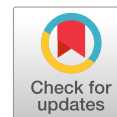


Revista Española de Nutrición Humana y Dietética

Spanish Journal of Human Nutrition and Dietetics

www.renhyd.org

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Entre la restricción y la adaptación: experiencias alimentarias de personas que viven con enfermedad renal crónica

➤ Between Restriction and Adaptation: Dietary Experiences of People Living with Chronic Kidney Disease

Nancy Rosas-Cortez^{a,*}, Luis Eduardo Hernández-Ibarra^b, Norma Guadalupe Ruiz Velazco-Sandoval^c, Erika Karina Ortega Larios^d, Dania Eliza De la Ilata Gómez^e

^a Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México.

^b Facultad de Enfermería y Nutrición, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, México.

^c Departamento de Enfermería para la Atención, Desarrollo y Preservación de la Salud Comunitaria, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México.

^d Departamento de Ciencias Sociales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara.

^e Unidad y Desarrollo Hermanos con Hemofilia, A.C., Gestión de casos problema, Asociación civil sin fines de lucro, Guadalajara, Jalisco, México.

*nancy.rosas@academicos.udg.mx

Editor Asignado: Claudia Troncoso Pantoja, Centro de Investigación en Educación y Desarrollo, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chile.

Recibido: 24/04/2026; Aceptado: 05/06/2026; Publicado: 20/06/2026

PALABRAS CLAVE

Insuficiencia renal
crónica

Nutrición

Experiencias

Investigación
cualitativa

Alimentación

➤ RESUMEN

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) implica transformaciones en la vida cotidiana, donde la alimentación ocupa un lugar central no sólo como parte del tratamiento, sino como práctica social y emocional. Los abordajes biomédicos suelen reducirla a la prescripción dietética y la adherencia, dejando en segundo plano las experiencias asociadas a los cambios alimentarios. El objetivo fue comprender las experiencias alimentarias de personas con ERC y las estrategias que despliegan para afrontar las modificaciones alimentarias derivadas del diagnóstico y el tratamiento.

Metodología: Estudio cualitativo mediante etnografía virtual. La información se recolectó a través de observación participante en dos grupos privados de Facebook dirigidos a personas con ERC y sus familiares (mayo-julio de 2020), así como entrevistas virtuales semiestructuradas entre agosto y noviembre de 2020. Participaron 12 personas adultas con ERC residentes en la Zona Metropolitana de Guadalajara. El análisis se realizó siguiendo la propuesta de teoría fundamentada constructivista.

Resultados: Los hallazgos se organizaron en tres categorías: experiencias en torno a las restricciones alimentarias, estrategias para afrontar los cambios, y la interacción con otros. Las restricciones fueron vividas inicialmente como abruptas y centradas en la prohibición, generando confusión, tristeza y frustración. Con el tiempo, las personas desarrollaron estrategias como el autocontrol, resignificación del placer sensorial, independencia alimentaria y uso de espacios digitales para el intercambio de saberes prácticos. Las interacciones con la familia, amistades, profesionales de la salud y comunidades virtuales influyeron de manera decisiva en la experiencia alimentaria.

Conclusiones: La alimentación en la ERC se configura como un proceso dinámico y relacional que trasciende la prescripción médica. Incorporar las experiencias y estrategias de las personas con ERC puede contribuir a abordajes clínicos más integrales y sensibles a la vida cotidiana.

KEYWORDS

Chronic kidney failure

Nutrition

Experience

Qualitative research

Eating

ABSTRACT

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) entails transformations in everyday life, in which food plays a central role not only as part of treatment but also as a social and emotional practice. Biomedical approaches often reduce it to dietary prescription and adherence, overlooking the experiences associated with dietary changes. The aim of this study was to understand the food-related experiences of people with CKD and the strategies they develop to cope with dietary modifications derived from diagnosis and treatment.

Methods: A qualitative study was conducted using virtual ethnography. Data were collected through participant observation in two private Facebook groups for people with CKD and their relatives (May–July 2020), as well as through virtual semi-structured interviews conducted between August and November 2020. Twelve adults with CKD residing in the Guadalajara Metropolitan Area participated. Data analysis followed a constructivist grounded theory approach.

Results: Findings were organized into three categories: experiences related to dietary restrictions, coping strategies, and interactions with others. Dietary restrictions were initially experienced as abrupt and prohibition-centered, generating confusion, sadness, and frustration. Over time, participants developed strategies such as self-control, re-signification of sensory pleasure, food-related autonomy, and the use of digital spaces for exchanging practical knowledge. Interactions with family members, friends, healthcare professionals, and virtual communities played a decisive role in shaping food experiences.

