



## ¿Por qué no dejan de comer lo acostumbrado? Reacciones fisiopatológicas y psicógenas configuradas culturalmente ante el plan de alimentación biomédico para controlar la diabetes tipo 2

**Marco Antonio  
Cardoso Gómez**

Facultad de Estudios  
Superiores Zaragoza,  
Universidad Nacional  
Autónoma de México  
(UNAM), México.

[mcardoso@unam.mx](mailto:mcardoso@unam.mx)

[marco\\_cardoso@me.com](mailto:marco_cardoso@me.com)

### **Resumen**

¿Por qué las personas con diabetes tipo 2 (DT2) no se adhieren al plan de alimentación prescrito por el médico? O más específicamente ¿por qué no dejan de comer lo acostumbrado? Este trabajo analiza reacciones fisiopatológicas y psicógenas padecidas por personas con diabetes tipo 2 ante un cambio de alimentación como parte del plan biomédico prescrito para el control de la enfermedad. Se considera que dichas reacciones son configuradas culturalmente y son una respuesta del cuerpo para no abandonar el tipo de alimentación al que se había acostumbrado.

El estudio es de carácter cualitativo, con un diseño descriptivo-explicativo basado en métodos fenomenológico y etnográfico. Para esto, se realizaron entrevistas en profundidad y observación participante a habitantes con diagnóstico de DT2 de una comunidad urbano-marginal de la Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, México. El trabajo pretende ofrecer argumentos que contribuyan con la comprensión más amplia de un problema de salud de relevancia mundial y mejorar las estrategias orientadas hacia su control.

### **Palabras clave**

Diabetes tipo 2, alimentación, cultura, reacciones fisiopatológicas y psicógenas, tratamiento biomédico.

Recibido: Mayo 2016.  
Aprobado para publicación:  
Mar. 2017.

## **Why they do not stop eating the usual? Culturally configured physiopathological and psychogenic reactions facing the biomedical nutrition plan to control type 2 diabetes**

### **Abstract**

Why do people with type 2 diabetes (DT2) not adhere to the diet plan prescribed by the doctor? Or more specifically, why do not they stop eating what is customary? This work analyzes pathophysiological and psychogenic reactions suffered by people with type 2 diabetes in the face of a diet change as part of the biomedical plan prescribed for the control of the disease. These reactions are considered to be culturally configured and a body response not to abandon the type of food to which people diagnosed with T2D had become accustomed.

The study is qualitative, with a descriptive-explanatory design based on phenomenological and ethnographic methods. For this, in-depth interviews and participant observation were carried out on inhabitants diagnosed with T2D from an urban-marginal community of Ciudad Nezahualcóyotl, State of Mexico, Mexico. The paper aims to offer arguments that contribute to the broader understanding of a health problem of global relevance and to improve strategies aimed at its control.

### **Keywords**

Diabetes, alimentation, culture, pathophysiological and psychogenic reactions, biomedical treatment.

## 1. Introducción

En el ámbito mundial, la diabetes es un problema de gran preocupación. Se calcula que 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones estimados para 1980. Esto implica que la prevalencia mundial de la diabetes, normalizada por edades, prácticamente se duplicó durante ese periodo, pasando del 4,7% al 8,5% en la población adulta (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). Asimismo, más de 316 millones presentan tolerancia anormal a la glucosa lo que implica un gran riesgo de contraer la enfermedad y se prevé que para 2035 se alcance los 471 millones (Federación Internacional de Diabetes, 2013).

Específicamente en México la diabetes es una enfermedad que se ha convertido en un problema de salud pública por diversos motivos: 1) es una de las dos enfermedades que actualmente genera mayor tasa de mortalidad junto con las enfermedades del corazón (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2015a); 2) en el año 2015 murieron 98,521 personas por esta enfermedad (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2015b); 3) su prevalencia en el país aumentó más de 15 veces desde mediados del siglo pasado hasta día de hoy (Dirección General de Comunicación Social-UNAM, 2016); y 4) para el año 2012 los costos económicos asociados al tratamiento y a sus complicaciones representaron 3,430 millones de dólares (Federación Mexicana de Diabetes, A. C., 2014).

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina, la hormona que regula el nivel de azúcar o glucosa en la sangre, o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce. Al primer caso se le denomina diabetes tipo 1 (DT1) y al segundo diabetes tipo 2 (DT2). Esta enfermedad, con el tiempo afecta el corazón, los ojos, los vasos sanguíneos, los nervios y los riñones. Sus consecuencias más frecuentes son cardiopatía y accidente vascular cerebral, retinopatía diabética, insuficiencia renal, úlceras en los pies y ceguera (OMS, 2016).

Particularmente la DT2, objeto del presente estudio, "si bien aún no es factible su curación, sí es posible su control, pues actualmente se cuenta con los conocimientos científicos y la tecnología suficientes, para tal fin". Esta afirmación fue hecha desde la década de 1990 (Mercado, 1996), y continúa siendo vigente (Cardoso, Zarco, Aburto y Rodríguez, 2014) y principalmente se refiere a la DT2, objeto del presente estudio.

El panorama cambia radicalmente para la DT2, donde la prevención puede desempeñar un papel muy importante (Fundación para la Diabetes, 2015). El plan de tratamiento biomédico para el control para esta enfermedad, consiste fundamentalmente en el establecimiento de una alimentación

balanceada saludable, la promoción de actividad física cotidiana para reducir el sedentarismo y la toma de los medicamentos prescritos (American Diabetes Association [ADA], 2014). Además, se “deberá incluir el fomento de estilos de vida y hábitos de alimentación saludable” (Secretaría de Salud, 2013, p. 12). El aspecto central de este tratamiento es la alimentación balanceada denominada saludable, la cual es definida como una manera de comer que reduce el riesgo de complicaciones. La alimentación considerada sana incluye la ingesta de una gran variedad de alimentos como vegetales, granos integrales, fruta, productos lácteos sin grasa, ensaladas, carnes magras, aves de corral y pescado (ADA, 2015).

