

Artículo Original

Barreras culturales de comunicación con el personal de salud al recibir recomendaciones para una alimentación saludable en una comunidad Maya de Yucatán

Cultural communication barriers between the community and health care providers when receiving recommendations for healthy eating in a Mayan town

Adriana Figueroa-González,¹ Víctor M. Hernández-Escalante,¹ Zulema M. Cabrera-Araujo,¹ Alina D. Marín-Cárdenas, Torres-Escalante JL,¹ Carlos J. Castro-Sansores¹

¹Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, Yucatán, México.

RESUMEN

Introducción: El sobrepeso y la obesidad son frecuentemente abordados con programas y acciones que no toman en cuenta el contexto social y cultural de los individuos. **Objetivo:** Identificar barreras culturales de comunicación entre la comunidad y el personal de salud al momento de recibir recomendaciones para tener una alimentación saludable. **Material y Métodos:** Estudio cualitativo, se realizaron entrevistas semiestructuradas a una muestra a conveniencia de mujeres de una comunidad maya, encargadas de la preparación de alimentos en su hogar. **Resultados:** Fueron entrevistadas ocho mujeres, se encontraron barreras importantes de comunicación de tipo personal (gustos, preferencias, creencias) y de contexto (accesibilidad, asequibilidad, falta de claridad y comprensión de la explicación, falta de empatía) durante la orientación alimentaria. También se encontraron creencias positivas para mejorar las recomendaciones alimentarias. **Discusión:** Se identificaron barreras culturales para comunicarse con el personal de salud, así como las creencias positivas para alcanzar una alimentación saludable (potencialidades); la identificación de ambos aspectos es importante para abordar el problema de la alimentación saludable mediante estrategias interculturales. **Palabras clave:** alimentación, características culturales, obesidad, barreras de comunicación, personal de salud

SUMMARY

Introduction: Overweight and obesity are problems frequently addressed with programs and actions that do not take into consideration the social context and culture of individuals. **Objective:** Identify cultural communications barriers between the community and health workers when receiving recommendations for healthy eating. **Material and methods:** Qualitative study, semi-structured interviews were conducted with women from the community with Mayan presence, in charge of preparing food at home and representing the ages ranges of 20-39, 40-59 and 60-79 until they reached saturation of the categories found. **Results:** Eight women were interviewed, significant personal communication barriers (tastes and preferences, beliefs) and context (accessibility, affordability, lack of clarity and understanding of the explanation, lack of empathy) were found during food orientation. Beliefs considered potentialities for a healthy diet were also found. **Conclusions:** Important cultural barriers to communications with health workers were identified, as well as positive beliefs to achieve a healthy diet within their culture. To identify both aspects is important for intercultural approach which can contribute to counteract the epidemic of overweight and obesity within the community. Key words: Hospitalization. Submission. Rebellion. Dysfunctional reactions. Method of Approaching to the Subjectivity (MAS). **Keywords:** feeding patterns, cultural characteristics, obesity, communication barriers, health care providers.

Autor de correspondencia: Víctor M. Hernández Escalante, hescaln@correo.uady.mx

Fecha de Recepción: 16 de enero de 2021

Fecha de Aceptación: 28 de marzo de 2021

Introducción

El sobrepeso y la obesidad son considerados una epidemia a nivel mundial y en México frecuentemente se aborda esta problemática de salud de manera general y homogénea con políticas y programas que no tienen en cuenta el contexto social y cultura de los individuos (1). En población mexicana en condición de vulnerabilidad, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en 2018, el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad fue de 72% (38.4% sobrepeso y 33.6% obesidad), porcentaje que en 2012 fue de 69.6%; el 40.1% de las mujeres y el 26.6% de los hombres en población mexicana en condición de vulnerabilidad presentaron obesidad en la ENSANUT 2018 (2).

