



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“La mujer obesa y la construcción biopsicosocial de su
cuerpo”**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Abigail Martínez Téllez

Directora: Mtra. **Ma. Refugio Ríos Saldaña**

Dictaminadoras: Dra. **Oliva López Sánchez**

Dra. **Dulce María Guillén Cadena**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

CARÁTULA	1
ÍNDICE.....	2
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO 1. CONCEPTOS Y ESTADÍSTICAS SOBRE OBESIDAD	10
1.1 Definición de conceptos.....	10
1.2 Estadísticas de obesidad en infantes y mujeres jóvenes a nivel mundial	15
1.3 Estadísticas de obesidad en mujeres jóvenes a nivel nacional.....	17
1.4 Estado del arte en mujeres jóvenes	19
CAPÍTULO 2. FACTORES SOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE UN CUERPO OBESO	23
2.1 La familia	23
2.2 Historia del cuerpo obeso femenino.....	24
2.3 Construcción social del cuerpo	27
2.4 El doble discurso del estado	29
2.5 Posición social, economía y política de la obesidad	30
2.6 El lenguaje simbólico del cuerpo	32
2.7 La libertad del cuerpo	34
CAPÍTULO 3. FACTORES BIOLÓGICOS QUE CONTRIBUYEN A LA FORMACIÓN DE UN CUERPO OBESO	36
3.1 Factores genéticos	36
3.2 Bioquímica de la obesidad	37

3.3 Fármacos y obesidad.....	39
3.4 Actividad física y gasto de energía.....	40
3.5 Microbiota y obesidad.....	41
3.6 Alimentación y obesidad.....	42
CAPÍTULO 4. FACTORES PSICOLÓGICOS QUE PUEDEN ACTUAR COMO CAUSA O CONSECUENCIA DE LA OBESIDAD.....	45
4.1 Imagen corporal distorsionada.....	46
4.2 Cuerpo, autoconcepto y autoestima.....	48
4.3 Atracón alimentario.....	49
4.4 Ansiedad.....	50
4.5 Depresión.....	51
4.6 Trastornos de la sexualidad.....	53
4.7 El valor simbólico de los alimentos.....	54
4.8 El cambio como un desencadenante de la obesidad.....	56
4.9 Aspectos psicológicos menos frecuentes que se presentan en las personas con obesidad.....	56
4.10 Papel de la familia en la obesidad.....	58
CONCLUSIONES.....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	64

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Al dador de la vida por dejarme existir.

A mis abuelos Manuela, Juan, Felipe y Leonila, a mis padres Elena y Ernesto, a mis hermanas Liliana y Dalia, a mi dualidad Iván, a mis sobrín@s Shareni, Sofía, Iliana y Emiliano, a mis amig@s Gaby, Julio, Moisés, Alfonso, Nancy..., a mis compañer@s de danza y a todas esas personas que tal vez sin querer han dejado plasmada su esencia en mí.

A tod@s los que orgullosamente se nombran maestr@s. Y muy en especial a mis asesoras de tesis: Ma. Refugio Ríos Saldaña, mujer guerrera, Dulce María Guillén Cadena, Oliva López Sánchez, María Antonieta Dorantes Gómez y José Refugio Velasco García, que brindaron tiempo, experiencia, alicientes, información y paciencia a mi persona durante este trabajo.

A mi alma mater la Universidad Nacional Autónoma de México.

Mares de gracias a tod@s, tlazohcamatic porque tod@s me han regalado mucho.



Imagen 1. “Mundo caracol”, tomada del Blog: Yo amo Cherán (2013).

INTRODUCCIÓN

En los últimos años han habido numerosos estudios tanto científicos como informales que hablan acerca de la obesidad tanto a nivel mundial como en nuestro país; encontrando estadísticas que evidencian a nuestra nación como una de las más vulnerables respecto de este complejo fenómeno. Existe una extensa lista de factores que contribuyen al desarrollo de dicho padecimiento, por lo que es recomendable que el abordaje se dé desde la interdisciplina, ya que de esta forma se podrán descifrar cada una de las claves que interactúan en la formación de un cuerpo obeso, sin mitificar ninguna disciplina, pero tampoco dejarla de lado.

