

## Artículo de Revisión

# Intervenciones comunitarias con enfoque intercultural para la prevención y tratamiento de la obesidad

*Adriana Figueroa González,<sup>1</sup> Víctor M. Hernández Escalante,<sup>1</sup> Alina D. Marín Cárdenas<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, Yucatán, México.

### RESUMEN

El sobrepeso y la obesidad son consideradas epidemias a nivel mundial, con más de 1900 millones de personas adultas que los presentan a nivel mundial, dejando graves consecuencias para la salud como la enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, artropatías, enfermedades renales, entre otras, las cuales ocupan los principales lugares de prevalencia y mortalidad. Se ha intentado abordar esta problemática de salud de manera general y homogeneizadora con políticas y programas que no tienen en cuenta el contexto social de los individuos. Es necesario que las nuevas estrategias fundamenten entornos y comunidades favorables que permitan influir en las elecciones de las personas, con ambientes interculturales en el que la opción para dieta más sencilla, adecuada a sus costumbres, más accesible, disponible y asequible sea la más saludable en materia de alimentos y actividad física periódica contribuyendo de manera real en la prevención del sobrepeso y la obesidad. Se presentan tipos y antecedentes de intervenciones comunitarias con un enfoque intercultural como ejemplos de intervenciones sensibles a la comunidad que aspiran a la interculturalidad en la salud. En la construcción de este tipo de intervenciones es deseable la identificación de potencialidades culturales locales y de las barreras de comunicación intercultural existentes entre la comunidad y el personal de salud.

**Palabras Clave:** obesidad, intercultural, intervención comunitaria

### SUMMARY

Overweight and obesity are considered epidemics worldwide, with more than 1,900 million adults who present them worldwide, leaving serious consequences for health such as cardiovascular disease, high blood pressure, diabetes mellitus, cancer, arthropathies, kidney diseases, among others, which occupy the main places of prevalence and mortality. Attempts have been made to address this health problem in a general and homogenizing way with policies and programs that not consider the social context of individuals. It is necessary that the new strategies base favorable environments and communities that allow influencing people's choices, with intercultural environments in which the simplest diet option, adapted to their customs, more accessible, available and affordable, is the healthiest in food matter and physical activity periodically contributing in a real way in the prevention of overweight and obesity. Types and antecedents of community interventions with an intercultural approach are presented as examples of community-sensitive interventions that aspire to interculturality in health. In the construction of this type of interventions it is desirable to identify local cultural potentialities and the barriers of intercultural communication existing between the community and health personnel.

**Keywords:** obesity, intercultural, community intervention

**Autor de correspondencia:** Dr. Víctor Hernández Escalante. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Yucatán. Correo electrónico: hescalan@correo.uady.mx

Fecha de Recepción: 5 de noviembre de 2018

Fecha de Aceptación: 4 de diciembre de 2018

### **Introducción.**

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud durante el año 2016 más de 1900 millones de adultos mayores de 18 años de edad tenían exceso de peso, de los cuales más de seiscientos millones eran obesos (1), siendo las mujeres con un nivel educativo menor quienes tienen tres veces más posibilidad de padecer obesidad que las más educadas en los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (1,2). En México, lo encontrado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) Medio Camino 2016 reportó una prevalencia combinada de sobrepeso u obesidad para las mujeres de 75.6% y de 69.4% para los hombres y una prevalencia de obesidad abdominal del 65.4% en hombres y de 87.7% en mujeres (3). Entre las enfermedades no transmisibles asociadas al exceso de peso, las de mayor relevancia son el conjunto de enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y los trastornos del aparato locomotor (4-7). Los factores ambientales relacionados más comunes en la actualidad son los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física, consecuencias de cambios sociales relacionados al desarrollo y la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud, la agricultura, el transporte, la planificación urbana, el medio ambiente, el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, la cultura y la educación (1). A nivel mundial predomina el descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización y el aumento en la ingesta de alimentos calóricos por su alto contenido en grasas (1).