Conclusions: Food in the context of CKD is configured as a dynamic and relational process that goes beyond medical prescription. Incorporating the experiences and strategies of people with CKD may contribute to more comprehensive and context-sensitive clinical approaches.

MENSAJES CLAVE

1. La alimentación en la ERC es una práctica social y emocional que trasciende la prescripción dietética porque reconfigura la vida cotidiana.
2. Las restricciones alimentarias suelen vivirse como abruptas y centradas en la prohibición, generando confusión, tristeza y frustración en las personas con ERC, por esto, los profesionales de la nutrición deben generar intervenciones centradas en los sujetos que viven en condiciones de cronicidad.
3. Las personas desarrollan estrategias activas de adaptación que incluyen autocontrol, resignificación del placer e independencia alimentaria.
4. La experiencia alimentaria está mediada por dinámicas familiares, profesionales y digitales.

CITA

Rosas-Cortez N, Hernández-Ibarra LE, Ruiz Velazco-Sandoval NG, Ortega Larios EK, De la Ilata Gómez DE. Entre la restricción y la adaptación: experiencias alimentarias de personas que viven con enfermedad renal crónica. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2026; 30(3):e2761.
doi: <https://doi.org/10.14306/renhyd.30.3.2761>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es problema de salud pública global por su carácter progresivo, alta carga de morbilidad^{1,2} y complejidad de sus tratamientos³. Vivir con ERC implica no sólo intervenciones médicas continuas, sino cambios profundos en la vida cotidiana⁴, entre los cuales la alimentación ocupa un lugar central al ser parte del tratamiento y una práctica atravesada por dimensiones sociales, culturales y emocionales.

Desde el enfoque biomédico, la alimentación en la ERC se ha concebido, principalmente, como instrumento terapéutico orientado al control clínico, la prevención de complicaciones y la mejora del pronóstico⁵⁻⁸, mediante recomendaciones dietéticas centradas en restricciones y prescripciones⁹. Este enfoque suele relegar la forma en que las personas viven y significan los cambios alimentarios derivados del diagnóstico, así como las tensiones que estos generan en la vida cotidiana y en las relaciones sociales¹⁰.

Estudios cualitativos han mostrado que la experiencia de vivir con una enfermedad crónica se configura a partir de procesos de padecimiento en los que el cuerpo, las emociones y las prácticas cotidianas adquieren nuevos significados^{11,12}. En este marco, la alimentación trasciende la indicación médica y se constituye en una práctica mediante la cual las personas con ERC enfrentan el miedo al deterioro y reconstruyen su identidad^{10,13,14}, convirtiendo el acto de comer, o dejar de comer, en un proceso cargado de sentidos de cuidado, autocontrol, placer, culpa y supervivencia.

Estos factores se configuran en interacción con diversos actores sociales, especialmente la familia, las amistades y los profesionales de la salud^{13,15}, así como en espacios digitales que se han consolidado como escenarios clave para el intercambio de experiencias y la construcción colectiva de saberes prácticos en torno a la alimentación y el padecimiento^{16,17}.

En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo comprender las experiencias que las personas con ERC construyen en torno a su alimentación y las estrategias que despliegan para afrontar las modificaciones alimentarias derivadas del diagnóstico y tratamiento.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

Se realizó un estudio cualitativo con enfoque interpretativo mediante etnografía virtual, que concibe a Internet como espacio social y cultural integrado a la vida cotidiana, donde se construyen comunidades, significados y prácticas¹⁸. Este enfoque respondió a las limitaciones de convivencia derivadas de la pandemia por COVID-19, contexto en que los espacios digitales se consolidaron como escenarios relevantes para la interacción social.

Recolección de datos y participantes: Se realizó observación no participante en grupos privados de Facebook y entrevistas virtuales semiestructuradas (Figura 1). Entre mayo y julio de 2020 se observaron interacciones relacionadas con alimentación y cuidado

en dos grupos dirigidos a personas con ERC y familiares/cuidadores de la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG). La inclusión de familiares respondió a la relevancia de sus interacciones en torno a dudas alimentarias.

En julio de 2020 se difundió una invitación para entrevistas virtuales semiestructuradas dentro de los grupos de observación. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, vivir con ERC en cualquiera de sus etapas y residir en la ZMG.

Entre agosto y noviembre de 2020 se entrevistó a 12 personas, 9 mujeres y 3 hombres (Tabla 1) solo una vez, duración aproximadamente 60 minutos a través de Meet, Zoom o videollamada de WhatsApp, según su disponibilidad. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas de forma literal y complementadas con notas de campo y memos analíticos. Se utilizó la saturación teórica¹⁹ para concluir la inclusión de participantes, se consideró alcanzada cuando las entrevistas dejaron de aportar propiedades conceptuales nuevas a las categorías emergentes y los relatos comenzaron a mostrar reiteración temática.