Un consenso generalizado entre profesionales de la salud, asociaciones médicas, organismos internacionales como la OMS y la ADA sostienen que, si las personas que padecen DT2 cambiaran su estilo de alimentación por el indicado en la prescripción médica, podrían controlar su diabetes, evitando con ello sufrir las consecuencias como ceguera, amputación de miembros inferiores, daño renal, entre otros.

No obstante, si bien el control de la enfermedad puede parecer asequible, es justamente en este aspecto donde radica el problema: a las personas con diabetes les resulta muy difícil cambiar lo que acostumbran comer por una dieta considerada balanceada. En este escenario, es posible preguntarse: si se dispone de los recursos científicos y tecnológicos suficientes para controlar la DT2, ¿por qué las personas con esta enfermedad no se adhieren al plan de alimentación prescrito por el médico? O, más específicamente, ¿por qué no dejan de comer lo acostumbrado?

Este trabajo se propuso como objetivo describir y explicar las reacciones fisiopatológicas y psicógenas involuntarias, que presentan las personas que padecen DT2. Se definieron como reacciones fisiopatológicas y psicógenas aquellos signos y síntomas que el cuerpo de la persona presenta como respuesta involuntaria al cambio de alimentación prescrito para el control de la DT2. La diabetes es una enfermedad metabólica caracterizada por niveles de azúcar (glucosa) en sangre elevados; a la glucosa que circula por la sangre se le llama glucemia. En la DT2, el aumento de glucemia es el resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o en ambas (Fundación para la Diabetes, 2015).

Las reacciones fisiopatológicas y psicógenas involuntarias ante el plan de alimentación prescrito por el médico para controlar el aumento de glucemia, son una exigencia del cuerpo para no abandonar el tipo de alimentación acostumbrado. Se postula al cuerpo, además de como un organismo físico, como la posibilidad de conocer el mundo inmediato y propio, lo que se siente como realidad interna, vivenciada y con ello la posibilidad de aprender, con y del cuerpo, lo que vive y sus

consecuencias (López, 2008). Se consideró que las mencionadas reacciones están configuradas culturalmente por medio de la alimentación.

Una opinión generalizada es que la cultura se circunscribe únicamente a la literatura, música, pintura, escultura o a las magnas construcciones. La comida, aun cuando se considera producto de la iniciativa, originalidad y creatividad de algunas personas, poco se reflexiona en que "el patrón alimentario de una comunidad, una región o un país es el resumen de la sabiduría de las generaciones anteriores que lo configuraron" (Aguirre, 1989, p. 9) y que las sociedades humanas hacen una selección entre las posibilidades alimentarias que les ofrece el medio y de los recursos técnicos disponibles a su alcance (De Garine, 1987, pp. 4-7). Es decir, se soslaya que la comida es un elemento cultural por antonomasia.

La cultura comprende las formas de nacer y morir, casarse y procrearse, comer y festejar, los patrones de conducta y de conciencia, de conflicto y de cómo encararlo, de interactuar y solidarizarse socialmente, además de las que satisfacen las necesidades del sistema biológico, entre otros aspectos (Cardoso, 2006). Un aspecto importante que está influyendo en que la DT2 no haya podido ser controlada, aun cuando se cuente con los recursos científicos y tecnológicos para tal efecto, es que no se ha considerado la cultura alimentaria de la persona con diabetes como un aspecto más que debe ser atendido por la terapéutica médica.

Los profesionales de la salud sólo se percatan de una mínima parte de los problemas que enfrentan las personas, ya que, al observar exclusivamente la fase de crisis o exacerbación de los síntomas o las complicaciones, desconocen lo que les ocurre a los pacientes en su vida diaria (Strauss, 1990). La atención médica soslaya el espacio socio cultural, espacio donde se sufren las consecuencias de las enfermedades crónicas y las dificultades para vivir con los tratamientos prescritos. Por ejemplo, no considerar el hogar como parte del tratamiento, ha influido en la falta de control de la enfermedad, ya que ahí es donde se enfrentan los obstáculos para conseguir los insumos necesarios para el tratamiento. Es ahí donde se ponen de manifiesto los esfuerzos para hacer los cambios necesarios, de tal suerte que es en el hogar, donde se presentan, en su más cruda realidad y sin cortapisas, los efectos de las complicaciones o las limitaciones ocasionadas por las mismas (Corbin y Strauss, 1992), por ejemplo, las reacciones y repercusiones ante el cambio de alimentación como las reacciones fisiopatológicas y psicógenas involuntarias, objeto del presente estudio.

## 2. Abordaje metodológico

Para la consecución de estos objetivos se realizó un estudio de corte cualitativo, entendido "no como una solución, más bien, como una vía para llegar a una mejor comprensión de la condición humana, con la esperanza de contribuir a la adopción de decisiones más racionales y una mayor eficacia e impacto de los programas de salud" (Ulin, Robinson y Tolley, 2006, p. 7), con un diseño descriptivo-explicativo. El trabajo se propone favorecer una mejor comprensión del por qué las personas con DT2 no se adhieren al plan de alimentación prescrito por el médico o, en otros términos, por qué continúan comiendo lo acostumbrado aun a costa de su salud. La investigación apunta a contribuir a la adopción de decisiones más racionales que promuevan la eficacia e impacto de los programas de salud. Para abordar el problema, se utilizaron métodos fenomenológico y etnográfico (Rodríguez, Gil y García, 1999): el primero permitió ponderar la individualidad y la experiencia subjetiva para conocer los motivos por los que las personas no se adhieren al plan de tratamiento biomédico, mientras que el segundo posibilitó contextualizar los motivos de las personas en su modo de vida social.

Las técnicas de recogida de información fueron: 1) realización de entrevistas en profundidad (Díaz Barriga, 1991), a fin de adentrarnos en la forma de sentir la enfermedad, de sentir el placer o el dolor que el plan de tratamiento médico les significó a los informantes; y 2) observación participante (Rodríguez, Gil y García, 1999), a fin de obtener información sobre algunas características del comportamiento regular de los informantes al cual, por ser cotidiano, no le prestan atención y en consecuencia no lo expresan con palabras. Las entrevistas y las observaciones se realizaron tanto en días cotidianos como en reuniones sociales entre septiembre de 2014 y diciembre de 2015.