### *Antecedentes culturales de la alimentación*

En los seres humanos la alimentación y la nutrición no se limitan solo a los procesos bioquímicos necesarios para la supervivencia y el óptimo desarrollo y funcionamiento de órganos como en otros seres vivos, sino que además estos procesos se ven inmersos dentro de la presencia

de la cultura del individuo; es decir un alimento para ser susceptible de consumo necesita llevar un proceso de normas culturales que lo hacen deseable para una población, quedando más allá de la simple necesidad biológica de alimentarse y de los diversos productos proporcionados por la naturaleza (8-10).

La cultura culinaria de las diversas sociedades se presenta en la manera de preparar servir o combinar los alimentos de acuerdo con las normas establecidas las cuales están basadas en sus celebraciones, ritos o momentos específicos de día (8). También se toman en cuenta normas que consideran a algunos alimentos exclusivos a cierta edad, género, estado fisiológico o compleción física y existen tradiciones en las cuales ciertos alimentos cobran relevancia para el tratamiento de algún malestar físico específico. Además dentro del marco cultural también influyen factores como las experiencias, los recuerdos, sentimientos, gustos, toxicidad o la razón por la cual son o no considerados comestibles ciertos alimentos por el individuo (9). En México, la dieta tradicional indígena en general es buena fuente de energía e hidratos de carbono, es baja en grasa y contiene proteína de alto valor biológico debido a la combinación de los aminoácidos proporcionados por el maíz y frijol, tiene un buen aporte de fibra y también es rica en vitaminas y minerales, ya que cuentan con suficiente consumo de frutas y verduras, consumo cotidiano de chile; el cual es rico en vitamina C y A y la tortilla, la cual es fuente de calcio por el proceso de nixtamalización del maíz (11-12).

La alimentación a nivel mundial está sufriendo un proceso cíclico con repercusiones importantes en el perfil nutricional de las personas, reflejándose de manera directa en su composición corporal (31). Entre los cambios alimentarios esta la sustitución de la dieta rural o "tradicional" hacia una moderada, opulenta, homogénea u "occidental;" la cual tiene un patrón de consumo a favor de los alimentos y bebidas ultraprocesados, mayor consumo de alimentos de origen animal y baja en granos

enteros y fibra (13-14).

*Prevención y abordaje del sobrepeso y obesidad.*

El sobrepeso y la obesidad, así como las enfermedades no transmisibles vinculadas, pueden prevenirse en su mayoría, pero para lograr esto es fundamental la generación de entornos favorables que permitan influir en las elecciones de las personas, de modo que la opción más sencilla; la más accesible, disponible y asequible sea la más saludable en materia de alimentos y actividad física periódica (1). Los programas de cambio de estilo de vida promueven estrategias individuales efectivas para la reducción del peso, limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total y de azúcares, aumentar el consumo de frutas y verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos, así como realizar actividad física periódica de intensidad moderada durante un mínimo de 150 minutos semanales para los adultos (1,15-16).

Los programas de cambio de estilo de vida para el manejo del sobrepeso son variables en su metodología y resultados; sin embargo, se han identificado ciertas características que ayudan a la disminución y conservación del peso de las personas participantes. Una de las herramientas usadas en estos programas son las estrategias de cambio de conducta; los cuales se enfocan en cambiar la forma en que un individuo piensa sobre sí mismo, sus comportamientos y las circunstancias que lo rodean y cómo modificar su estilo de vida. Incluyen técnicas como la fijación de metas propias por la persona; enfocadas en cambios de la conducta y en la disminución del peso, el automonitoreo, la solución de problemas, el modelamiento, contacto frecuente y prolongado con el personal de salud, entrevista motivacionales, retroalimentación y reforzamiento, incentivos, aumento de la autoeficacia y prevención de recaídas (15-17). Otras herramientas que han mostrado buenos resultados son las sesiones de desarrollo de habilidades tales como la lectura de etiquetas de alimentos, compras de comestibles, practica usando podómetros, bandas de ejercicio u otro equipo de ejercicio y grupos de caminar.