Análisis

Se realizó en ATLAS.ti siguiendo el enfoque de teoría fundamentada constructivista²⁰. Las entrevistas constituyeron la fuente primaria de información y el material recuperado de Facebook fue la fuente secundaria para triangular y corroborar hallazgos (Tabla 2). Ambos materiales se analizaron con codificación línea por línea, identificación de conceptos emergentes, codificación conceptual y axial, e identificación de categorías centrales, apoyado en memos analíticos.

Criterios de rigor metodológico

La calidad del estudio se aseguró mediante criterios de credibilidad, transferibilidad, fiabilidad y confirmabilidad²¹, a través de la triangulación de técnicas, registro sistemático de decisiones analíticas, uso de citas textuales y reflexividad.

Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el Comité de la universidad de adscripción de la autora principal (DCSP/317) y se desarrolló conforme a la legislación nacional vigente y a las pautas éticas internacionales para la investigación en seres humanos (CIOMS). Todas las personas participantes otorgaron su consentimiento informado verbal previo a las entrevistas y a las grabaciones.

RESULTADOS

Los resultados se organizaron en tres categorías: experiencias en torno a las restricciones alimentarias, estrategias para afrontar los cambios e interacción con los otros (Tabla 3). Las citas textuales se colocaron en la Tabla 4.

Figura 1. Técnicas de recolección de información empleadas en el estudio

Fuente: Elaboración propia

Tabla 1. Características generales de los participantes

#	Sexo	Edad	Estado civil	Número de hijos	Edad de diagnóstico	Tratamiento
E1	Mujer	27	Soltera	0	24	Prediálisis
E2	Mujer	37	Divorciada	1	9, 35*	Hemodiálisis por rechazo de trasplante
E3	Mujer	35	Casada	1	14, 31*	Diálisis por rechazo de trasplante
E4	Mujer	49	Soltera	2	16	Trasplante
E5	Mujer	31	Casada	0	30	Trasplante
E6	Mujer	37	Casada	2	35	Diálisis
E7	Mujer	55	Casada	3	50	Diálisis
E8	Mujer	28	Casada	1	26	Prediálisis
E9	Mujer	35	Soltera	0	33	Prediálisis
E10	Hombre	31	Soltero	0	28	Prediálisis
E11	Hombre	33	Casado	2	20, 32*	Prediálisis por rechazo de trasplante
E12	Hombre	26	Soltero	0	9	Trasplante

*El primer número corresponde a la edad en que le diagnosticaron ERC por primera vez, el segundo es la edad en que el médico le indica que tiene insuficiencia renal, esto tras haberse realizado un trasplante y haber presentado nuevamente falla renal

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Origen y función analítica de la información utilizada en los resultados

Fuente de información	Participantes	Tipo de información recuperada	Función en el análisis
Entrevistas virtuales semiestructuradas	12 personas con ERC en cualquiera de sus fases	Experiencias personales, emociones, estrategias de afrontamiento, interacciones sociales y significados atribuidos a la alimentación	Fuente primaria para construcción de categorías analíticas
Observación no participante en grupos privados de Facebook	Personas con ERC y familiares/ cuidadores	Dudas alimentarias, intercambio de recomendaciones, experiencias cotidianas y prácticas de cuidado	Fuente secundaria para triangulación y corroboración de hallazgos

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Categorías y subcategorías

Categoría	Subcategoría
Restricciones alimentarias	Prohibición, confusión, pérdida
Estrategia de afrontamiento	Autocontrol, resignificación, independencia
Interacción con los otros	Apoyo familiar, exclusión social, comunidades digitales

Fuente: Elaboración propia

Experiencias en torno a las restricciones alimentarias

Los participantes iniciaron narrando el momento del diagnóstico de ERC, precedido por sensaciones físicas que motivaron la búsqueda de atención médica. Los primeros meses posteriores al diagnóstico fueron descritos como un período complejo, marcado por cambios drásticos en la alimentación y por la incorporación de restricciones que, en ocasiones, no estuvieron acompañados de explicaciones claras por parte del personal de salud. En fases más avanzadas de la enfermedad, estas restricciones se sumaron a tratamientos invasivos relacionados con el inicio de terapias sustitutivas de la función renal. Las personas entrevistadas expresaron consternación ante la prohibición de alimentos habituales y señalaron que las recomendaciones dietéticas se enfocaron principalmente en los alimentos restringidos. La entrega de listas de alimentos prohibidos principalmente por médicos, generó frustración al incluir alimentos que disfrutaban, dando lugar a tristeza, frustración y negación. Asimismo, varios participantes describieron una sensación de pérdida de variedad alimentaria y diferenciación respecto a la alimentación del resto de la familia. Hay quien describe este momento como un quiebre en su vida cotidiana (Cita 1, [Tabla 4](#)).