Sin lugar a dudas el cuerpo es un objeto que ocupa un lugar físico, que es visible y que obedece a ciertas leyes de la materia, sin embargo existe también la psique o el alma que habita cada cuerpo y que va dando ciertas formas a la personalidad de cada ser humano; y al mismo tiempo se fusiona con el plano de lo social donde el cuerpo adquiere un significado frente a la mirada del otro, el cuerpo se transforma en símbolo de algo, dependiente de un espacio y un tiempo determinado.

Ésta tesina, parte de la siguiente interrogante ¿Cómo es que se construye un cuerpo desde la mirada de la biología, la psicología y la sociología?, y en específico un cuerpo de mujer obesa, este trabajo también descifra ¿por qué se critica tanto a los obesos u obesas?, ¿se es obeso por voluntad?, ¿será la obesidad un retrato de la sociedad actual?, en fin, el objetivo es desmenuzar y reflexionar los factores que intervienen en este rompecabezas.

En esta investigación, se considera al cuerpo como una construcción, en el sentido de que los seres humanos (mujeres y hombres) son seres activos que interactúan con el universo biológico, psicológico y social y que con base en esta interacción generan una construcción o elaboración de su propio cuerpo. El hombre y la mujer son participantes activos, que se construyen mediante la elección, sin lugar a dudas el estilo, calidad y modo de vida que se lleve a lo largo de la existencia se reflejará en la corporalidad y viceversa.

Para dar pie a esta investigación se citan algunas estadísticas mundiales, como son los datos de la Organización Mundial de la Salud (2010), desde 1980 la obesidad ha ido aumentando en todo el mundo; ya en el 2008, 1 500 millones de adultos tenían sobrepeso, de éste grupo más de 200 millones eran hombres y cerca de 300 millones eran mujeres, si bien es cierto que en el mundo hay más mujeres que hombres, la presencia de obesidad en ellas no es proporcional a esta diferencia, es aún mayor.

Datos de la misma organización, advierten que el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal, es decir, un bajo peso de acuerdo a los estándares de peso saludables. Contradicciones de la vida moderna, por un lado hay sobrealimentación en los países industrializados y por otro lado aún no logra resolver la humanidad que congéneres sigan muriendo de hambre, debido a intereses políticos y económicos.

La población femenina obesa en México, se sitúa en el lugar número once a nivel mundial; mientras que de forma alarmante la OMS señala a México como el primer lugar en mujeres pre-obesas, es decir mujeres potencialmente obesas que ya presentan problemas de salud a nivel biológico o psicológico. También en el ámbito social tienen conflictos, por ejemplo en la búsqueda de empleo, ya que las personas obesas son frecuentemente discriminadas por su aspecto físico; numerosos estudios han comprobado que las personas consideradas como bellas, delgadas y atractivas, consiguen un mejor resultado en entrevistas laborales (Risso, 2012).

Dentro del contexto nacional, la ola de población que presenta obesidad sigue creciendo, considerando que de las 112 336 530 personas que habitaban el territorio en 2010, 4 158 800 niñas y niños de 5 a 11 años tenían sobrepeso u obesidad, 5 757 400 mujeres y hombres adolescentes también presentaron esta estructura, 24 910 507 mujeres jóvenes y adultas, y 16 231 820 hombres jóvenes y adultos también presentaron sobrepeso u obesidad (INEGI, 2010).

Las estadísticas son alarmantes, sin embargo habrá que valorar a las cifras solo como un marco de referencia, de ninguna manera se pretende considerar que una persona es igual a

un número, de este modo se tendrán presentes a lo largo de este trabajo las situaciones inter específicas de cada persona y también las externas.

Adoptando un enfoque biopsicosociocultural y de género, la presente tesina, incluye un análisis de material teórico y empírico que aborda los principales factores que influyen en la construcción de un cuerpo obeso planteados desde estos tres niveles de afectación.