También el reforzar la información proporcionada con otras estrategias como medios impresos, a través de la computadora, teléfono o celular y de manera general el utilizar varias de las herramientas anteriores al mismo tiempo (16-17). En cuanto al tiempo se recomienda que este tipo de programas no sean menores a los 6 meses de duración y que se maneje una fase de seguimiento de un año para conservar los resultados (15-17).

Con respecto al abordaje hacia las personas en estos programas no parece haber diferencias sustanciales en el tamaño de las pérdidas de peso producidas por sesiones independientemente si son individuales y grupales (15). Artinian y cols. (17) en una declaración científica por la asociación americana del corazón, señala que los programas de cambio de estilo de vida basados en un grupo se caracterizan por tener oportunidades de interacción social y apoyo con otras personas que están pasando por procesos de cambio similar, además se administran en pequeños grupos cerrados con reuniones semanales al inicio del programa. Este tipo de programas se utilizan en investigaciones de tipo ensayo clínicos aleatorizado y han demostrado su efectividad para el tratamiento de grupos minoritarios.

*Interculturalidad en la salud y sus barreras.*

Para lograr un buen abordaje de la atención y solución de los problemas de salud en todos los contextos sociales es necesario reconocer el ambiente y la cultura del otro para lograr una buena comunicación (9). La cultura se define a menudo como un conjunto aprendido de valores, creencias, normas y patrones de comportamiento. Cada cultura tiene su propia historia, lógica y significación, convirtiendo a los seres humanos en sujetos portadores de cultura: seres que comparten universos simbólicos y al decir que cada grupo construye su propia cultura, no significa que éstos vivan aislados unos de otros, por el contrario, viven en constante relación (18).

La interculturalidad 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 y no solamente su reconocimiento y visibilizarían social (9,19). Al introducirnos en la cultura de otros grupos las mujeres de éstos son un punto clave, ya que, culturalmente la mujer en las comunidades es formada para realizar las tareas del hogar, cuidar a otros miembros de la familia, aprender a cocinar, administrar el hogar y porque se espera que en un corto tiempo desempeñe el rol de esposa, ama de casa y madre. Además los hombres por lo general no se encuentran en las casas porque se encuentran en busca del sustento económico (20-21).

Las barreras culturales de salud están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura de las instituciones de salud y la cultura de los usuarios de los servicios (19,22). Las barreras encontradas en el pensamiento del personal de salud hacia los pacientes es que al no practicar comportamientos saludables "no se preocupan por su salud," que la salud personal debe ser la prioridad más importante para cada miembro de la familia, que la biomedicina es la única medicina "correcta" y la única base para la práctica, que las creencias tradicionales deben ser cambiadas en lugar de usarlas como base para construir conocimientos, todo el mundo entiende el concepto de "enfermedad crónica", la gente debe y seguirá las instrucciones dadas por los profesionales de la salud, el fracaso de adherencia es el problema solo del paciente, los pacientes tienen autonomía, el cuidado de la salud está disponible y es accesible para todos (23-24).

Estos pensamientos se reflejan en la queja constante de los usuarios y sus familiares de los servicios de salud sobre la percepción que tienen hacia las actitudes del personal de salud y que dificultan la comunicación entre el emisor y el receptor. Entre las quejas mencionadas está la indiferencia, falta del conocimiento de la lengua, deshumanización, despersonalización, discriminación, la falta de escucha y el ignoro a sus opiniones respecto a lo que esperan de los

servicios médicos, el maltrato y regañones ante las creencias y prácticas que manifiestan de la salud y la enfermedad (9). Dentro de estas barreras ocupan un lugar destacado las de comunicación en las cuáles al haber dos o más personas de diferentes matrices culturales hablando, se presentan diferencias que interfieren en la comunicación entre ellos afectando el entendimiento de una palabra o una frase e incluso la percepción del mundo entre los actores (22). Todas estas barreras terminan por incidir en su percepción sobre los servicios de salud y de la atención del personal, influyendo en el desapego a las indicaciones médicas, en el abandono de los tratamientos y la resistencia al uso de los servicios (19).

