10.21149/11550>
- Vargas, A., Ramírez, J., & López, M. (2022). Impacto de la disponibilidad de alimentos procesados en la dieta y su relación con la diabetes mellitus tipo 2 en comunidades rurales. *Revista de Nutrición y Salud Pública*, 34(1), 45-60. <https://doi.org/10.1016/j.rnsp.2022.01.003>
- Vázquez, C., & Rosas, E. (2021). Culturally relevant nutrition education for diabetes prevention: Bridging the gap between tradition and health. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 53(1), 25-34. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2020.08.001>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Censo de Población y Vivienda 2020: Chiapas. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- Diario de Chiapas. (2023, junio 10). Inaugura REC calle principal de Revolución Mexicana. <https://diariodechiapas.com/portada/rutilio-inaugura-calle-de-revolucion-mexicana/>

Anexos



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA
SUBSEDE VENUSTIANO CARRANZA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA

CARTA COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Venustiano Carranza, Chiapas, a 11 de febrero de 2025

A quien corresponda:

Alumna Leydi Viridiana Vázquez de la Torre, con número de matrícula 669220053, de la Licenciatura En Enfermería de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, en mi carácter de investigador/a dentro de la institución denominado: Universidad De Ciencias Y Artes De Chiapas ubicada en Venustiano Carranza Chiapas.

Hago constar que me comprometo a resguardar, manejar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio y/o investigación a mi cargo denominado: "Prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en la comunidad Revolución Mexicana en relación a la cultura alimentaria"; así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales o datos personales sensibles contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución del mismo, información proporcionada ya sea de forma oral, escrita, impresa, sonora, visual, electrónica, informática u holográfica, contenida en cualquier tipo de documento, que puede consistir en: expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, directivas, directrices, circulares, contratos, convenios, instructivos, notas, memorandos, estadísticas o bien, cualquier otro registro.

Es importante mencionar que los datos recolectados serán para fines académicos por motivo a realización de **tesis para titulación**, informo que los Datos Personales y/o Datos Personales Sensibles serán protegidos y resguardados con las medidas de seguridad necesarias y solo serán utilizados únicamente para el objetivo por el cual son recabados; en el caso de fotografías tomadas serán exclusivamente para fines de la realización de esta investigación y se realizarán los cuidados necesarios para que no se exponga su identidad.

Mi obligación de confidencialidad no es aplicable en los siguientes casos:

- a) Cuando la información se encontrará en el dominio público en el momento en que me sea suministrada o, una vez suministrada, ésta acceda al dominio público.
- b) Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación.
- c) Cuando la información fuera desarrollada o recibida legítimamente de terceros, de forma totalmente independiente a su relación con la Universidad.

Atentamente

Leydi Viridiana Vázquez de la Torre
Firma y nombre

"2023, Año de Francisco Villa,
el Revolucionario del Pueblo"

Col. Lajas Maciel C.P.
Tuxtla Gutiérrez,



Libramiento Norte Poniente núm. 1150

29039

Chiapas, México
derechoarco@unicach.mx



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

AUTÓNOMA

LICENCIATURA EN ENFERMERIA
SUBSEDE VENUSTIANO CARRANZA



VENUSTIANO CARRANZA CHIAPAS A 09 DE SEPTIEMBRE DEL 2025
NUM. DE OFICIO: ENFVC/36/2025

Asunto: AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

C. ASARIEL VÁZQUEZ VENTURA
COMISARIADO EJIDAL DE LA COLONIA REVOLUCIÓN MEXICANA
MUNICIPIO DE VILLA CORZO, CHIAPAS
P R E S E N T E.