¿Por qué mujeres? Bien, pues en la actualidad y a través de varios siglos, se ha establecido una relación muy estrecha entre la mujer y su cuerpo, relación que puede ser benéfica si se considera que no hay una disociación o distancia muy marcada entre su mente y su cuerpo. Sin embargo la relación que se ha evidenciado con más frecuencia es la de cuerpo-objeto, la mujer ha sido considerada como un ser para el otro, ya sea para la satisfacción del otro, para el servicio del otro o para la observación del otro (Lagarde, 1997); siendo así valorada y muchas veces juzgada por su aspecto físico y no por su valor como persona.

Cuando algunas exigencias exteriores son interiorizadas o transformadas en emociones, las mujeres pueden llegar a desarrollar depresión, ansiedad, inseguridad, miedo, frustración, sufrimiento, complejos o traumas, enraizados y manifestados en su cuerpo, mente, sentimientos y conducta. De este punto surge la importancia que tiene la resignificación del cuerpo en la mujer, obesa o no obesa.

Por si fuera poco, en el caso de las mujeres, el fenómeno de la obesidad adquiere connotaciones distintas debido a la mayor prevalencia; a que la pobreza económica es factor de riesgo más exacerbado en la mujer; a que el exceso de masa corporal actúa como catalizador de riesgo cardiovascular mayormente en ella; a que genera una elevada probabilidad de padecer cáncer de mama y de endometrio, poliquistosis e infertilidad, todos estos riesgos a la salud invariablemente afectaran la calidad de vida de éstas mujeres.

La presente tesina se estructura en cuatro capítulos, el primero de ellos muestra un panorama acerca de las estadísticas mundiales y nacionales sobre obesidad en las mujeres jóvenes obesas, así como la delimitación de los conceptos que serán abordados.

El segundo capítulo es un eje referencial del contexto social e histórico donde se fragua el nacimiento de los cuerpos obesos. Siendo el telón de fondo; el entorno social, invariablemente ejerce una fuerte influencia sobre el desarrollo de la construcción de un cuerpo obeso, los factores sociales que intervienen en dicho proceso son el doble discurso del Estado, la cultura patriarcal o hegemónica, la transculturación, los patrones socioculturales, las nuevas tecnologías, los mecanismos del poder, la historia de los cuerpos de humanas y humanos, los discursos sobre el cuerpo y el lenguaje simbólico del cuerpo.

En el tercer capítulo se aborda la construcción del cuerpo visto desde la biología y la medicina. Desde el punto de vista biológico, existen diferentes factores involucrados en el desarrollo o construcción de un cuerpo obeso, dichos factores son: la genética, las características relativas al desarrollo, las hormonas, los fármacos, el género, la cantidad y composición de alimento que se ingiere, el metabolismo y la actividad física que determina el gasto energético.

Finalmente el cuarto capítulo hace referencia a la mirada psicológica, destacando la importancia de ésta visión debido a que es la conducta la que media la relación entre el plano físico y el social. Los aspectos psicológicos que contribuyen a la construcción de un cuerpo obeso son la ansiedad, la depresión, una imagen corporal distorsionada, el autoconcepto, la autoestima, la conciencia de sí, el valor simbólico de los alimentos, el miedo a estar delgado, el atracón alimentario, los trastornos en la sexualidad, la obesidad como forma de evitar situaciones deseables, un desequilibrio entre satisfacciones e insatisfacciones, la obesidad como forma de castigo, la necesidad de identificarse con un obeso u obesa, la obesidad como forma de destrucción de la figura femenina, el papel de la pareja y los padres en la obesidad; cabe mencionar que las situaciones citadas pueden funcionar como génesis de la obesidad, como factores que mantienen a la misma o como consecuencia de ella; complejizando aún más el fenómeno y volcando el foco de atención hacia la mirada psicológica.

Con esta tesina, se pretende dar una visión integral del cuerpo, considerando que para abordar este enmarañado fenómeno de la obesidad es necesario conjuntar en este caso la visión biológica con todos sus saberes, sus prácticas y sus maneras de intervención; la

mirada psicológica dirigida hacia el comportamiento, pensamientos, emociones y sentimientos de humanas y humanos, que también se conforma de conocimientos y técnicas específicas y la perspectiva social que interactúa, enriquece y contextualiza a todos los fenómenos dándoles su especificidad histórica.