#### *Interculturalidad en los programas de orientación alimentaria.*

Actualmente se promueve la educación en salud con enfoque intercultural a los pueblos indígenas, en la cual las relaciones de enseñanza-aprendizaje sean constructivistas y vayan de manera horizontal y colaborativa, promoviendo la apropiación del conocimiento por parte de la población considerando sus propias experiencias, en contraste con lo que se conoce como educación nutricia convencional; la cual consiste en un proceso vertical descendiente, concretizado por el discurso del "educador" (19,25). Para lograr el enfoque de interculturalidad es necesario que las culturas estén previamente identificadas para que se pueda dar el reconocimiento y la mejor manera de hacerlo es preguntar al individuo su percepción de pertenencia, es decir cómo se identifica en relación con un pueblo determinado (19). 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 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 (9,23).

Una herramienta en la investigación cualitativa que sirve como una aproximación metodológica a la realidad cultural es la técnica denominada RAP (Rapid Assessment Procedures) que se utiliza para investigar las realidades sociales desde su matriz racional y compleja, pero en menor tiempo. Utilizan técnicas habituales de la antropología (observación, entrevistas, discusiones grupales) brindando oportunidades con el fin de programar y evaluar programas alimentarios (26). Pasarín y cols. (26) aplicaron la metodología de RAP en un trabajo interdisciplinario que aborda el estudio de dos comunidades en Buenos Aires Argentina, donde parte de la población recibe planes de asistencia alimentaria. El objetivo general de este proyecto fue determinar la efectividad de los planes para suplir carencias nutricionales, prevenir el riesgo de sobrepeso y obesidad y otros problemas asociados al síndrome metabólico en niños, embarazadas y madres en periodo de lactancia. Además, se propuso intervenir en esta población para promover el empoderamiento de la comunidad en la prevención de problemas relacionados con la alimentación. Se llegó a la conclusión con respecto a la metodología RAP de que la información obtenida y el tratamiento dado se integró exitosamente al resto de los módulos de la investigación, resultando de gran utilidad al proyecto general en la medida que permitió dar cuenta de factores de confusión y facilitadores en el acceso a los alimentos e identificar líderes en la comunidad considerados referentes en temáticas vinculadas a la alimentación. Asimismo, aportó información sustancial para la siguiente etapa en la que se trabajó junto con un grupo de comunicadores sociales y representantes de la comunidad, en el diseño de estrategias de intervención, donde se generaron talleres participativos como espacios de reflexividad en los cuales distintos actores intercambiaron saberes y desarrollaron estrategias conjuntas con el objetivo de alcanzar una alimentación más saludable (27).

Franch C. y cols. elaboraron una propuesta metodológica cualitativa con el objetivo de

indagar en el modo en que los factores culturales inciden en la mantención y aumento del sobrepeso y obesidad en mujeres chilenas adultas de nivel socioeconómico bajo, determinando las barreras y potencialidades para el cambio en las conductas asociadas al fenómeno. Los datos se obtuvieron en base a entrevistas a 30 mujeres con y sin exceso de peso entre 20 a 50 años, con y sin hijos, con y sin trabajo remunerado, con y sin pareja, en una primera etapa, de las cuales se seleccionaron 10 para la realización de observaciones etnográficas. Los autores concluyeron que 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 relevancia de esta distinción analítica es que ayuda a identificar aquellas causas culturales que acrecientan la prevalencia del sobrepeso y obesidad (las barreras) y a definir cursos positivos de acción para hacerles frente las potencialidades (28).

Existen varios ejemplos de programas interculturales como el del estudio realizado por Stegmayer y cols. (29) en el cual llevaron a cabo un programa con resultados exitosos de educación sobre la diabetes entre los miembros tribales de Winnebago y Omaha, cuya metodología consistió en una evaluación de los patrones de alimentación mediante análisis de la dieta y entrevistas sobre sus conocimientos de alimentación, técnicas de cocción y sus preferencias alimentarias a miembros de la tribu. El objetivo fijado después de la evaluación fue el de bajar los niveles de glucosa de los miembros de la tribu que padecían diabetes. Se enfatizó en comer más de ciertos alimentos en lugar de restringir a otros. También se hizo hincapié en sólo unos pocos cambios en cada visita, dio retroalimentación positiva para los cambios, distribuyó listas de alimentos y carteles, utilizó el aprendizaje experiencial (cocina de prueba con alimentos de muestra, comida y muestra de etiquetas con sesiones de práctica de selección), utilizó mensajes positivos para mejorar su salud

en lugar de miedo y mensajes de consecuencias negativas, y de comer menos grasa (29).