Los relatos reflejaron una percepción de ruptura entre la alimentación previa al diagnóstico y las restricciones posteriores. Aunque existía claridad sobre los alimentos prohibidos, inicialmente se experimentó confusión sobre aquellos que sí podían consumirse, lo que la llevó a buscar asesoría de profesionales de la salud. Esta incertidumbre también se observó en los grupos de Facebook analizados, donde personas con ERC, familiares y cuidadores

recurren a la experiencia de otros para resolver dudas alimentarias. En estos espacios confluyen personas en distintas etapas de la enfermedad que buscan orientación y apoyo. Un ejemplo es el padre de un joven recién trasplantado, quien solicita ayuda en un grupo de Facebook (Cita 2, [Tabla 4](#)). Ante estas publicaciones, otros miembros responden compartiendo recomendaciones basadas en su experiencia (Cita 3, [Tabla 4](#)).

Además de la confusión inicial, las modificaciones alimentarias fueron descritas como constantes y dependientes de los resultados de laboratorio. Entre los discursos de los participantes se narra cómo estos cambios representaron un reto económico (Cita 4, [Tabla 4](#)). Implementar los cambios fue descrito como un proceso con altibajos. Las personas relataron momentos de apego estricto a la dieta y episodios en los que cedieron a los antojos. Estas experiencias solían ir acompañadas de reacciones corporales que reforzaban la idea de evitar determinados alimentos. Una entrevistada relata una de estas experiencias tras consumir pozole durante una reunión familiar y los efectos que observó en su cuerpo (Cita 5, [Tabla 4](#)). En los discursos aparece reiteradamente la idea de que el cuerpo ya no tolera ciertos alimentos, funcionando como un recordatorio de los límites impuestos por la ERC.

Las experiencias variaron según el momento del diagnóstico. Quienes fueron diagnosticados en la infancia o adolescencia señalaron que los cambios pasaron casi desapercibidos, pues su alimentación dependía de sus madres. En contraste, quienes recibieron el diagnóstico en la edad adulta describieron procesos de mayor conciencia y conflicto en torno a las restricciones. En varias de las mujeres entrevistadas emergió la categoría denominada independencia alimentaria, referida a asumir el control directo sobre la selección, preparación y regulación de los alimentos como forma de manejar la ERC. Esta decisión estuvo motivada por experiencias previas en las que la preparación de alimentos por otras personas derivó en reacciones corporales desfavorables, desde mayor retención de líquidos hasta signos de intoxicación.

Los cambios en la alimentación también estuvieron ligados a las transiciones entre etapas de la ERC. El paso de prediálisis a diálisis implicó, para algunos, la reintroducción de alimentos previamente restringidos, lo que requirió una readaptación corporal (Cita 6, [Tabla 4](#)).

Tabla 4. Citas textuales ilustrativas de las categorías de análisis

Sección	#	Cita textual*
Experiencias en torno a las restricciones alimentarias	1	"mi mundo se derrumbó, la comida es lo único que me hace feliz... y ahora me lo quitan"(E1).
	2	"Gracias por aceptarme, acaba de ser trasplantado mi hijo, necesita consejos ¡ayuda!" (Facebook, padre de paciente con ERC).
	3	"Principalmente que siempre tome sus medicamentos, la dieta lo más apegada que se pueda, los primeros meses todo cocido, agua hervida, aunque sea de garrafón, mucha limpieza personal y en general, y siempre una buena actitud" (Facebook, mujer con ERC).
	4	"me decía [la nutrióloga] ahora no vamos a comer arroz, pero vas a comer almendras, ahora no vas a comer plátano, pero si vas a comer otra cosa... cada mes era un batallar... era un gasto bastante fuerte" (E9).
	5	"yo creo que el pozole, aunque lo pedí de pollo, traía puerco porque me llené de ronchitas y no pude dormir y estuve súper mal" (E3).
	6	"cuando entro a hemodiálisis fue otra vez complicado porque me dicen que ahora tengo que comer mucha proteína..." (E11).
Afrontar los cambios	7	"ahorita que lo veo desde otra perspectiva... aceptas y te sometes al régimen y ya" (E12).
	8	"se me va la onda de que tengo el problema... de repente me doy mis pecaditos" (E2).
	9	"yo me alejé de muchas amistades... porque no comprendían que yo ya no podía llevar una vida normal" (E1).
	10	"cuando paso a un lado del menudo se me antoja muchísimo... y me lleno con el puro olor"(E4).
La interacción con los otros	11	"¿Qué sí puedes comer?, ¿qué te preparo?, me dice mi tía"(E10)
	12	"me han dejado de invitar a reuniones familiares por no comer carne"(E9).
	13	"me tocó un nutriólogo la verdad bueno, porque me ayudó a adaptarme muy fácil"(E11).
	14	"todos los doctores me decían, hay dos cosas importantes, tu dieta y que estés feliz"(E3).