Los informantes fueron diez mujeres y cinco hombres entre 40 y 60 años de edad diagnosticados con diabetes tipo 2 que habitan en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, México. Se realizó, en promedio, ocho entrevistas a cada informante. Del total de las mujeres, ocho eran amas de casa, se dedicaban a labores del hogar; de las otras dos, una se dedicaba a la venta de ropa por pedido y la otra se dedicaba a labores de limpieza en casa o comercios. De los hombres, tres de ellos eran jubilados y los otros dos se dedicaban, uno a atender un establecimiento propio de alimentos ultraprocesados y el otro era carpintero.

El escenario fue la Clínica Universitaria de Atención a la Salud "Tamaulipas", una subdependencia de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México que se encuentra ubicada en Ciudad Nezahualcóyotl. En esta clínica se instrumenta el proyecto de investigación "Diabetes: un programa de atención multidisciplinaria" (DUPAM) al cual

asisten personas con diagnóstico de DT2 como voluntarios para recibir atención para el control de su enfermedad. El horario de atención en el DUPAM es matutino, de 9 a 13 horas, de lunes a viernes. Este horario promueve que la población que acude al servicio sea en mayor proporción femenina, dado que, principalmente se ocupan de las labores del hogar; en cambio, los horarios y condiciones laborales de los varones les restringen asistir al servicio de atención.

Los informantes del presente estudio fueron seleccionados de entre los asistentes al DUPAM, conformándose una muestra por conveniencia, porque, al asistir al DUPAM, contaban con el tiempo y la disposición para participar, además todos ellos debían realizar cambios en su estilo de alimentación, condición fundamental para esta investigación. En el DUPAM participan investigadores y pasantes prestadores de servicio social de las carreras de Cirujano Dentista, Enfermería, Médico Cirujano, Psicología y Químico-farmacéutico-biólogo (QFB). Los pasantes son quienes ofrecen atención a las personas con diabetes y los investigadores supervisan y asesoran el tratamiento ofrecido, además de realizar los estudios científicos en torno a esta enfermedad.

La atención que se brinda es en dos ámbitos:

1) Atención disciplinaria, donde cada una de las áreas profesionales ofrece la atención conforme sus cánones teórico-metodológicos. Por ejemplo: medicina pretende regular los niveles de glucosa en sangre; psicología atiende los problemas emocionales y de estrés; odontología atiende problemas periodontales para evitar la pérdida de dientes; enfermería ofrece atención relacionada con el cuidado de la diabetes, como el pie diabético. Por su parte, QFB se avoca a la realización de análisis bioquímico-clínicos y analiza los efectos de los medicamentos prescritos.

2) Atención multidisciplinaria, donde participan integradamente todas las disciplinas para coordinar e implementar actividades tendentes al ámbito sociocultural de los enfermos, por ejemplo, orientación para resignificar la comida y la manera de comer (Cardoso, 2006). Así, se organizan "convivios", reuniones para festejar cumpleaños, o celebrar días conmemorativos como el día internacional de la mujer, el día del padre o de la madre. Otra actividad de este tipo es la sesión de análisis multidisciplinario de casos, donde se analizan por cada una de las personas atendidas los avances y las dificultades en el control y regulación de la glucosa en sangre con la participación integrada de todas las disciplinas.

La codificación, análisis e interpretación de los datos se realizaron de la siguiente forma: durante las sesiones de atención clínica, se identificó cierto comentario o expresión entre los asistentes al DUPAM acerca de síntomas que experimentaban al cambiar de estilo de alimentación. Esto se consideró importante, por lo tanto, se seleccionó a aquellos que presentaban dichas

reacciones y durante las consultas de atención se les hacían preguntas al respecto con la finalidad de explorar si eran compartidos por todos ellos y la manera en que se presentaban. De esta forma, las sesiones de atención fungieron como medio para las entrevistas, porque la información proporcionada servía de base para orientar la atención brindada y, a su vez, permitía el análisis para profundizar en el conocimiento de las reacciones. Las entrevistas se transcribieron integralmente para obtener la información textual de los testimonios, se leyeron y se cotejaron con el audio. Los testimonios se clasificaron por signos y síntomas, y pusieron a consideración de los informantes.

Las observaciones sobre el comportamiento de los participantes se realizaron durante el espacio de los convivios. Se procuró estar junto a ellos para escuchar sus pláticas y comentarios, poniendo especial atención en lo relacionado con las reacciones. Lo observado, visto o escuchado, se registró en un diario en forma de notas de recolección de información, de señalamiento de hechos importantes o de reflexión. Este material sirvió regularmente para confirmar hechos o para encontrar nuevas pistas que orientaran las entrevistas.

El rigor metodológico se efectuó según los siguientes criterios (Guba y Lincoln, 1989):

- 1) Dependencia: se revisaron diversas referencias bibliográficas, tanto teórica-conceptuales como de artículos científicos actualizados relacionados con los signos y síntomas que habían manifestado los informantes, también se describió el proceso de recolección, análisis e interpretación de datos.
- 2) Credibilidad: la información de las entrevistas se contrastó con la información obtenida en las observaciones, se seleccionó aquella que era confirmada y se trianguló con cada uno de los informantes y entre ellos. Posteriormente se comparó con referencia en la teoría científica y con colegas expertos en el tema.
- 3) Auditabilidad: a través de entrevistas transcritas, grabaciones en audio y diario de campo.
- 4) Transferibilidad: se describe el contexto donde se realizó el estudio y del mundo de los participantes (dónde y cómo viven, condición económica y sus preferencias alimentarias).

Las consideraciones éticas hacia los informantes fueron:

- 1) Se les informó que durante las sesiones de atención se les realizarían preguntas para profundizar sobre algunas de sus manifestaciones respecto al cambio de alimentación. Esto se hizo tanto para orientar la atención brindada como para generar conocimiento nuevo sobre dichas manifestaciones.
- 2) Se les informó que se pretendía difundir los hallazgos en una revista científica.