Satterfield DW y cols. (30) realizaron durante el año 2001, una revisión de la literatura de intervenciones basadas en la comunidad o con elementos de la cultura de la comunidad, para la prevención o modificaciones de factores de riesgo para la diabetes tipo 2, dentro del período de 1990 – 2001. Ellos encontraron 16 intervenciones publicadas, ocho de los cuales se realizaron en poblaciones con altas prevalencias de diabetes mellitus, la mayoría de los estudios reportados fueron cuasi experimentales. Entre los resultados en población adulta se encontró mejoras en la adopción de actividad física y la adquisición de nuevos conocimientos. Varios de los estudios informaron limitaciones en su diseño, incluyendo la falta de grupos de control o comparación, las bajas tasas de respuesta o la falta de información sobre los no respondedores o breves períodos de intervención. Llegaron a la conclusión que existe una necesidad crítica de llevar a cabo y publicar informes sobre una investigación comunitaria bien diseñada sobre la prevención de la diabetes y compartir información sobre el proceso, los resultados y las lecciones aprendidas (30).

Staten LK y cols. (31) realizaron un estudio en población hispánica de la frontera de Estados Unidos con México en el cual realizaron una intervención grupal de doce semanas que incluía sesiones de educación nutricional y actividad física a través de un programa desarrollado en colaboración con la comunidad y socios académicos y basado en programa diseñado culturalmente por el Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre llamado “Su Corazón su Vida”. Los autores analizaron los cambios en mediciones antropométricas, presión arterial y análisis de laboratorio y se encontraron una disminución en el IMC ( $p=0.04$ ), circunferencia de cintura y cadera ( $p < .001$ ), presión sistólica y diastólica ( $p < .001$ ) y en colesterol total ( $p=0.008$ ) desde el inicio hasta la conclusión del programa. Durante el seguimiento todas las variables se conservaron igual, excepto en la presión sistólica que aumentó, además el control de la glucosa mejoró entre el inicio y el

seguimiento. Por lo que llegaron a la conclusión que las mejoras en el ejercicio y dieta tiene efectos positivos en la antropometría y la química sanguínea

Vincent D y cols. (32) reportaron los resultados de una intervención basada en la comunidad para la prevención de diabetes en adultos mexicanoamericanos con sobrepeso. El estudio consistió en la comparación de una intervención control cuyas sesiones educativas proporcionaron información general sobre la promoción de la prevención de varias enfermedades crónicas y una intervención en la cual las sesiones fueron realizadas en formato de conferencia/discusión por una enfermera bicultural/bilingüe que había sido entrenada para entregar el contenido y la intervención llamada “Vida Saludable” durante cinco meses con una fase intensiva de ocho sesiones semanales de dos horas, seguida de una fase de mantenimiento de tres sesiones mensuales de una hora. La teoría cognitiva social proporcionó el marco para aumentar la autoeficacia y mantener los conceptos clave. Se desarrollaron mensajes adaptados a la cultura y mecanismos de entrega para promover la alimentación saludable y para aumentar progresivamente la actividad física de los adultos mexicanoamericanos. Se encontraron resultados significativos en el peso 4.39 (DS .045), circunferencia de cintura 4.67 (DE.039), IMC 4.97 (DE .033) y autoeficacia dietética 5.58 (DE .025) (32).