La dieta se ve afectada por la cultura en la que está inmerso el sujeto ya que de ella dependen todas las reglas y costumbres alrededor de lo que consume en su dieta (3-4). Un punto clave en el abordaje a esta epidemia debe ser la interculturalidad la cual se refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima con una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo; su intención directa es promover el diálogo y la relación entre culturas (3,5).

Para lograr el enfoque de interculturalidad en educación en alimentación es necesario que las culturas estén previamente identificadas para que se pueda dar el reconocimiento, la mejor manera de hacerlo es preguntar al individuo su percepción de pertenencia, es decir cómo se identifica en su relación con un pueblo determinado (5). Después es necesario reconocer las prácticas dietéticas determinadas culturalmente; con la identificación de alimentos, métodos de preparación, selección de condimentos, tiempo y frecuencia de comidas, el uso ritual, social y simbólico de los alimentos, así como las restricciones según su cultura y situaciones personales que se imponen como límite para consumirlos, pero además es necesario identificar cuáles son los alimentos

accesibles de acuerdo a los sistemas agrícolas tradicionales y los alimentos industrializados que se comercializan en las tiendas locales (3,6).

Las barreras culturales de salud están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura médica de las instituciones de salud y la cultura de los usuarios de los servicios, afectando la comprensión mutua. (5). Las potencialidades culturales incluyen creencias positivas para hacer frente a problemáticas como la obesidad y que operan como potenciadores del autocuidado en esta materia (7).

Existen factores que actúan como barreras para la instauración de prácticas y discursos favorables al desarrollo o mantenimiento de un estado nutricional óptimo, así como otros elementos que operan como potenciadores del autocuidado en esta materia. La identificación de las barreras y las creencias positivas ayudará a identificar aquellos determinantes culturales que favorecen la prevalencia del sobrepeso y obesidad (por ejemplo, las barreras) y a definir cursos positivos de acción para hacerles frente (7).

El objetivo del estudio es identificar barreras culturales para comunicarse con el personal de salud, percibidas por un grupo de mujeres mayas al recibir recomendaciones para tener una alimentación saludable.

Material y métodos

El diseño fue de metodología cualitativa (8-9), se realizaron entrevistas semiestructuradas a mujeres residentes de la comunidad de Cheumán encargadas de la preparación de alimentos en su hogar.

Selección de informantes clave. Fue utilizado el método de selección por juicio que consiste en la selección de las unidades a partir de criterios conceptuales definidos teóricamente por el investigador (10). Los criterios de inclusión fueron que los sujetos de análisis fueran mujeres, residentes de la comunidad de Cheumán, nacidas en Yucatán y que fueran encargadas de la preparación de los alimentos en su hogar. Se seleccionó una muestra a conveniencia de ocho mujeres que se incrementaría hasta llegar a la saturación de las categorías encontradas. Para

obtener mayor información se incluyeron mujeres de los siguientes rangos de edad: de 20-39 (tres mujeres), 40 – 59 (tres mujeres) y 60 – 79 (dos mujeres).

Técnica de análisis. Para el análisis de la información se trabajó en tres niveles de acuerdo con Taylor y Bogdan (11). En el primero: descubrimiento, se examinaron y ordenaron todos los datos registrados y se buscaron los temas vinculados a éstos, se revisaron las transcripciones, cotejándolas con las notas, apuntes, comentarios y anécdotas escritas durante los encuentros (11); la segunda etapa: codificación, concentró todos los temas, ideas y conceptos similares (12); por último la tercera etapa, la de relativización, se hizo una comparación de los datos a través de la triangulación de la información con el contexto y con otras teorías. Los ejes temáticos fueron tomados de acuerdo a lo usado por otros estudios (13-19): 1) barreras de comunicación personales, 2) barreras de comunicación de contexto y 3) creencias positivas que favorecen la implementación de una alimentación saludable.