- 3) Se les especificó que antes de la difusión, se les mostrarían los resultados para que ellos ratificaran o rectificaran.
- 4) Se les informó que posterior a su ratificación, se les pediría su anuencia para la publicación.
- 5) Se les prometió confidencialidad respecto a su identidad e integridad.
- 6) No se les informó que serían observados porque se consideró que ello influiría en su comportamiento y porque se consideró que las observaciones no pondrían en riesgo alguno la integridad física de los informantes, en cambio sí resultarían complementarias a las entrevistas.

### 3. El espacio: Ciudad Nezahualcóyotl

Ciudad Nezahualcóyotl, comunidad urbano-marginal, es un municipio del Estado de México creado el 3 de abril de 1963 (Secretaría de Desarrollo Social, 2015). La colonia Tamaulipas, en este municipio, es el lugar donde viven los informantes del estudio. Se encuentra localizada aproximadamente a 2 kilómetros del Palacio Municipal y dispone de los siguientes servicios de urbanización: agua potable, drenaje, pavimentación, recolección de basura, alumbrado público y teléfono (Enciclopedia de los municipios y delegaciones de México, 2016).

Además, cuenta con dos dependencias de atención a la salud y protección social: una federal, la Clínica 32 del Instituto Mexicano del Seguro Social, que da atención a derechohabientes (Gobierno de la República, 2017), y otra estatal, el Hospital General Dr. Gustavo Baz Prada del Instituto de Salud del Estado de México, que es de asistencia social (Gobierno del Estado de México, 2017). También se encuentra la Clínica Universitaria de Atención a la Salud "Tamaulipas", escenario del presente proyecto.

En la colonia se localizan escuelas estatales como una Normal con Preparatoria, un jardín de niños federal, dos escuelas secundarias de dos turnos cada una y tres escuelas primarias de dos turnos cada una. En estas escuelas se han instrumentado varias iniciativas para promover la importancia de consumir comida saludable entre los estudiantes. Una de ellas son las "cooperativas escolares", establecimientos donde se vende a los estudiantes comida saludable, elaborada conforme los estándares que marcan las instituciones de educación y salud del Estado de México. No obstante estos esfuerzos, en las cooperativas también se comercializan alimentos ultraprocesados, por los cuales los estudiantes tienen preferencia, sobre la comida considerada saludable.

Los alimentos ultraprocesados son formulaciones creadas a partir de sustancias como grasas, almidones y azúcares, que son extraídas de alimentos (Moodie et al., 2013). Estos productos incluyen una amplia gama de "snacks" densos en energía, cereales de desayuno endulzados, galletas y pasteles, bebidas azucaradas, "comida rápida", productos animales reconstituidos y platos listos para calentar. Comparados con los alimentos saludables y las comidas recién preparadas, los ultraprocesados contienen más azúcar, grasas saturadas y sodio, y menos fibra dietética, minerales y vitaminas, así como también tienen mayor densidad energética (Monteiro, Moubarac, Cannon, Ng y Popkin, 2014; OPS-OMS, 2015; Moodie, et al. 2013).

La OMS y el Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer indican que las bebidas azucaradas, los *snacks* con alta densidad energética y las "comidas rápidas" son causantes de obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares y algunos cánceres (OPS-OMS, 2015). Además, son prácticos, ubicuos, fuertemente publicitados, de alta palatabilidad y forman hábito alimentario (Pollan, 2014; OPS-OMS, 2015).

En cuanto a la alimentación, la colonia cuenta con una "lechería", la cual forma parte del Programa de Abasto Social del Gobierno Federal Mexicano (Gobierno Mexicano, 2017). En este establecimiento se vende leche con subsidio gubernamental a un costo más económico del comercial. También cuenta con un mercado municipal donde el abastecimiento de víveres es variado, por ejemplo: frutas y verduras, diferentes alimentos de origen animal como carne de res, puerco, pollo, pescado, huevo, queso y crema, y condimentos y especias para preparar los alimentos. Sin embargo, al mismo tiempo se venden alimentos ultraprocesados, los cuales, al igual que en las escuelas, concentran la preferencia de los habitantes de Ciudad Nezahualcóyotl.

Asimismo, prolifera en el municipio un sinnúmero de comercios, tanto formales como informales, donde se venden alimentos ultraprocesados y alimentos recién preparados, siendo la mayoría de "antojitos", comida típica mexicana que se consume por antojo, como "carnitas servidas en tacos". Las carnicas son carne de cerdo frita y guisada en su propia grasa. Las tortillas son un alimento de forma circular y plano que se hace con una masa de harina de maíz o trigo prensada, o hecha a mano o en máquina, que se cocina al fuego y se come sola o rellena con diversos ingredientes, formando un taco; la tortilla constituye un elemento esencial en la alimentación de México. Los tacos de carnicas suelen servirse con cilantro, cebolla y chile preparado en diversas salsas. La característica que comparten la mayoría de los antojitos mexicanos es un alto contenido calórico.

#### 4. El mundo de los informantes

A pesar de que en un inicio los habitantes del señalado municipio llegaron de diferentes regiones del país, ahora es un lugar que ha logrado crear y establecer sus propias costumbres e idiosincrasia respecto a la convivencia social y familiar, así como en la forma de alimentarse. Después de convivir por mucho tiempo, han logrado construir su propia identidad y armonizar su existencia. Es gente que comparte tanto logros y avances como dificultades para el desarrollo y bienestar del municipio.

La imagen de Ciudad Nezahualcóyotl, una ciudad donde sus pobladores han trabajado arduamente para lograr cada vez mejores condiciones de vida, fue fortalecida por un estudio donde se hizo una comparación entre este municipio con otros dos circunvecinos, con condiciones socioeconómicas y culturales muy similares:

“Los que parecen proporcionar las mejores condiciones para el crecimiento de sus niños se ubicaron en Nezahualcóyotl. En... Nezahualcóyotl se encontró una situación inversa con respecto a lo esperado a partir de los índices de marginalidad oficiales” (López y Peña, 1998, p. 70).