Otro ejemplo de esta metodología con resultados importantes fue el estudio realizado por Kramer M.K, y cols. (33) implementando el programa llamado Balance de Estilo de Grupo (GLB) con 12 sesiones semanales de una hora con metas para bajar el 7% de su peso y aumentar su actividad física a 150 minutos a la semana y de esta manera lograr reducir sus factores de riesgo de diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular. Ochenta y un participantes se inscribieron en el estudio (71 mujeres, 10 hombres). La pérdida media general de peso fue de 11.3 lb (5.1%,  $P < .001$ ), además, se observaron disminuciones significativas de la cintura 1.8 (4.0%  $P < .001$ ) glucosa plasmática en ayunas 2.9 (2.8%  $p=0.04$ ),

Tabla 1. Propuesta de Tripp-Reimer y cols. para que los profesionales de salud puedan dar un servicio culturalmente adaptado de manera adecuada (22).

---

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adaptar los patrones de comunicación e interacción.           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar estrategias apropiadas para demostrar respeto.</li> <li>• Usar comunicación indirecta (en lugar de directa) cuando sea necesario.</li> <li>• Seleccionar y asociarse con intérpretes apropiadamente.</li> </ul> </li> <li>2. Realizar evaluaciones culturales específicas (para definir problemas, modificar / construir intervenciones y establecer resultados de participación y metas).</li> <li>3. Modificar los programas de educación sobre la diabetes.           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el estilo de aprendizaje preferido de los pacientes: visual, auditiva, experimental; y utilizar la modalidad de enseñanza adecuada (círculos de conversación, uno a uno, didáctico).</li> <li>• Evaluar el nivel de lectura de los pacientes.</li> <li>• Evaluar el nivel de lectura de los materiales de educación del paciente.</li> <li>• Use temas culturales, metáforas o cuentos populares para entregar mensajes de salud.</li> </ul> </li> <li>4. Obtener información sobre la lógica de incumplimiento de los pacientes e involucrar a los pacientes en la resolución de problemas para diseñar estrategias para abordar los problemas de los pacientes.</li> <li>5. Determinar la aplicabilidad de una estrategia demostrada efectiva con una población particular a un individuo particular dentro de esa población o a una población diferente.</li> <li>6. Trabajar en asociación con comunidades étnicas.</li> <li>7. Evaluar el nivel personal de la competencia cultural y tomar medidas para abordar las deficiencias.</li> </ol>	<hr/> <p>colesterol de lipoproteínas de baja densidad 4.6(3.9%, p=0.04), triglicéridos 19.4 (11.3%, p&lt;0.001) y presión arterial también significativas (33).</p> <p>La propuesta de Tripp-Reimer y cols. (22) para que los profesionales de salud puedan dar un servicio culturalmente adaptado de manera adecuada se presentan en la Tabla 1.</p> <p>En la Tabla 2 se presenta una clasificación de las intervenciones con enfoque intercultural de acuerdo con la intensidad con la que profundizan en los aspectos culturales, las capacidades del personal de salud, recursos, problemas de salud y características de la comunidad (23).</p> <p>Para diseñar e implementar estrategias interculturales es necesario primero reconocer la cultura del otro y usar todos los conocimientos aprendidos para hacer una amalgama entre las dos culturas y poder influir en la mejora de su salud (39). Al convivir dos o más culturas diferentes pueden surgir las barreras interculturales las cuales pueden ser muy diversas e ir en temas como el significado dado a los espacios geográficos en relación con la salud a las barreras en la comunicación entre el personal de salud y los receptores de la información. Por lo que es imprescindible identificar tanto las barreras como los discursos favorables o potenciadores al desarrollo o</p>
---	---

---

mantenimiento de un estado nutricional óptimo (28).

Los programas de cambio de estilo de vida con enfoque intercultural pueden funcionar como una herramienta efectiva para el tratamiento del sobrepeso y obesidad pero es necesario crear evidencia de la necesidad que existe de éstos. Un elemento importante que puede contribuir a la efectividad de estos grupos es el enfoque de interculturalidad ya que esta metodología con elementos de educación constructivista trata de romper con las barreras creadas entre el personal de salud y la comunidad; que al intentar imponer su cosmovisión dentro del contexto que no conoce, crea rechazo por parte de la comunidad vulnerable y amplía la brecha entre ellos. Con el enfoque de interculturalidad se busca crear un diálogo horizontal entre el personal de salud y la comunidad y de esta manera influir en su salud e indirectamente en otras problemáticas relacionadas ya que este buscará las soluciones en su propio entorno (19).