Asuntos éticos: El protocolo de estudio fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina como parte del proyecto de “Revitalización del patrimonio cultural para la seguridad alimentaria” cuyo objetivo es modificar indicadores importantes de la seguridad alimentaria (dieta, índice de masa corporal; y producción de alimentos) en comunidades tradicionales de Yucatán a través de la negociación intercultural efectiva y la revitalización de saberes, patrones culturales y recursos naturales del pueblo maya. El estudio cumplió con las cláusulas estipuladas en la Ley General de Salud de México en materia de investigación. El protocolo fue aprobado el 26 de junio de 2017 por el comité de ética: Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán y registrado con la clave SISTPROY-FMED-2017-0003.

Resultados

Se entrevistaron a ocho mujeres de la comunidad que ocupaban principalmente el papel de

madres y abuelas dentro de su hogar, una de las mujeres entrevistadas es soltera, una viuda las demás son casadas. En todas ellas recaía la responsabilidad de la preparación de los alimentos a los miembros de su hogar. Dentro del núcleo familiar de las entrevistadas la responsabilidad del ingreso económico recae en varios miembros de la familia, pero el aporte principal proviene del esposo o hijo dentro del hogar, la edad de las mujeres oscila entre los 22-70 años. Entre los oficios que desempeñan las cuidadoras son: amas de casa, empleadas domésticas, comerciantes y empleadas.

La localidad donde se llevó a cabo el estudio se encuentra a 16 km del centro de la ciudad de Mérida, dentro de la llamada zona henequenera. Para el año 2010 tenía una población de 211 personas, 112 hombres y 99 mujeres. Dentro de la localidad existen 58 hogares habitados. En grado de marginación es alto, un bajo grado de rezago social y está clasificada como una localidad con presencia indígena ya que el 56% de su población son considerados oficialmente por el gobierno mexicano como indígenas (20-21).

Se trabajaron tres ejes temáticos de acuerdo con lo usado por otros estudios (13-19): 1) barreras de comunicación personales, 2) barreras de comunicación de contexto y 3) creencias positivas que favorecen la implementación de una alimentación saludable; las dos primeras se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Tipos de barreras culturales de comunicación con el personal de salud percibidas por mujeres adultas durante la orientación alimentaria.

1. Barreras personales:
-Gustos y preferencias
-Creencias
2. Barreras de contexto:
-Accesibilidad
-Asequibilidad
-Falta de claridad y comprensión de la explicación.
-Falta de empatía

1) Barreras de comunicación personales

Entre las barreras personales se encontraron:

1. Barreras de los gustos y preferencias: Las mujeres al recibir orientación alimentaria encontraron las recomendaciones del personal de salud cotidiana como insulsas y poco variadas y diferentes a lo que están acostumbradas a comer por lo que seguir las representa un cambio drástico a su alimentación.

“Pensé que iba a cambiar mi alimentación, me van a quitar todo esto, no puede ser, yo estoy acostumbrada a comer todo esto, pero pues no, ahí veo como le hago”

2. Barreras por las creencias: Algunas mujeres al recibir orientación alimentaria fueron desacreditadas sus creencias y conocimientos por el personal de salud, comprometiendo el apego de las mujeres a las recomendaciones nutricias ya que estas siguieron su propio criterio y no siguieron las indicaciones del médico en algunas ocasiones.

“Pues el plátano, yo sé que cuando están despertando si están calurosos no deben de comer y dicen los doctores que no es cierto que no tiene nada que ver eso... pero por cualquier cosa mejor no se lo doy. Así se murió mi abuelita”. Llegaba del sol y comía plátano y es que solo era el sol y se murió, cuando la fueron a ver ya estaba muerta. Desde eso mi mamá siempre dice que no, que es malo y sabrá dios si murió de eso o no pero mejor no.”

2) Barreras de comunicación de contexto

Entre las barreras de contexto se encontraron:

1. Barrera de alimentos poco accesibles: Las mujeres consideran difícil conseguir los alimentos recomendados dentro de la comunidad, por lo que las obliga a viajar a Mérida a conseguir los alimentos, haciendo difícil el apego de manera regular a la dieta

“Tiene uno que buscarlos en el centro lo que me dijeron en el hospital para comer”

2. Barrera de alimentos poco asequibles: las mujeres consideran que los alimentos recomendados por el personal de salud son caros además que consideran que es un gasto a parte ya que no va de acuerdo con la dieta de los demás miembros de la familia.