Ciudad Nezahualcóyotl comparte con el resto de México, el problema de la inseguridad pública y la drogadicción. Uno de los informantes comenta:

“... A Neza le han creado una fama que ya no se la quieren quitar. Neza ya no es igual de cuando empezó. Ahora la situación ya es otra. Mejor me han asaltado en otros lugares. Aquí yo vivo tranquilo. Bueno, si es cierto, [aquí] hay lugares peligrosos que todo mundo sabe cuáles son, pero yo creo que es como en todos lados, si hasta en las colonias ricas roban las casas...” (varón, 57 años).

La gente de Ciudad Nezahualcóyotl es alegre y gregaria para hacer que, en el asentamiento de esta población, en tierras físicamente inapropiadas, se levantara una ciudad con todos los servicios que requiere. En el aspecto laboral, muchos de sus habitantes trabajan en Ciudad de México, estado aledaño y capital de la República Mexicana, otros subsisten del comercio establecido o del comercio informal, o de la prestación de servicios domésticos dentro del mismo municipio. El costo del transporte es elevado en comparación con Ciudad de México.

Sus habitantes tienden a convivir en familia y a apoyarse entre ellos. Una razón por la cual los niños se encuentran en mejores condiciones de desarrollo en comparación con otros municipios

aledaños es que, al vivir y convivir gregariamente varias familias en un mismo terreno, los adultos comparten gastos y el cuidado de los niños (López y Peña, 1998).

También tienden a compartirse muchas de sus experiencias: las de salud no son la excepción. Es común que se comuniquen consejos sobre cómo atender alguna enfermedad. El caso que llama la atención, es "el jugo para diabéticos", un jugo que se elabora genéricamente con frutas y verduras licuadas como naranja, piña, pingüica, pepino, nopal, apio y tuna, el cual es tan popular que hasta se ha convertido en objeto de comercio. En la colonia Tamaulipas se encuentran un sinnúmero de personas que venden este jugo, desde la puerta de la casa de quien lo elabora hasta en comercios establecidos o locales del mercado.

En Ciudad Nezahualcóyotl viven las personas con diabetes que nos compartieron sus experiencias, costumbres, pensamientos, emociones y conductas, para que contáramos con más información que coadyudara a la comprensión más amplia y profunda de esta enfermedad y en consecuencia a su control.

## **5. Resultados. Reacciones fisiopatológicas y psicógenas configuradas culturalmente, ante el plan de alimentación médico para controlar la diabetes**

Los participantes afirmaron experimentar reacciones fisiopatológicas y psicógenas involuntarias ante el plan de alimentación médico prescrito para regular los niveles de glucosa en sangre, como una exigencia de su cuerpo para continuar comiendo lo que acostumbraban. Según los testimonios, tal parece que cuando la persona con DT2 intenta seguir el nuevo plan de alimentación presenta una serie de reacciones que lo conducen involuntariamente a volver a su antiguo estilo de alimentación.

Se definieron como reacciones fisiopatológicas y psicógenas aquellos signos y síntomas que el cuerpo de la persona presenta como respuesta al cambio de alimentación prescrito para el control de la diabetes:

### **5.1. REACCIONES FISIOPATOLÓGICAS:**

a) Sentir el estómago bastante lleno (saturado) después de haber ingerido mucha comida de la prescrita para el control de la diabetes y aun así tener hambre,

"... Pero yo digo qué es eso, porque... a la media hora ya tengo hambre, y digo así yo comí bien! (varón, 60 años).

"... Luego de tanto comer... se me infla el estómago y siento que ya no me cabe más, pero sigo teniendo hambre y es cuando me pongo de malas" (mujer, 54 años).

b) Debilidad física por falta del alimento acostumbrado (alimentos caracterizados por un alto contenido calórico),

"... Como que no tengo ganas de hacer nada, sin en cambio, ya me siento y como, aunque sea la mitad de la taza del café y la mitad del pan, ya yo ya vuelvo a nacer, es una cosa que no lo puedo dejar" (varón, 60 años).

c) Dolor o malestar corporal por falta del alimento acostumbrado (alimentos caracterizados por un alto contenido calórico),

"... Cuando no había yo comido, comenzaba a dolerme y a dolerme el estómago, pero con que me comiera algo [tortilla] en ese momento... desaparecía" (varón, 52 años).

d) Asco o náusea al ver las verduras después de un periodo de haberlas comido,

"... Que me dice, te preparé esta jícama<sup>1</sup> con limón, está bien sabrosa; ella me dio el plato y cuando quise comer... me dio asco" (varón, 57 años).

"... Cuando como pura verdura y comida sin sal ni chile, como que me da asco, me quedo con hambre y por más que como, no me lleno" (mujer, 48 años).

e) Antojo intenso por la comida a la que se estaba acostumbrado y que se debió reducir o eliminar por prescripción médica,

"... Yo toda mi vida he comido pan, por ejemplo..., yo puedo dejar de tomar atole<sup>2</sup>, pero sabe lo que no puedo dejar: mi café, y ya no es la taza normal, aunque sea poquito, pero mi café y mi pan, aunque sea la mitad" (mujer, 58 años).

<sup>1</sup> La jícama es un tubérculo comestible, parecido a la cebolla, aunque más grande, duro, quebradizo, blanco, jugoso y dulce. Es un alimento de consumo común en México.

<sup>2</sup> El atole es una bebida que se elabora con maíz cocido, molido, diluido en agua o leche y hervido hasta darle cierta consistencia. Es un alimento de consumo común en México.

## 5.2. REACCIONES PSICÓGENAS:

### a) Tristeza por no poder comer lo que se les antojaba,

"... Luego los domingos o en las fiestas yo les digo, por mí no se preocupen, ustedes coman lo que les apetezca, el enfermo soy yo, no ustedes, yo me avengo a lo que haya. Pero se siente "re gacho" [muy feo], ver comer y uno no puede" (varón, 60 años).

### b) Enojo como reacción al plan de alimentación,

"... Sí, sí me llegué a sentir mal y era por lo que comía [la prescripción médica]. Yo la regaba y en serio. Me enojaba con mi esposa y ella sin deberla. Pero es que no me llenaba con la comida que me recetó el doctor" (varón, 52 años).