*El dato que se encuentra entre paréntesis hace referencia al origen de la cita: de la observación en Facebook o bien de una cita textual de los participantes enlistados en la [tabla 1](#), estos últimos se identifican como E#, en alusión al listado mencionado.

Fuente: Elaboración propia

Afrontar los cambios

Para hacer frente a las modificaciones alimentarias, las personas pusieron en marcha diversas estrategias de afrontamiento. Entre las actitudes descritas destacan la resignación, el optimismo y el uso del humor para sobrellevar la situación. Un entrevistado reflexiona sobre su proceso, señala que al inicio actuó de manera automática, sin cuestionar las indicaciones recibidas (Cita 7, [Tabla 4](#)). Los participantes también describieron mecanismos de defensa como la represión emocional, el aislamiento social y la confrontación. En algunos casos, evitar pensar en la enfermedad llevó a flexibilizar la dieta (Cita 8, [Tabla 4](#)). El aislamiento social apareció como mecanismo de defensa y estrategia de afrontamiento. Una entrevistada explica que decidió alejarse de círculos sociales para evitar presiones relacionadas con la comida (Cita 9, [Tabla 4](#)). Por su parte, el autocontrol, la disciplina y la constancia fueron otras estrategias recurrentes, especialmente en contextos donde abundan alimentos "prohibidos". Una entrevistada relata cómo resignifica el placer a través del sentido del olfato (Cita 10, [Tabla 4](#)). Asimismo, en las entrevistas se describió la independencia

alimentaria, la autoeducación y la modificación de recetas como estrategias relevantes para afrontar las modificaciones alimentarias. Por su parte, en los grupos de Facebook se observaron intercambios frecuentes de estrategias culinarias, sustitutos y recomendaciones para mejorar el sabor de alimentos sin comprometer las restricciones.

La interacción con los otros

Las interacciones sociales desempeñan un papel importante en la experiencia alimentaria de las personas con ERC. La familia aparece como principal actor social, manifestando apoyo mediante empatía y adaptación de la comida (Cita 11, [Tabla 4](#)). Sin embargo, este apoyo no siempre estuvo exento de tensiones. Una entrevistada relata sentirse excluida de reuniones familiares debido a las restricciones de su alimentación (Cita 12, [Tabla 4](#)). Situaciones similares se presentaron con amistades y compañeros de trabajo, donde la diferencia alimentaria se hizo visible y, en algunos casos, generó incomodidad o estigmatización. En cuanto a los profesionales de la salud, los nutriólogos fueron descritos como figuras de acompañamiento que brindan

herramientas prácticas y apoyo emocional, mientras que los médicos aparecieron como referentes centrales en la motivación para seguir la dieta (Cita 13 y 14, [Tabla 4](#)).

En síntesis, los resultados evidencian que los cambios en la alimentación de las personas con ERC se configuran como un proceso complejo, atravesado por experiencias de restricción, estrategias de afrontamiento e interacciones sociales, que influyen en la manera en que las personas ajustan su alimentación según la trayectoria del padecimiento y los contextos relacionales en los que se desenvuelven.

DISCUSIÓN

Los hallazgos muestran que las modificaciones alimentarias asociadas a la ERC trascienden la prescripción médica y se configuran como un proceso complejo, dinámico y situado en la vida cotidiana. En concordancia con la literatura cualitativa, la alimentación emerge como un eje central de la experiencia del padecimiento, donde convergen dimensiones corporales, emocionales y relacionales^{13,22}. Desde una perspectiva más amplia de la cronicidad, estos procesos han sido descritos como parte de una reorganización biográfica y corporal que obliga a reinterpretar prácticas cotidianas e identidad frente al padecimiento^{12,23}.