Por este medio reciba un cordial saludo, al mismo tiempo que me permito dar respuesta al oficio presentado por las estudiantes Aline de los Angeles Pereyra Arroyo y Leydi Viridiana Vázquez de la Torre, quienes solicitaron su valioso apoyo para la realización del proyecto de investigación titulado "Prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en la comunidad Revolución Mexicana en relación a la cultura alimentaria", a desarrollarse durante el periodo septiembre a enero 2025 en la comunidad que dignamente representa. Al respecto, me es grato informarle que se autoriza la aplicación del instrumento por parte de las mencionadas estudiantes en la Colonia Revolución Mexicana, municipio de Villa Corzo, Chiapas, bajo la dirección de tesis de la Lic. María Fernanda Laguna Ventura y con la asesoría de la Esp. Berenice Isabel Morales Rodríguez y el Mass. Juan José Espinoza García, solicitando que las actividades se realicen con estricto apego a los principios éticos de la investigación y con respeto a los usos y costumbres de la comunidad. Agradezco su colaboración y disposición para facilitar la realización de investigaciones que contribuyen tanto a la formación académica de los estudiantes como al conocimiento de la realidad social y de salud de la región.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.



MPIO. DE VILLACORZO
CHIAPAS

MCE. MARCOS ALEJANDRO VÁZQUEZ HERNÁNDEZ
Coordinador De La Licenciatura En Enfermería
Subsede Venustiano Carranza

ATENTAMENTE

"Por la Cultura de mi Raza"



FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA



2025, Año de la mujer indígena
Año de Rosario Castellanos

Ilustración: Noé Zenteno



Carretera Tuxtla Gutiérrez – Comitán de
Dominguez, Parador Artesanal
Venustiano Carranza C.P 30200



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ De _____ años de edad.

Manifiesto que he leído y entendido la información proporcionada sobre el proyecto la cual he tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibido información suficiente al respecto.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones.

He sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y se incluirán en un sistema que cumplirá con las normativas del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y que la información será utilizada únicamente para fines de investigación.

Tomando esto es consideración OTORGO MI CONCENTIMIENTO para participar en este estudio, que tiene como objetivo investigar sobre “Cultura alimentaria en la comunidad revolución mexicana y su relación con la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2”

Firma del Participante:

Revolución Mexicana, Villa Corzo, Chiapas; a _____ de _____ del 2024.



Instrumento de evaluación para conocer el conocimiento sobre la cultura alimentaria de la comunidad revolución mexicana y su relación con la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2.

Todos los datos serán tratados de manera confidencial y únicamente se usarán exclusivamente con fines de investigación

- ❖ Instrucciones marca las respuestas correspondientes y en los cuadros coloque una x donde considere adecuado

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad:

- a) 45-50 años
- b) 50-60 años
- c) 60-70 años

2. Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

3.-Estado civil:

- a) Soltera (o)
- b) Unión libre
- c) Casada (o)
- d) Viuda

4. Nivel de estudios:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Preparatoria
- d) Profesional
- e) Analfabeta

5. Ocupación:

- a) Agricultor
- b) Ama de casa
- c) Empleado (trabajo físico)

- d) Desempleado

6.- Ingresos mensuales aproximados del hogar:

- a) Menos de \$2,500 MXN
- b) Entre \$2,500 y \$5,000 MXN
- c) Entre \$5,000 y \$10,000 MXN
- d) Más de \$10,000 MXN

7.-Número de personas en el hogar:

- a) 1-2
- b) 3-4
- c) 5-6
- d) 7 o más

ANTECEDENTES MÉDICOS Y FAMILIARES

8.- ¿Algún familiar cercano tiene diabetes? (Marque todas las que apliquen)

- a) Padre
- b) Madre
- c) Hermano
- d) Abuelo
- e) Ninguno

9.- ¿Ha tenido algún diagnóstico de las siguientes condiciones? (Marque todas las que apliquen)

- a) Hipertensión
- b) Obesidad
- c) Colesterol alto
- d) Ninguna

10.- ¿Está bajo algún tratamiento médico actualmente?

- a) Si
- b) No
- c) Si respondió "Sí", por favor especifique: _____

11.- ¿Ha tenido algún problema de salud en los últimos 12 meses?

- f) Si
- g) No
- h) Si respondió "sí", por favor especifique: _____

12.- Hábitos alimentarios

Instrucciones: A continuación, se le presentan una serie de preguntas sobre sus hábitos alimentarios y su alimentación diaria. Responda de manera sincera, marcando con una "X" la respuesta que mejor describa sus hábitos.

Este instrumento es una adaptación del Cuestionario de Frecuencia Alimentaria (CFA), ajustado para evaluar los hábitos alimentarios específicos de esta población.