### c) Culpa por presentar enojo ante los alimentos prescritos,

"... Por más que comía [lo prescrito médicamente] me daba más hambre, comía y comía y no se me quitaba el hambre. Y luego ya hasta sentía el estómago bien hinchado pero seguía teniendo hambre. Y me sentía desesperado y enojado. Y me desquitaba con mi hermana. Me siento mal porque yo sé que ella lo hace por ayudarme y que no tiene ninguna obligación de hacerlo; y yo desquitándome con ella, pero no lo podía controlar" (mujer, 48 años).

### d) Ansiedad,

"... Y cuando la llevaba, [la dieta], venían ansias, ansias, ligeramente un hueco en el estómago, pero en la mente es el ansia de empezar a comer, de empezar a comer, de llevarse las cosas a la boca, ganas de comer lo que se me antojaba, como cuando se tiene sed y quiere uno tomar agua... hasta que se derrame el agua: así, saciar, saciar la sed... saciar el antojo, eso era para mí, saciar mi antojo, que se me antojo el pan, comerme el pan" (mujer, 54 años).

### e) Rememorar los alimentos acostumbrados,

"... Entonces recuerdo, ¡hay no!, pus es que no comí tortilla" (mujer, 58 años).

f) Eliminación de las reacciones fisiopatológicas y psicógenas. Tanto las reacciones fisiopatológicas como las psicógenas desaparecían cuando se ingería la comida a la que se estaba acostumbrado:

"... Ya cuando me había comido el antojo me sentía como, como satisfecho, tranquilo, como que me relajaba un poquito, porque ya había concluido esa ansia de comer, el estómago ya lo sentía yo bien y mi mente, mi cabeza, más tranquila, porque digamos que antes de comer el antojo, se sentía ansias en la cabeza, ansia en sus pies, como que traía un revoltijo en la cabeza, todo desordenado, y luego ya comiendo el antojo, se ordena todo y ya queda uno tranquilo, lo único que después de haber comido, viene el remordimiento de conciencia" (varón, 52 años).

## 6. Discusión

El tratamiento para la diabetes se diseña sobre una paradoja porque se asume que los recursos están al alcance de la persona: tan fácil como cambiar lo que se acostumbra a comer por el plan de alimentación prescrito médicamente. Con base en este razonamiento lógico, no existe justificación para que la persona con DT2 no cambie su estilo de alimentación. Sin embargo, en ese aspecto de apariencia simple, es donde radica la dificultad principal (Cardoso, 2006).

Los resultados del presente estudio muestran que el cambio de hábitos alimentarios no es cuestión solamente de prescripción, de buenas intenciones o de fuerza de voluntad, sino que el cuerpo presenta reacciones involuntarias que conducen a la persona a continuar con el estilo de alimentación acostumbrado.

Las reacciones se presentaban de la siguiente manera, que hemos conceptualizado como el síndrome del "cambio de alimentación": después de algún tiempo de tratar de llevar el plan alimenticio prescrito por el médico para regular los niveles de glucosa en sangre, las personas experimentan hambre en exceso aún después de haber comido. En consecuencia, tratan de satisfacerla comiendo mayor cantidad del alimento prescrito en los horarios indicados o bien haciendo más comidas al día, con lo cual –lejos de lograrlo– les provoca ansiedad y antojo por los alimentos acostumbrados.

Empero, al comer la cantidad indicada –o más– de lo prescrito en el plan de tratamiento, sienten asco o náusea y dolor en el estómago, principalmente ante las verduras. Posteriormente sienten debilidad y se les presentan recuerdos de los alimentos acostumbrados; esto les produce sentimientos alternados de tristeza y enojo. Estos signos y síntomas desaparecen, o al menos disminuyen, comiendo lo que acostumbraban –y que les fue proscrito en el plan de tratamiento

médico. Este padecimiento se cierra con sentimientos de culpa, por haber comido lo que no se debía, al estar conscientes de las repercusiones del hecho.

Todos los informantes coincidieron en la manera de afrontar las reacciones: regresando a comer los alimentos a los que estaban acostumbrados y que fue sólo de esa manera que pudieron disminuir o evitarlas. Encontraron de manera fortuita la forma de eliminar el malestar fisiopatológico y psicógeno ya que, según reportan, no fue propositiva, sino que simplemente obedecieron las reacciones de su cuerpo. A pesar de saber que no debían hacerlo, fue más fuerte la necesidad de consumir los alimentos acostumbrados.

Experiencias de este tipo en otras épocas y otros contextos han sido documentadas, como las que se presentan a continuación. Si bien, la intención de esos estudios no ha sido informar sobre las reacciones fisiopatológicas y psicógenas como reacción al plan de tratamiento médico para el control de la DT2, sí describen reacciones equivalentes por el cambio de alimentación, lo cual fortalece los resultados presentados.

Un ejemplo de esto es el síndrome de inanición cunicular, la descripción del síntoma del consumo excesivo de carne magra de conejo que condujo a la muerte a varios esquimales de América. Los decesos se debieron a un cambio repentino en su dieta establecida en comer carne cruda grasienta a una dieta basada en carne magra (Harris, 2002). Esto fue descrito por Vihjalmur Stefansson, quien convivió por varios años con los esquimales de Alaska. Con ellos aprendió el secreto de mantener un estado de salud excelente comiendo carne cruda grasienta:

"Si se cambia repentinamente de una dieta normal en cuanto al contenido de grasas a otra compuesta exclusivamente de carne de conejo [ámbito cultural], durante los primeros días se come cada vez más y más, hasta que, al cabo de una semana, aproximadamente, el consumo inicial se ha multiplicado por tres o cuatro [ámbito fisiopatológico]. En ese momento se muestran a la vez signos de inanición y de envenenamiento por proteínas, se hacen muchas comidas, pero al final de cada una se sigue hambriento; se está molesto debido a la hinchazón del estómago, repleto de comida, y se empieza a sentir un vago desasosiego [ámbito psicógeno]. Transcurridos entre siete y diez días, comienza la diarrea [ámbito fisiopatológico], la cual no se aliviará hasta que no se procure grasa. La muerte sobrevendrá al cabo de varias semanas" (Stefansson, 1944, citado en Harris, 2002, p. 29).