3. Barrera de claridad y comprensión de la explicación: Al preguntarle a las mujeres cuales eran las recomendaciones que percibieron para una alimentación saludable, las mujeres dan respuestas a medias o erróneas por lo que se observa que las mujeres no tienen completa claridad o certeza de las recomendaciones que lograron aprender del personal de salud, influyendo de manera negativa en sus decisiones tomadas en cuanto a su alimentación e incluso disminuyendo su apego al tratamiento por tratar de seguir instrucciones contradictorias.

Las mujeres dijeron tener vergüenza de preguntar las cosas que no entendieron al recibir las recomendaciones, al provenir de una persona completamente fuera de su contexto social.

“Sí, me dijeron que no debo comer, por eso a veces no como casi”

“Está bien que me digan que no coma grasa así, porque si, no sé qué le pasa a uno así”

“Si lo hice, quede bien ya estuvo ya no lo seguí haciendo, ya como normal todo”

4. Barrera de empatía: La gente percibe al personal de salud como autoritario y acusador, ajeno a sus necesidades, provocando en las mujeres sentimientos de impotencia para resolución de sus problemas.

“Lo sufrí mucho, estoy acostumbrada a comer y la doctora me dijo: ‘Usted si no baja de peso, corre usted por su cuenta’, está bueno pues dice bien la Doctora pues trato de no comer, de no tomar mucha Coca Cola”.

Además, se identificaron varias creencias en torno a la alimentación, una de estas es la repartición de tareas en torno al género de las personas, las cuales siguen recayendo en la mujer, sin embargo, los hombres en especial los hijos o nietos van adquiriendo más responsabilidades en la cocina como la adquisición de los alimentos, el servir los alimentos e incluso cocinar para sí mismo cuando no está la mujer en el hogar. De esta manera la responsabilidad deja de caer solo en una persona dejando más tiempo para que las mujeres dediquen a sí mismas.

Otra creencia encontrada relacionada con el bienestar y la alimentación es la creencia del estado del cuerpo frío y caliente y de la variedad

de alimentos con las mismas características. Por lo que en la comunidad cuando uno está “caluroso”, ya sea por venir de trabajar, estar despertando o por alguna enfermedad es necesario evitar los alimentos fríos. “Caer pesado” es otra creencia dentro de la comunidad de que en la noche no se deben comer ciertos alimentos ya que pueden producir malestares estomacales a esto se le conoce como “caer pesado” en todo el país y en la comunidad. Los alimentos que suelen caer pesado son el melón, la sandía, las comidas muy condimentadas o con picante, comer en gran cantidad.

3) Creencias positivas para alcanzar una alimentación saludable

Se asocian algunos alimentos de su vida diaria como portadores de químicos los cuales los hacen dañinos y no naturales como la carne de res, la cual hacen la distinción de la carne de res de super como la que tiene químicos en comparación a la que compran en el mercado. Los alimentos enlatados y los alimentos ultraprocesados. Sin embargo, contrasta lo dicho por las mujeres pues estos alimentos son consumidos frecuentemente en el hogar.

“Pollo así pays, la gallina que crías en el patio está bueno por qué no come alimento, pura tortilla, masa por qué alimento de medicina, ninguno.

Estas creencias pueden ayudar a potenciar una dieta saludable ya sea al adaptarse a la cosmovisión de alimentos fríos y calientes hace que las personas tengan una mejor aceptación y se adapten más fácilmente a los cambios de la dieta y a la creencia de que algunos platillos “caen pesado” ayuda a que las personas midan sus porciones y eviten alimentos con preparaciones cargadas de grasa, con respecto a los alimentos libres de químicos o naturales esto puede potenciar a la disminución de consumo de alimentos ultraprocesados y fomentar la autoproducción, el autoconsumo y comprar alimentos locales y frutas y verduras las cuales asocian con salud. Además, la comunidad tiene conocimientos que han adquirido a través de la orientación alimentaria acerca ciertas cualidades de los alimentos para el organismo.