1

CONCEPTOS Y ESTADÍSTICAS SOBRE OBESIDAD

El presente capítulo inicia con una delimitación de conceptos acerca de la obesidad, el Índice de Masa Corporal, los estándares de obesidad y las formas más comunes que adopta el cuerpo obeso.

Los siguientes apartados contienen estadísticas de mujeres jóvenes a nivel internacional, posteriormente se hace referencia a las cifras nacionales, y finalmente se puntualiza en las mujeres jóvenes, para crear un panorama completo respecto a la obesidad.

1.1 Definición de conceptos

La Organización Mundial de la Salud (2010), habla de “globesidad” y la ha identificado como la epidemia del siglo XXI.

De acuerdo a estadísticas mundiales, como son los datos de la OMS, desde los 80's la obesidad ha ido aumentando en todo el mundo, para el 2008, 1 500 millones de adultos (de 20 años en adelante) tenían sobrepeso, dentro de este grupo más de 200 millones de hombres eran obesos y cerca de 300 millones de mujeres eran obesas.

La OMS menciona que en la actualidad, el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal, es decir, un bajo peso de acuerdo a los estándares de peso saludables, observando así una nueva sociedad opulenta en expansión.

No se pretende ser alarmista, pero hay que considerar los riesgos que la obesidad conlleva y los múltiples factores que intervienen en su origen, para tratar de entenderla mejor se citarán algunas definiciones.

Existen varias conceptualizaciones respecto a lo que se entiende como obesidad, aquí se presentan algunas de ellas abordadas desde diferentes aristas.

Desde el nivel biológico, Solís (2010) define a la obesidad como el exceso de masa corporal grasa en el cuerpo, atribuyéndolo a una excesiva ingesta de calorías, superiores a las requeridas por el organismo, de ahí que la grasa se almacena como una reserva produciendo que el tejido adiposo empiece a crecer desproporcionadamente ocasionando un cuerpo que va deformándose por este exceso; de acuerdo a esta definición, el problema radica en la cantidad y calidad de alimentos que se están consumiendo, así como en la poca o nula actividad física que se desarrolla.

Desde la mirada psicológica, Silvestri y Stavile (2005) hacen referencia a una compleja etiología de la obesidad, ya que desde esta visión, la obesidad puede ser leída como causa o consecuencia de diversos estados psicológicos, estados que juegan un papel decisivo en el origen y mantenimiento de la obesidad; el conjunto de emociones y comportamientos que se vinculan con la sobrealimentación generalmente se presentan en combinaciones complejas y son diferentes para cada persona, incluso podría decirse, aludiendo a la máxima de Hipócrates “no hay enfermedad, sino enfermos y enfermas”, con sus características específicas cada uno de ellos y de ellas.

Otra definición que se cita es la de la perspectiva social, en donde el cuerpo es vislumbrado como una construcción social o cultural, fuera de las coordenadas mecanicistas y fisiológicas que lo piensan como universal y ahistórico, de modo que el cuerpo es considerado como producto de la condición histórica, social, emocional y cultural; considerando a la obesidad como la encarnación de las políticas neoliberales, y de los códigos sociales actuales (López, 2011).

A modo de integrar estas tres vertientes (la biológica, la psicológica y la social) y con un objetivo más inclinado hacia el tratamiento, Aguirre & Guillén, (2011) definen a la obesidad como un fenómeno biológico, con o sin factores psicológicos, con o sin factores sociales, resumiendo así la postura de un abordaje interdisciplinario, en donde los diferentes niveles de análisis enfocan su trabajo hacia su área de experiencia; éste será el concepto que

se adoptará como válido para el presente trabajo, ya que es el más completo. Aunque se cree que los distintos factores (biológicos, psicológicos y sociales) están presentes en menor o mayor medida, pero no pueden ser nulos.

En el contexto nacional formal, se define a la obesidad como la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, determinando la existencia de obesidad en adultos cuando existe un Índice de Masa Corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25. Éste dato se plasmó en la Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998 para el manejo integral de la obesidad, elaborada por múltiples instituciones competentes (Secretaría de Salud, Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, Dirección General Adjunta de Epidemiología, Coordinación de Salud Mental...& la Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición, A. C., 2000).