Cabe señalar que, en los últimos tiempos, debido al contacto con extranjeros, la salud y la dieta esquimales se han deteriorado como resultado del consumo de dulces y féculas (Harris, 2002).

Otro ejemplo es el acontecimiento denominado "¿Leche o pulque?" en el Valle del Mezquital México (Aguirre, 1980). El pulque es una bebida alcohólica de alta graduación, espesa y de color



blanco, que se obtiene de la fermentación del jugo de la planta denominada maguey<sup>3</sup>. En el marco de Programas de Salud de México, se consideró que existía una deficiencia en la dieta de los indígenas del Valle del Mezquital por basar su alimentación en el consumo de pulque, por lo que se intentó sustituirlo por leche de vaca. No obstante, dicho grupo étnico reportó trastornos gastrointestinales ocasionados por el consumo de la leche, motivo por el que rechazaron su consumo y volvieron al del pulque, lo que ocasionó que el programa fuera retirado. En este caso, si bien la intención principal era promover –mediante la leche- la ingesta de proteínas las autoridades del Programa no se percataron de que, al reemplazar la leche por el pulque, se suprimía también la ingesta de ácido ascórbico, una vitamina esencial para el cuerpo provocando una avitaminosis. Se podría suponer que la deficiencia de ácido ascórbico provocaba rechazo hacia la leche, motivo por el cual los indígenas del Mezquital regresaban al consumo del pulque.

Los resultados presentados, junto con los dos ejemplos anteriores, son muestra de que el cuerpo responde conforme los requerimientos alimentarios acostumbrados porque el cuerpo aprende a nutrirse de lo que comió durante su existencia. Por tanto, cuando se le ofrece a dicho cuerpo otros alimentos diferentes a los de su consumo cotidiano, de los cuales no le es posible nutrirse inmediatamente porque no fue adaptado a ello, reacciona con manifestaciones que conducen a la persona a buscar los alimentos acostumbrados.

## 7. Conclusiones

A partir del presente estudio es posible concluir que las reacciones fisiopatológicas y psicógenas involuntarias ante el cambio del régimen alimenticio son una respuesta de supervivencia configurada culturalmente. Las reacciones presentadas son indicadores corporales de los efectos causados por el plan alimentario prescrito médicamente para el control de la DT2, estas respuestas, no son sólo de índole físico, sino también vivenciales y emocionales.

En el tratamiento de la DT2 el cuerpo regularmente es concebido como el conjunto de órganos que constituyen un ser vivo. Esto lleva a entender el problema de la diabetes, de acuerdo con López (2008), como el proceso donde la máquina (cuerpo) está fallando por falta de insulina, en

---

<sup>3</sup> Ésta también es conocida como agave.

consecuencia, hay que suministrarla y pareciera que el problema se resuelve, pero resulta que no es así.

Otra concepción del cuerpo, que ha sido soslayada en este proceso, es que éste nos permite conocer nuestra realidad interna, la cual es vivenciada y sentida, como las reacciones fisiopatológicas y psicógenas, objeto del presente escrito. El cuerpo entendido en esta concepción es un recurso que permite comprender cómo se vive la diabetes: las dificultades, los dolores, los sentimientos y emociones y la confrontación de las creencias personales con los argumentos científico-tecnológicos. Esto nos indica la necesidad de atender las reacciones fisiopatológicas y psicógenas ante el cambio del régimen alimenticio, incorporando en la terapéutica institucional estrategias de atención para coadyuvar a las personas con DT2, que viven la desesperación de no poder persistir con el plan de alimentación médico –aun estando conscientes de que están en juego sus condiciones de vida por los siguientes años a partir de ser diagnosticados-, debido a las complicaciones de esta enfermedad.

El presente estudio se enriquece con la integración de información sobre la manera en que los informantes conciben la alimentación en su vida cotidiana y sobre cómo significan la relación entre la alimentación y la salud. Esta información ha sido publicada por el autor en colaboración con otros investigadores participantes en el DUPAM (Cardoso, Zarco, Aburto y Rodríguez, 2014; Cardoso, 2006; Cardoso, 2000).

Asimismo, esta línea de investigación se acrecentaría al continuar el estudio tratando de controlar las siguientes limitaciones:

1) El horario de atención, que incidió en que la población de informantes fuera prioritariamente femenina. Dado que muy pocas de las actividades de ellas las requerían a una hora determinada, esto les permitió mayor asistencia al DUPAM. En cambio, el horario laboral de los varones les requería de un compromiso de tiempo específico, el cual regularmente es de 8 a 17 horas.

2) El involucramiento de más hombres, insoslayable tanto para confirmar la existencia, así como la forma de presentación de dichas reacciones entre éstos. De esta forma, además, se contaría con mayores elementos para precisar las diferencias y similitudes de género.

3) La extensión del estudio al ámbito familiar, limitada por el horario de atención. Se considera importante para trabajos futuros profundizar en cómo se presentan las reacciones en la vida familiar de las personas.

## Referencias bibliográficas

Aguirre, G. (1980). *Programas de Salud en la situación intercultural*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Segunda edición.

Aguirre, G. (1989). Cultura, enseñanza y nutrición. *Cuadernos de Nutrición*, 12(6), 3-9.

American Diabetes Association (2014). Standards of Medical Care in Diabetes 2014. *Diabetes Care*, 37(1).

American Diabetes Association (2015). *¿Qué es el Plan de alimentación para la diabetes?* Obtenido el 8 de marzo de 2017 de <http://www.diabetes.org/es/alimentos-y-actividad-fisica/alimentos/planificacion-de-las-comidas/plan-de-alimentacion-para-la.html>

Atkinson, P., & Hammersley, M. (1994). Ethnography and participant observation. En K. Denzin & Y. Lincon (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 248-261). Thousands Oaks, CA: Sage.