### Conclusión

Se encontró evidencia de estudios que refirieron utilizar elementos culturales de la comunidad donde fueron aplicados, reportando resultados positivos aunque con algunas discrepancias

**Tabla 2.** Clasificación de las intervenciones con enfoque intercultural de acuerdo con la intensidad con la que profundizan en los aspectos culturales, las capacidades del personal de salud, recursos, problemas de salud y características de la comunidad (23).

1. Intervenciones culturalmente neutrales son aquellas que representan la práctica estándar.
2. Intervenciones culturalmente sensibles modifican los enfoques estándar para que sean culturalmente congruentes mediante el uso de materiales bilingües / biculturales, incorporando preferencias étnicas (por ejemplo, patrones de alimentos) y abordando cuestiones de acceso (costo, horas, proximidad geográfica).
3. Intervenciones culturalmente innovadoras implican el uso intencional y activo de elementos culturales para construir intervenciones que aprovechan los niveles simbólicos mediante el uso de temas culturales, metáforas, símbolos o estructura sonora. Las intervenciones culturalmente innovadoras pueden emplear estrategias de mercadeo social y trabajar con instituciones sociales clave (iglesias, consejos tribales), para aprovechar las redes sociales establecidas (clanes, vecindarios), para construir mensajes contextualmente significativos (metáfora, valores centrales), y para usar culturalmente modos anclados de difusión de la información (periódicos étnicos, boletines de la iglesia, fotonovelas).
4. Intervenciones culturalmente transformadoras se basan en los principios del activismo social. Las intervenciones en este nivel implican cambios en los elementos estructurales que implican poder y opresión. Las intervenciones transformadoras implican estrategias de cambio de segundo orden que primero identifican relaciones de poder tácitas u ocultas y luego se asocian con comunidades para alterar aspectos de la estructura social básica.

entre ellos atribuible a las variaciones en el tiempo de aplicación, enfoque, grupo control, variables a medir y el tipo de estudio a realizar (32,34).

Intervenciones con enfoque intercultural para el cambio de estilo de vida encaminado a mujeres con obesidad pueden frenar y disminuir el avance de la prevalencia de sobrepeso y obesidad al modificar el entorno social, alimentario, de actividad física y de autocuidado de las mujeres, las cuales son punto clave dentro de la dinámica familiar y de la sociedad e influyen directamente en el bienestar de su familia.

Otros beneficios para la comunidad serán la prevención de enfermedades no transmisibles y la conservación de los patrones y elementos de su dieta tradicional, además se puede influir de manera indirecta en su economía y medio ambiente al maximizar la utilización de los recursos que tienen en su propio entorno.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva: sobrepeso y obesidad 2016 ginebra, suiza: Organización Mundial de la Salud; 2016 [updated 2016; cited 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
2. Organización para la cooperación y el Desarrollo Económicos. obesity updated 2017. In: OECD, editor. 2017.
3. Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta nacional de salud y nutrición 2012 resultados por entidad federativa. Yucatán. Resultados Nacionales Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2012;1:112.
4. Organización Mundial de la Salud. Global Report on Diabetes Ginebra, Suiza: WHO; 2016 [cited 2017. Available from: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>.
5. Bougues Rodríguez H. La alimentación y la nutrición en México. Comercio exterior. 2001;51(10):8.
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mortalidad ¿De que mueren los Mexicanos? 2013 [Available from: <http://cuentame.inegi.org.mx/impresion/poblacion/defunciones.asp>.
7. Secretaría de Salud. Perfil Epidemiológico de los Municipios Indígenas en México. In: Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Dirección general de epidemiología, editor. México: Secretaría de salud. p. 231.