Las experiencias en torno a las restricciones alimentarias evidencian que el diagnóstico de ERC marca un quiebre en la relación con la comida. Estudios cualitativos han mostrado que las indicaciones dietéticas suelen percibirse como abruptas, centradas en la prohibición y escasamente explicadas, lo que favorece sentimientos de confusión, tristeza y frustración. En este sentido, la dieta es vivida inicialmente como una pérdida —de placer, autonomía y normalidad— más que como una estrategia de cuidado, reforzando la vivencia del diagnóstico como un punto de inflexión en la vida cotidiana^{10,24}.

Asimismo, los resultados muestran que las modificaciones alimentarias no son estáticas ni lineales, sino que se transforman según resultados de laboratorio, transiciones entre etapas y respuestas corporales. Se ha documentado que la incertidumbre característica de la ERC obliga a reorganizar constantemente las prácticas alimentarias mediante procesos de ajuste progresivo y prueba-error²². En este estudio, dicha reorganización se acompaña de un proceso de aprendizaje corporal en el que el propio cuerpo funciona como referente para reafirmar o modificar los límites alimentarios.

En relación con las estrategias de afrontamiento, los hallazgos confirman que las personas con ERC despliegan respuestas más allá del cumplimiento de la dieta. Actitudes como resignación, optimismo y uso del humor, así como mecanismos como aislamiento social o flexibilización ocasional de las restricciones, han sido descritos en estudios cualitativos^{25,26}. Este estudio aporta evidencia sobre cómo estas estrategias se articulan entorno a la alimentación, mediante el autocontrol frente a antojos, resignificación del placer sensorial o evitación de contextos sociales

percibidos como riesgosos, en consonancia con investigaciones centradas en la experiencia dietética en la ERC²².

Un hallazgo relevante fue la importancia que algunas mujeres le atribuyeron a la independencia alimentaria como estrategia de afrontamiento. En contraste con los hombres, quienes enfatizaron principalmente el seguimiento de indicaciones médicas y el apoyo familiar para afrontar las modificaciones alimentarias. Entre las mujeres, asumir la preparación y el control de los alimentos aparece como una forma de recuperar agencia frente a la ERC y reducir la incertidumbre, en consonancia con estudios que muestran cómo el manejo dietético se convierte en un espacio clave de autocontrol y toma de decisiones en la ERC²². Sin embargo, esta independencia también implica una carga adicional al reforzar la responsabilidad individual sobre el control del cuerpo padeciente lo que ha sido descrito en la literatura cualitativa sobre cronicidad como una forma ambivalente de preservación del self^{23,26}. Esta tensión dialoga con investigaciones que han señalado la dimensión de género en las prácticas de cuidado y autocuidado, donde las mujeres tienden a asumir de manera prioritaria y naturalizada las tareas asociadas al control cotidiano de la enfermedad²⁷.

Las interacciones sociales se revelan como un componente clave en la experiencia alimentaria. La familia, amistades y profesionales de la salud influyen en la implementación de las recomendaciones dietéticas, ya sea facilitando la adaptación o generando tensiones, exclusión y percepción de diferencia, como ha sido documentado en estudios cualitativos^{17,22,24}. En este sentido, la alimentación se convierte en un marcador visible del padecimiento, capaz de reconfigurar vínculos sociales y reforzar estrategias como el aislamiento social para proteger el autocuidado, fenómeno ya descrito en investigaciones sobre la experiencia cotidiana de la ERC y sus tratamientos^{10,28}.

En este escenario, los espacios digitales adquieren una relevancia. Los grupos de Facebook analizados funcionan como comunidades de apoyo donde las personas comparten experiencias, intercambian saberes y construyen colectivamente estrategias para afrontar las restricciones alimentarias. Estos hallazgos coinciden con estudios que destacan el papel de los entornos digitales como complementos del cuidado en la ERC, al facilitar acceso a información situada y el reconocimiento entre pares, especialmente en contextos donde el acompañamiento profesional es limitado o discontinuo^{17,29}, lo que refuerza la pertinencia de abordarlas como escenarios relevantes para comprender el padecimiento¹⁸.

En conjunto, los resultados resaltan la necesidad de que los abordajes clínicos de la alimentación en la ERC incorporen una perspectiva más integral que reconozca la alimentación como práctica social, corporal y emocionalmente situada. Considerar las experiencias, estrategias e interacciones puede contribuir al desarrollo de intervenciones más sensibles a la vida cotidiana, favoreciendo procesos de acompañamiento que trasciendan la prescripción y la restricción.