Sección 1: Frecuencia de Consumo de Grupos de Alimentos

¿Con qué frecuencia consume los siguientes grupos de alimentos?

Grupo de Alimentos	Nunca	1 vez a la semana o menos	2-3 veces a la semana	4-6 veces a la semana	Todos los días
a) Frutas frescas (manzana, plátano, etc.)					
b) Verduras crudas o cocidas (lechuga, espinaca, zanahoria)					
c) Carnes rojas (res, cerdo, cordero)					
d) Carne blanca (pollo, pescado)					
e) Legumbres (frijoles, lentejas, garbanzos)					
f) Productos ultraprocesados (papas fritas, dulces, refrescos)					
g) Pan, tortillas, cereales (arroz, pasta)					
h) Lácteos (leche, queso, yogur)					
i) Fritos (empanadas, tacos dorados, etc.)					
k) Grasas (Aceite, manteca)					

Sección 2: Tamaño de las Porciones

En su dieta diaria, ¿qué cantidad de los siguientes alimentos suele consumir por comida?

(Marque una opción para cada grupo de alimentos.)

Grupo de Alimentos	1 o 2 piezas	3 o 4 piezas	5 piezas o más.
a) Frutas frescas			
b) Verduras			
c) Carnes rojas			
d) Carne blanca (pollo, pescado)			
e) Alimentos ultra procesados			
f) Embutidos (jamón, salchicha)			
g) Cereales (pan, tortillas)			
h) Lácteos (leche, queso, yogur)			

Sección 3: Prácticas de Preparación de Alimentos

¿Con qué frecuencia utiliza los siguientes métodos para preparar sus alimentos?

Método de Preparación	Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre
a) Hervido					
b) Asado					
c) Frito					
d) Al horno					
e) Cocido al vapor					

Sección 4: Creencias sobre la Alimentación y la Salud

¿Está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones?

Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
a) Comer alimentos fritos afecta negativamente la salud.					
b) La comida rápida es perjudicial para la salud.					
c) El consumo frecuente de refrescos aumenta el riesgo de diabetes.					
d) Una dieta equilibrada puede prevenir la diabetes.					
e) Las tradiciones alimentarias locales son saludables.					

Sección 5: Consumo de Alimentos Típicos de la Región

¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos típicos de la región?

Alimento	Nunca	1 vez al mes o menos	2-3 veces al mes	1 vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días
a) Tamales						
b) Pozol						
c) Tortillas de maíz						
d) Mole						
e) Chicharrón						

Sección 6: Modificaciones en la Dieta

En los últimos 12 meses, ¿ha realizado cambios en su alimentación debido a preocupaciones de salud?

Cambio en la Alimentación	Sí	No
a) Reducción del consumo de grasas		
b) Aumento del consumo de verduras		
c) Disminución del consumo de azúcares		
d) Eliminación de alimentos ultraprocesados		
e) Aumento de la ingesta de agua		

ESTILO DE VIDA

Actividad física

13.-¿Con qué frecuencia realiza actividad física?

- a) 1-2 veces por semana
- b) 3-4 veces por semana
- c) 5 o más veces por semana
- d) Nunca

14.- ¿Cuánto tiempo dedica a la actividad física en cada sesión?

- a) Menos de 30 minutos
- b) 30-60 minutos
- c) Más de 60 minutos
- d) No realizo

15.-Consumo de alcohol

¿Con qué frecuencia consume alcohol?

- a) Nunca
- b) Ocasionalmente (menos de una vez a la semana)
- c) 1-2 veces por semana
- d) 3 o más veces por semana

16.-Tabaquismo

¿Fuma o ha fumado en el pasado?

- a) Nunca

- b) Actualmente fumo
- c) He fumado en el pasado, pero no fumo ahora

17.-Sueño

¿Cuántas horas duerme en promedio cada noche?

- a) Menos de 5 horas
- b) 5-6 horas
- c) 7-8 horas
- d) Más de 8 horas

18.- ¿Cómo calificaría su nivel de estrés en una escala del 1 al 5?

- a) 1 (muy bajo)
- b) 2 (bajo)
- c) 3 (moderado)
- d) 4 (alto)
- e) 5 (muy alto)