8. Campos Navarro R. Antropología e Interculturalidad. México: Mc Graw Hill; 2016.
9. Ascencia Peralta C. Fisiología de la nutrición. 1 ed. Mexico DF: Mc Graw Hill interoamericana editores; 2012. 148 p.
10. 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;20:155-84.
11. Román S, Ojeda-Granados C, Panduro AJRdeyn. Genética y evolución de la alimentación de la población en México. 2013;21(1):42-51.
12. Mazón SLL, Navarrete GG, Gutiérrez BNI. El maíz (*Zea mays* L.) y la cultura maya. Biotecnia. 2012;14(3):3-8.
13. Organización Panamericana de Salud. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. OPS Washington DC; 2015.
14. López de Blanco M, Carmona A. La transición alimentaria y nutricional: Un reto en el siglo XXI. An venez nutr. 2005;18(1):90-104.
15. Kirk S, Penney T, McHugh T-L, Sharma A. Effective weight management practice: a review of the lifestyle intervention evidence. International journal of obesity. 2012;36(2):178.
16. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, Kris-Etherton P, Van Horn L, Lichtenstein AH, et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults. A scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2010.
17. Tirzo Gómez J, Hernández JG. Relaciones interculturales, interculturalidad y multiculturalismo; teorías, conceptos, actores y referencias. Cuicuilco. 2010;17:11-34.
18. Gil-Romo SEP, Coria SD-U. Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. Salud Pública de México. 2007;49:445-53.
19. Bertran Vila M. Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. Physis-Revista de Saúde Coletiva. 2010;20(2).
20. Hernández-Escalante VM, López-Turriza M, Cabrera-Araujo Z. Interculturalidad y barreras socioculturales para una dieta adecuada en hogares de Yucatán. Ciencia y humanismo en la salud. 2015;2(2):64-75.
21. Schyve PM. Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the Joint Commission perspective. Journal of general internal medicine. 2007;22(2):360-1.
22. Tripp-Reimer T, Choi E, Kelley LS, Enslein JC. Cultural barriers to care: inverting the problem. Diabetes Spectrum. 2001;14(1):13-22.
23. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. Clinical diabetes. 2004;22(3):123-7.
24. Andrien M, Beghin I. Nutrición y comunicación: de la educación en nutrición convencional a la comunicación social en nutrición: Universidad Iberoamericana; 2001.
25. Scrimshaw NS, Gleason GR. RAP, Rapid assessment procedures: Qualitative methodologies for planning and evaluation of health related programmes: International Nutrition Foundation for developing countries; 1992.
26. Pasarin L, Cueto J, Lamarque M, editors. Etnografía y alimentación: prácticas "rápidas" para una intervención comunitaria. VI Jornadas sobre Etnografía y Métodos Cualitativos; 2010: Centro de Antropología Social, Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).
27. 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.
28. Stegmayer P, Lovrien FC, Smith M, Keller T, Gohdes DM. Nutrition Update: Designing a Diabetes Nutrition Education Program for a Native American Community. The Diabetes Educator. 1988;14(1):64-6.

29. Satterfield DW, Volansky M, Caspersen CJ, Engelgau MM, Bowman BA, Gregg EW, et al. Community-based lifestyle interventions to prevent type 2 diabetes. *Diabetes care*. 2003;26(9):2643-52.
30. Staten LK, Cutshaw C, Reinschmidt K, Stewart R, Roe DJ, Davidson C. Effectiveness of the pasos adelante chronic disease prevention and control program in a US-Mexico border community, 2005-2008. *Preventing chronic disease*. 2012;9:1-9.
31. Vincent D, McEwen MM, Hepworth JT, Stump CS. The effects of a community-based, culturally tailored diabetes prevention intervention for high-risk adults of Mexican descent. *The Diabetes Educator*. 2014;40(2):202-13.
32. Kramer MK, McWilliams JR, Chen H-Y, Siminerio LM. A community-based diabetes prevention program: evaluation of the group lifestyle balance program delivered by diabetes educators. *The Diabetes Educator*. 2011;37(5):659-68.
33. Castillo C. Efecto de una intervención educativa del plato del bien comer maya en los estilos de vida y control metabólico de diabéticos Sitalpech, Izamal. Mérida, México: Universidad Autónoma de Yucatán; 2016.
34. Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Rivera-Dommarco J. Manual de procedimientos para proyectos de nutrición. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2006.