Sobre las limitaciones, los hallazgos no son generalizables y deben interpretarse como una comprensión situada. La recolección

en entornos digitales pudo excluir a personas sin acceso o alfabetización digital. Asimismo, el contexto de la pandemia por COVID-19 y la localización geográfica de la muestra influyen en la interpretación de los resultados.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio destacan la centralidad de la independencia alimentaria y del autocuidado como estrategias de afrontamiento en personas con ERC, particularmente entre mujeres. La preparación y el control de los alimentos emergen no solo como una forma de recuperar agencia frente a la enfermedad, sino también como un espacio cotidiano de toma de decisiones que influye en la percepción de bienestar y en el manejo de la condición. Sin embargo, esta autonomía también implica una carga adicional al reforzar la responsabilidad individual sobre un cuerpo padeciente, lo que puede generar tensiones en la identidad y el sentido de sí mismo.

Asimismo, las prácticas de autocuidado se entrelazan con normas de género, evidenciando cómo las mujeres asumen de manera prioritaria y naturalizada las tareas vinculadas al control cotidiano de la alimentación y del cuidado de la salud. En conjunto, estos hallazgos aportan una comprensión situada de la experiencia alimentaria en la ERC y subrayan la relevancia de integrar las dimensiones psicosociales y de género en el abordaje de la alimentación como parte del cuidado de las personas que viven ERC.

De este modo, las conclusiones responden al objetivo planteado y reafirman la pertinencia de incorporar la perspectiva experiencial puede contribuir al diseño de intervenciones nutricionales más integrales, sensibles a la vida cotidiana y a las realidades sociales de las personas con ERC.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

N.R-C y L.E.H.I. contribuyeron a la creación y diseño del estudio, N.R-C. recolectó la información, la analizó e interpretó, además realizó la búsqueda de literatura, realizó los análisis y escribió el primer borrador con la ayuda de N.G.R.V-S., D.E.D.L.I.G. y E.K.O.L. Todos los autores revisaron críticamente esta y las versiones anteriores del documento.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran que no ha existido financiación para realizar este estudio, sin embargo, los resultados son parte de la tesis de doctorado de la primera autora, quien recibió una beca de manutención por parte del CONAHCYT.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores expresan que no existen conflictos de interés al redactar el manuscrito.

DISPONIBILIDAD DE DATOS

Ofrecimiento de datos bajo petición a la autora de correspondencia.

REFERENCIAS

- (1) Priyadarshani WVD, de Namor AFD, Silva SRP. Rising of a global silent killer: critical analysis of chronic kidney disease of uncertain aetiology (CKDu) worldwide and mitigation steps. *Environ Geochem Health*. 2023;45(6):2647-2662. <https://doi.org/10.1007/s10653-022-01373-y>
- (2) Ying M, Shao X, Qin H, Yin P, Lin Y, Wu J, Ren J, Zheng Y. Disease Burden and Epidemiological Trends of Chronic Kidney Disease at the Global, Regional, National Levels from 1990 to 2019. *Nephron*. 2024;148(2):113-123. <https://doi.org/10.1159/000534071>
- (3) Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int*. 2024;105(4 Suppl):S117-S314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>
- (4) Pollock C, Carrero JJ, Kanda E, Ofori-Asenso R, Palmer E, Niklasson A, Linder A, Woodward H, Pentakota S, Garcia Sanchez JJ, Kashihara N, Fishbane S, Pecoits-Filho R, Wheeler DC. The Lived Experience of Patients with Chronic Kidney Disease: Insights From DISCOVER CKD. *Am J Nephrol*. 2024;55(6):618-628. <https://doi.org/10.1159/000541064>
- (5) Arroyo-Serrano P, Alonso-Dominguez R, Mas-Fontao S, Gonzalez-Parra E, Sánchez-Tocino ML. Nutritional Strategies to Address Malnutrition in Dialysis Patients: A Systematic Review. *Nutrients*. 2025;17(21):3478. <https://doi.org/10.3390/nu17213478>
- (6) Aderoju YBG, Hayford FEA, Achempim-Ansong G, Duah E, Baloyi TV, Morerwa S, Agordoh P, Dzansi G. Exploring the application of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) in the management of patients with Chronic Kidney Disease: A systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr ESPEN*. 2025;69:711-721. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2025.08.030>
- (7) Amir S, Kim H, Hu EA, Ricardo AC, Mills KT, He J, Fischer MJ, Pradhan N, Tan TC, Navaneethan SD, Dobre M, Anderson CAM, Appel LJ, Rebholz CM; CRIC Study Investigators. Adherence to Plant-Based Diets and Risk of CKD Progression and All-Cause Mortality: Findings From the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) Study. *Am J Kidney Dis*. 2024;83(5):624-635. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2023.09.020>
- (8) Bogacka A, Olszewska M, Ciechanowski K. Effects of Diet and Supplements on Parameters of Oxidative Stress, Inflammation, and Antioxidant Mechanisms in Patients with Chronic Renal Failure Undergoing Hemodialysis. *Int J Mol Sci*. 2024;25(20):11036. <https://doi.org/10.3390/ijms252011036>