En cuanto a las creencias sobre el exceso de peso las mujeres de la comunidad están conscientes que el tener un peso elevado implica consecuencias para su salud y su funcionalidad, las cuáles pueden identificar en sus familiares o en ellas mismas y que es un factor importante para el desarrollo de las enfermedades no transmisibles. Estos conocimientos y experiencias de las mujeres son un factor para lograr el cambio de hábitos por el cuidado de su salud y el de su familia.

En cuanto a su percepción corporal las mujeres expresan el deseo de por cambiar su composición corporal hacia una más delgada por motivos tanto por salud como por su aspecto físico y se refieren a su peso ideal como aquel que tenían antes de casarse.

“Si, una en el seguro, como dicen que estoy pasada de peso si me dijo el nutriólogo”

En cuanto a las causas del exceso de peso las mujeres están conscientes de la importancia de realizar actividad física y tienen opciones para lograrlo entre estas opciones está el realizar jarana, zumba o salir a caminar. Las mujeres saben que deben medir la porción de los alimentos que consumen y los alimentos considerados por ellas como causantes de obesidad son los llamados “alimentos chatarra”, a los altos en grasas y el consumo elevado de tortillas y barra de pan francés.

Discusión

Franch y cols (7) coinciden con los resultados en Cheumán en el papel desempeñado por los orientadores de salud los cuales no desarrollan empatía con las mujeres, mostrándose de manera hostil y autoritaria ante ellos, lo cual provoca el abandono de la intención de mejorar su salud. Además, las mujeres perciben lo propuesto por los orientadores como algo fuera de su contexto, difícil de adquirir, limitado en opciones y fuera de lo que a ellas les gusta. Otra barrera en la comunicación fue que el personal promovió el consumo de frutas y verduras como algo extra a la dieta de manera cruda sin dar opciones de agregar a la preparación de la comida, situación que no se marcó en la comunidad de Cheumán.

Contrastando lo reportado por Franch y cols (7) con lo encontrado en la comunidad de Cheumán destaca el rol de género en la familia al haber una redistribución de las responsabilidades en torno a la alimentación permitiendo a la mujer tiempo libre para sí misma al no cargar sola con las tareas de la alimentación familiar, sin embargo siguen siendo estas las figuras principales en torno a la alimentación dentro de la comunidad de Cheumán al igual que lo descrito por Uicab-Pool y cols (22) en una comunidad de Yucatán. Otros estudios en Yucatán resaltan la importancia de los roles de género (23).

También se destaca el conocimiento previo de las mujeres sobre alimentación saludable al dar testimonio del éxito de otros programas, pero no se destaca como potencialidad que este conocimiento puede servir de base para la implementación de nuevos conocimientos.

En cuanto a las creencias de la comunidad, en otro estudio en comunidades rurales de Yucatán (24), describieron el choque cultural que se dio al recibir orientación alimentaria de un programa de ayuda con la creencia de alimentos fríos y calientes, por lo que es necesario la adaptación de las recomendaciones a las creencias de la comunidad. En la comunidad rural en la cual hicieron sus observaciones (24) se encontró conflicto entre el personal de salud y las personas en cuanto al tiempo de comida en el cual se debe consumir algunos alimentos como el huevo, sin embargo, en la comunidad de Cheumán se usa este alimento en los tres tiempos de comida y consideran que su consumo en exceso es asociado a enfermedades no transmisibles.