La NOM lleva al siguiente razonamiento ¿Qué determina un estado de desnutrición, normopeso, sobrepeso o la obesidad? La respuesta se encuentra en el siguiente concepto, el Índice de Masa Corporal (IMC), que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2010), se calcula con la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{estatura}^2}$$

Tabla 1. Muestra la fórmula, que de acuerdo a la OMS (2010) se utiliza para calcular el Índice de Masa Corporal.

Actualmente en la página del Instituto Mexicano del Seguro Social, existe un programa que calcula el IMC.

De acuerdo a los estándares de la OMS (op. cit.), establecidos por un investigador llamado Adolphe Quetelet durante el siglo XIX, al realizar un estudio sobre la obesidad en siete países del mundo acerca del sobrepeso y los problemas que acarrea dicha condición; se instituyen finalmente estos estándares:

Clasificación	IMC (kg/m ²)
Peso insuficiente	<18.5
Peso normal	18.5-24.9
Sobrepeso grado I:	≥25-26.9
Sobrepeso grado II:	27-29.9
Obesidad grado I:	30-34.9
Obesidad grado II:	35-39.9
Obesidad grado III (mórbida):	40-49.9
Obesidad grado IV (extrema):	>50

Tabla 2. Muestra la clasificación del peso, con base en los diferentes grados de IMC.

Dichos estándares son aplicables tanto a mujeres como a hombres, independientemente de la edad, raza o composición corporal.

Sin embargo, es preciso citar algunas discusiones respecto de este concepto, ya que desde el aspecto biológico, este IMC, no sería 100% confiable, ya que existen diferentes tipos de composiciones corporales, algunos cuerpos se componen mayoritariamente de grasa que de músculo, otros se conforman en mayor proporción por músculo que por grasa y algunos otros también pueden poseer una estructura ósea más densa, variables que afectarían de manera directa al IMC (Segura, 2011).

Otro aspecto que hay que tener en cuenta cuando se habla de obesidad es el perímetro de la cintura, en este caso, se consideran las siguientes medidas para el país, dichas medidas denotan un posible riesgo para la salud de cualquier persona:

Circunferencia de cintura que representa factor de riesgo para la salud
Hombres > 95 centímetros.
Mujeres > 85 centímetros.

Tabla 3. Muestra la medida de cintura que representa factor de riesgo para la salud, (Manual de procedimientos, 2002).

Los autores de dicho manual (Carrillo, Colín, Lara, Montes, Romo & Velázquez, 2002) señalan que además de la circunferencia de la cintura, también habrá que tomar en cuenta la circunferencia del brazo, y del pliegue tricípital (pliegue cutáneo) que no deberá rebasar los 11 milímetros en hombres y 21 milímetros en mujeres, que denotarían exceso de tejido graso.

Si se trata de la forma, en general existen dos tipos de cuerpos obesos, clasificados por Ferreira, (2007) en:

Androide (obesidad abdominovertebral): en este cuerpo, la masa corporal es acumulada principalmente en el área del tórax, brazos y papada, haciendo referencia a la forma de una manzana, esta forma es asociada con problemas cardiovasculares.

Ginecoide (femoroglútea): este tipo de cuerpo tiende a acumular masa corporal en la parte inferior de la cintura, es decir, muslos y cadera, manteniendo la parte superior con un menor volumen, también conocido como cuerpo en forma de pera, esta figura es con mayor frecuencia asociada a la mujer.

El hecho de visualizar el tipo de figura ayuda a identificar los padecimientos más comunes que pueden afectar a alguna persona con base en su estructura.

Para finalizar este apartado, y como ya se mencionó, se cree que la definición que más se acerca a la realidad es la de Aguirre & Guillén, (2011) en donde se menciona que la obesidad es primordialmente de índole biológico, con o sin presencia de factores psicológicos, con o sin presencia de factores sociales. Sin embargo y con la plena intención

de dar un enfoque biopsicosocial, habría que tener en cuenta que la obesidad se origina en la intersección de dichos planos, a veces quizá más inclinada hacia alguno de éstos.