- (9) Ikizler TA, Burrowes JD, Byham-Gray LD, Campbell KL, Carrero JJ, Chan W, Fouque D, Friedman AN, Ghaddar S, Goldstein-Fuchs DJ, Kaysen GA, Kopple JD, Teta D, Yee-Moon Wang A, Cuppari L. KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. *Am J Kidney Dis.* 2020;76(3 Suppl 1):S1-S107. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.05.006>
- (10) Palmer SC, Hanson CS, Craig JC, Strippoli GF, Ruospo M, Campbell K, Johnson DW, Tong A. Dietary and fluid restrictions in CKD: a thematic synthesis of patient views from qualitative studies. *Am J Kidney Dis.* 2015;65(4):559-73. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2014.09.012>
- (11) Kleinman, A. The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition. Basic Books; 1988.
- (12) Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociol Health Illn.* 1982;4(2):167-82. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
- (13) Tong A, Sainsbury P, Chadban S, Walker RG, Harris DC, Carter SM, Hall B, Hawley C, Craig JC. Patients' experiences and perspectives of living with CKD. *Am J Kidney Dis.* 2009;53(4):689-700. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2008.10.050>
- (14) de la Cuesta-Benjumea C, Hernández-Ibarra LE, Arredondo-González CP. Living normally without being oneself: A qualitative study on the experience of living with advanced chronic kidney disease. *PLOS ONE.* 2023;18(12):e0295506. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295506>
- (15) Kaba, E., Bellou, P., Iordanou, P., Andrea, S., Kyritsi, E., Gerogianni, G., Zetta, S., & Swigart, V. Problems experienced by haemodialysis patients in Greece. *Brit J Nurs.* 2007;16(14):868-872. <https://doi.org/10.12968/bjon.2007.16.14.24325>
- (16) Ziebland S, Wyke S. Health and illness in a connected world: how might sharing experiences on the internet affect people's health? *Milbank Q.* 2012;90(2):219-49. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2012.00662.x>
- (17) Walker RC, Tong A, Howard K, Palmer SC. Patient expectations and experiences of remote monitoring for chronic diseases: Systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Int J Med Inform.* 2019;124:78-85. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.01.013>
- (18) Hine, C. Virtual ethnography. SAGE Publications; 2000.
- (19) Arias Valencia M. M, Giraldo Mora C. V. El rigor científico en la investigación cualitativa. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2011;29(3):500-514. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222406020>
- (20) Charmaz, K. A constructivist grounded theory analysis of losing and regaining a valued self. In F. J. Wertz (Ed.), *Five ways of doing qualitative analysis: Phenomenological psychology, grounded theory, discourse analysis, narrative research, and intuitive inquiry* (pp. 165-204). Guilford Press.; 2011.
- (21) Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. *Naturalistic inquiry*. Sage Publications; 1985
- (22) Kelly JT, Campbell KL, Hoffmann T, Reidlinger DP. Patient Experiences of Dietary Management in Chronic Kidney Disease: A Focus Group Study. *J Ren Nutr.* 2018;28(6):393-402. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2017.07.008>
- (23) Charmaz K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociol Health Illn.* 1983;5(2):168-95. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10491512>
- (24) Lambert, K., Mansfield, K., & Mullan, J. How do patients and carers make sense of renal dietary advice? A qualitative exploration. *J Renal Care.* 2018;44(4):238-250. <https://doi.org/10.1111/jorc.12260>
- (25) Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., & Sheikh, A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ.* 2005;330(7498):1007-1011. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7498.1007>
- (26) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- (27) del Río-Lozano M, García-Calvente Mdel M, Marcos-Marcos J, Entrena-Durán F, Maroto-Navarro G. Gender identity in informal care: impact on health in Spanish caregivers. *Qual Health Res.* 2013;23(11):1506-20. <https://doi.org/10.1177/1049732313507144>
- (28) Cox KJ, Parshall MB, Hernandez SHA, Parvez SZ, Unruh ML. Symptoms among patients receiving in-center hemodialysis: A qualitative study. *Hemodial Int.* 2017;21(4):524-533. <https://doi.org/10.1111/hdi.12521>
- (29) Arian B, Sardagi E, Erdem C. Information needs of kidney transplant patients on social media: a qualitative study. *BMC Nephrol.* 2025;26(1):397. <https://doi.org/10.1186/s12882-025-04331-9>