Con respecto a los alimentos que asocian a la salud la comunidad de Cheumán consideró como naturales, buenos para la salud y naturales a las frutas y verduras y alimentos producidos por ellos mismos o localmente y dejó en segundo lugar alimentos como ultraprocesados y "alimentos del super" contrastando con lo encontrado por Uicab y cols (22) en la comunidad de Tizimín, Yucatán en la cual encontró al mismo nivel como alimentos saludables a los alimentos ultraprocesados y lo autoproducido. Hernández y cols (24) remarcan que las comunidades de estudio en Yucatán se vive una constante

transformación de sus tradiciones y costumbres con respecto a la alimentación, siendo notable la inclusión cada vez con mayor frecuencia del consumo de alimentos ultraprocesados (25) y una disminución en el consumo de frutas y verduras, sin embargo, estos cambios alimentarios pueden traer ventajas a la comunidad como se refleja en Cheumán, al ampliar las opciones de alimentos para el consumo (24).

Las mujeres de Cheumán tienen el deseo de llegar a su peso ideal y de tener una figura más delgada, lo cual es algo positivo para la implementación de nuevos hábitos, sin embargo, ven el cambio de hábitos y el logro de sus metas como algo difícil o lejano a sus posibilidades. Loría y colaboradores (26) hacen énfasis en que los factores socioculturales interfieren en el reconocimiento personal del exceso de peso como un problema de salud.

La comunidad de Cheumán al estar expuesta a la transición alimentaria está sufriendo una pérdida en sus costumbres y una disminución en la calidad de su dieta, sin embargo, la identificación de las barreras culturales de comunicación con el personal de salud, así como las potencialidades para una buena alimentación dentro de su cultura es el primer paso para el abordaje intercultural el cual puede contribuir a contrarrestar la epidemia de sobrepeso y obesidad dentro de la comunidad como se ha demostrado en varias intervenciones a nivel mundial.

Agradecimientos

Nuestros agradecimientos al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) del gobierno de México por el apoyo a la tesista-becaria y a las autoridades y colaboradores de la localidad de Cheumán, Estado de Yucatán, México.

Conflicto de intereses y financiación

Todos los autores declaran que no existen conflictos de intereses en este estudio. Las fuentes de financiación de la investigación fueron recursos propios de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de

Yucatán y una beca del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

Referencias

1. Figuroa González A, Hernández Escalante VM, Marín Cárdenas AD. Intervenciones comunitarias con enfoque intercultural para la prevención y tratamiento de la obesidad. *Ciencia y Humanismo en la Salud*. 2018; 5(3):116-25.
2. Shamah-Levy T, Campos-Nonato I, Cuevas-Nasu L, Hernández-Barrera L, Morales-Ruán MC, Rivera-Dommarco J, et al. Sobrepeso y obesidad en población mexicana en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. *Salud Publica Mex*. 2019;61(6):852-65. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10585>
3. Campos Navarro R. *Antropología e Interculturalidad*. México: Mc Graw Hill; 2016.
4. OMS. Nota descriptiva: sobrepeso y obesidad 2016. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
5. Almaguer-González JA, García-Ramírez HJ, Vargas-Vite V. (2009). Interculturalidad en salud. Experiencia y Aportes para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud. México, DF: Secretaria de Salud, 1-281.
6. Tripp-Reimer T, Choi E, Kelley LS, Enslin, JC. Cultural barriers to care: inverting the problem. *Diabetes Spectrum*. 2001; 14(1):13-22.
7. Franch C, Hernández P, Weisstaub G, Ivanovic C. Consideraciones para identificar barreras y potencialidades culturales para el control y prevención del sobrepeso y obesidad en mujeres de bajos recursos. Santiago de Chile: Maval, 2012.
8. Scrimshaw NS, Gleason GR. RAP, Rapid assessment procedures: Qualitative methodologies for planning and evaluation of health related programmes. Boston, US: International Nutrition Foundation for developing countries, 1992.
9. Álvarez-Gayou JL. *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Colección Paidós Educador. México: Paidós Mexicana.
10. Navarrete JM. El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones sociales*. 2000; 4(5):165-80.
11. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación (Vol. 1)*: Paidós Barcelona, 1987.
12. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. *Metodología de la investigación*. 6ª. Edición. México: McGraw-Hill/Interamericana, 2014.
13. Hirmas-Adaury M, Poffald-Angulo L, Jasmen.Sepúlveda AM, Aguilera.Sanhueza X, Delgado-Becerra I y Vega-Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 33(3):223-229
14. Lorente JAD, Jiménez-Arias ME. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. *MEDISAN [Internet]*. 2009 Ago; 13(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400010&Ing=es.
15. Ávila-Sansores GM, Gómez-Aguilar P, Yam-SosaAV, Vega-Argote G, Franco-Corona BE. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. *Aquichán* 2013; 13(3):373-386
16. Sevil-Serrano J, Pizarro P, Zaragoza-Casterad A, del Villar-Álvarez F, García-González L. Barreras percibidas para la práctica de actividad física en estudiantes universitarios. Diferencias por género y niveles de actividad física. *Universitas Psychologica* 2017; 16(4):303-317.