Cardoso, M. (2000). La cultura del diabético: Factor esencial para el control de su propia enfermedad. Una perspectiva multidisciplinaria. *Salud-Problema. Nueva Época*, 5(9), 49-58.

Cardoso, M. (2006). La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico para la diabetes. Cultura, dieta y diabetes. *Cuicuilco*, 13(037), 129-142.

Cardoso, M., Zarco, A., Aburto, I., & Rodríguez, M. (2014). Paciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 57(5), 32-42.

Corbin, J., & Strauss, A. (1992). *A nursing model for the chronic illness management. Based upon de trajectory framework*. New York: Springer.

Dirección General de Comunicación Social-UNAM. (2016). *En México, una de cada 14 muertes es provocada por la diabetes: rector Graue*. Obtenido el 10 de marzo de 2017 de: [http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2016\\_060.html](http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2016_060.html).

De Garine, I. (1987, mayo). Alimentación, cultura y sociedad. *El Correo*, XL, 4-7.

Díaz Barriga, A. (1991). *Psicología del mexicano*. México: Trillas.

*Enciclopedia de los municipios y delegaciones de México*. (2016). Obtenido el 1 de mayo de 2016 de <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM15mexico/municipios/15058a.html>.

Federación Internacional de Diabetes (2013). *Atlas de la diabetes de la FID*. Obtenido de Federación Internacional de Diabetes el 1 de mayo de 2016 de [http://www.idf.org/sites/default/files/SP\\_6E\\_Atlas\\_Full.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf).

Federación Mexicana de Diabetes, A. C. (2014). *Diabetes en México*. Obtenido el 29 de abril de 2017 de <http://fmdiabetes.org/diabetes-en-mexico>.

Fundación para la Diabetes (2015). *Qué es la diabetes*. Obtenido el 29 de abril de 2017 de <http://www.fundaciondiabetes.org/prevencion/309/que-es-la-diabetes-2>.

García, M. (1990). *Nezahualcóyotl: Tierras que surgen de un desequilibrio ecológico*. Toluca: CIDNE.

Gobierno de la República (2017). *IMSS*. Obtenido el 10 de marzo de 2017 de <http://www.imss.gob.mx>.

Gobierno del Estado de México (2004, 29 de octubre). Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda, Toluca. Plan municipal de desarrollo urbano de Nezahualcóyotl. *Gaceta del Gobierno*, 86.

Gobierno del Estado de México (2017). *Instituto de Salud del Estado de México. Secretaría de Salud*. Obtenido el 10 de marzo de 2017 de <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=240>.

Gobierno Mexicano (2017). *Liconsa*. Obtenido el 10 de marzo de 2017 de <http://www.diabetes.org/es/alimentos-y-actividad-fisica/alimentos/planificacion-de-las-comidas/plan-de-alimentacion-para-la.html>.

Guba, E., & Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage.

Harris, M. (2002). *Bueno para comer*. Madrid: Alianza.

Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal. (2011). *Población municipio Nezahualcóyotl*. Obtenido el 1 de mayo de 2016 de <http://www.snim.rami.gob.mx>.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2015a). *Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad*. Obtenido el 29 de abril de 2016 de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2015b). *Estadísticas de mortalidad*. Obtenido el 29 de abril de 2016 de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107>.

López, S. (2008). El cuerpo humano, la cultura y la salud. *Educação & Linguagem*, 11(17), 39-57.

López, S. & Peña, F. (1998). "Pobres" pero no iguales. Distribución de la estatura y el peso en prescolares de Milpa Alta, Nezahualcóyotl y Valle de Chalco-Solidaridad (México). *Salud-Problema. Nueva época*, 3(5), 65-71.

Mercado, F. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. México: Universidad de Guadalajara.

Monteiro, C. A., Moubarac, J. C., Cannon, G., Ng, S., & Popkin, B. M. (2014). Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obesity Review*, Suppl. 2, 21-8.

Moodie, R., Stuckler, D., Monteiro, C., Sheron, N., Neal, B., Thamarangsi, T., et al. (2013). Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *The Lancet*, 381(9867), 670-679.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Diez datos sobre la diabetes*. Obtenido el 29 de abril de 2016 de <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/facts/es/>.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *Informe mundial de diabetes*. Resumen de orientación. Obtenido el 28 de febrero de 2017 de <http://www.who.int/diabetes/global-report/en>.

Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud [OPS-OMS]. (2015). *Consumo de alimentos y bebidas ultra-procesados en América Latina: Tendencias, impacto en obesidad e implicaciones de política pública*. Washington D.C.: OPS-OMS.

Pollan, M. (2014). *Cooked: A Natural History of Transformation*. Penguin Press: New York.

Rodríguez G., Gil, J., & García, E. (1999). *Metodología de la investigación Cualitativa*. Málaga: Aljibe.

Secretaría de Desarrollo Social (2015). *Catálogo de localidades*. Obtenido el 10 de marzo de 2017 de: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=150580001>.

Secretaría de Salud (2013). *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*. México: Gobierno de la República.

Stefansson, V. (1944). *Artic Manual*. New York: Macmillan. En Harris, M. (2002). *Bueno para comer: enigmas de alimentación y cultura*. Madrid: Alianza Editorial.

Strauss, A. (1990). Preface to qualitative research on illness. *Social Science & Medicine*, 30(V-VI).

Ulin, P., Robinson, E., & Tolley E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos Cualitativos*. Estados Unidos: USAID, FHI y OPS.

Vargas, A. (2001). Las cocinas de la humanidad. *Humanidades*, 214, 1-16.

### Notas

Los resultados presentados son producto del estudio realizado en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, México, comunidad urbano-marginal, en el marco del proyecto "Diabetes: un programa de atención multidisciplinaria" (DUPAM), de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La versión preliminar de los resultados que se exponen en este escrito, fueron presentados en el II Congreso Internacional Ibero Americano de Enfermería: "Competencias en Enfermería: tendiendo Puentes al Conocimiento", organizado por la Fundación para la Cooperación, Investigación y Desarrollo de la Enfermería (FUNCIDEN). El Congreso se celebró los días 20, 21 y 22 de mayo de 2015 en la ciudad de Madrid, España.