- <https://dx.doi.org/10.11144/javeriana.upsy16-4.bppa>
17. Sevil-Serrano J, Abarca-Sos A, Abadías-Granado J, Calvo-Ferrer D, García-González L. Cumplimiento de las recomendaciones de práctica de actividad física y percepción de barreras en estudiantes de Bachillerato. *Cultura, Ciencia y Deporte* 2017; 12(36):183-194
 18. Baeza-Rivera MJ, Betancourt H, Salinas-Oñate N, Ortiz MS, Marín O, Valle G. Identificación y medición de creencias culturales sobre los médicos: construcción y validación de un instrumento. *Rev Méd Chile* ; 2018 Mar; 146(3): 308-314. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000300308&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000300308>.
 19. Arrivillaga M, Salazar IC, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*. 2003; 34 (4):186-195.
 20. 20. Catálogo de localidades indígenas en México, INEGI 2010. Disponible en: https://idegeo.centrogeo.org.mx/layers/geonode:catlocindigenas_2010
 21. 21. SEDESOL. (2012). Catálogo de localidades. Disponible en: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/>
 22. 22. Balam-Gómez M, Uicab-Pool G, Uch-Puc P, Sabido-Barrera J. Evaluación de los comedores comunitarios en Tizimín, Yucatán, México: percepciones y propuestas del personal y beneficiarios. *Enferm Univ*. 2013; 10(4):125-32. [https://doi.org/10.1016/S1665-7063\(13\)72641-1](https://doi.org/10.1016/S1665-7063(13)72641-1)
 23. 23. Marín-Cárdenas AD, Sánchez-Ramírez G, Maza-Rodríguez L. Prevalencia de obesidad y hábitos alimentarios desde el enfoque de género: el caso de Dzutóh, Yucatán, México. *Estud soc*. 2014; 22(44):64-90. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572014000200003&lng=es&nrm=iso. ISSN 0188-4557.
 24. 24. Hernández-Escalante VM, Marín-Cárdenas A, Medina-Baizábal AL, Santana-Carvajal A, Ordoñez-Luna M, Cabrera-Araujo Z. Percepciones sociales sobre la alimentación y negociación cultural deficiente en las recomendaciones dietéticas dirigidas a madres con hijos menores de cinco años que presentan desnutrición. *Ciencia Humanismo Salud*. 2014; 1(2):71-80.
 25. 25. Pérez-Izquierdo O, Nazar-Beutelspacher A, Salvatierra-Izaba B, Pérez-Gil-Romo SE, Rodríguez L, Castillo-Burguete MT, et al. Frecuencia del consumo de alimentos industrializados modernos en la dieta habitual de comunidades mayas de Yucatán, México. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*. 2012; 20(39):155-84. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572012000100006&lng=es&tlng=es.
 26. 26. Loria A, Arroyo P, Fernández V, Pardo J, Laviada H. Prevalence of obesity and diabetes in the socioeconomic transition of rural Mayas of Yucatan from 1962 to 2000. *Ethn Health*. 2020;25(5):679-85. Doi:10.1080/13557858.2018.1442560.