En cuanto al IMC, se puntualiza que las medidas son una referencia y no deben ser aplicadas de manera rígida para los diferentes tipos de composiciones corporales, finalmente sería interesante que se reformulara el concepto del IMC incluyendo los nuevos descubrimientos científicos y las nuevas técnicas.

1.2 Estadísticas de obesidad en infantes y mujeres jóvenes a nivel mundial

En 2010, a nivel mundial, alrededor de 43 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso (OMS, 2010).

Por primera vez en la historia, los niños/as de hoy pueden tener una esperanza de vida menor que la de sus padres, ya que un obeso de 10 años tiene las paredes de sus arterias casi tan dañadas como las de un fumador de 40 (Panadero, 2005).

Panadero, también comenta que el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo, cada año fallecen por lo menos 2.8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad.

Al respecto, Riobó, Fernández-Bobadilla, Kozarcewski & Fernández-Moya, (2003) argumentan que las enfermedades asociadas a la obesidad o el sobrepeso como las cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebro vascular), la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante) y algunos cánceres (del endometrio, la mama y el colon); fueron en 2008 la causa principal de defunción a nivel mundial, algunas de éstas enfermedades más recurrentes en las mujeres.

¿En cifras, qué relación existe entre el sobrepeso, la obesidad y algunas enfermedades? Los mismos autores comentan que el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de

cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos; en los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones (OMS, 2010).

Este contraste quizá este asociado a que en los países en vías de desarrollo los niños son más propensos a recibir una nutrición prenatal, del lactante y del niño pequeño insuficiente, pero al mismo tiempo están expuestos a alimentos hipercalóricos ricos en grasa, azúcar y sal y pobres en micronutrientes, éstos alimentos suelen ser poco costosos y éstos hábitos alimentarios, en conjunto con una escasa actividad física, tienen como resultado un crecimiento brusco de la obesidad infantil, en un mundo donde paradójicamente los problemas de la desnutrición continúan sin resolverse (OMS, op. cit.).

El organismo internacional también señala que el hecho de padecer obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta, además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos.

Originándose algunas veces en la niñez y permaneciendo o no a lo largo de la vida, la obesidad es un fenómeno contemporáneo digno de ser estudiado por su recurrencia y por sus consecuencias a nivel biopsicosocial.

Con base en las cifras citadas, se puede observar de manera clara la mayor incidencia de la obesidad en la población femenina, y más adelante se sumaran aspectos psicológicos y sociales que vuelven más vulnerables a las mujeres ante este padecimiento.

Para finalizar este apartado y aterrizando en México, un país en vías de desarrollo donde de manera general, la gente no cuestiona lo que consume, o come lo que puede, aunado a

múltiples factores que favorecen éste padecimiento, este problema está latente. En su libro “La panza es primero, la triste realidad de la comida mexicana” Rius (2009) retrata la idiosincrasia del mexicano con respecto a los alimentos, muestra como se cree que es mejor comer carne porque se considera que da fuerza, tacos, tortas y garnachas porque es lo que se ofrece en las calles, se sirve rápido y es económico; aunque este consumo traiga a la larga consecuencias nefastas para el cuerpo y la salud, el mexicano lo prefiere, ya sea porque no le alcanza para comprar otra cosa, porque en realidad no sabe qué debe comer o porque los comerciantes prefieren “vender más” lo sabroso y grasoso que poco lo nutritivo.

Aclarando de paso que las grasas sí son necesarias para el cuerpo, sólo por citar un ejemplo, el cerebro humano se compone de 50% (la sustancia gris) a un 70% (la sustancia blanca) de lípidos (Contreras & García, 2005). Sin embargo la excesiva ingesta aunada a la sedentarización acarrea casi siempre sobrepeso.

1.3 Estadísticas de obesidad en mujeres jóvenes a nivel nacional

Los datos más actuales de la Organización Mundial de la Salud (2010), señalan a México como el primer lugar en mujeres pre-obesas, con un Índice de Masa Corporal que oscila entre 25.0 y 29.9. En cuanto a población femenina obesa considerada con un IMC mayor o igual a 30, México se sitúa en el lugar número 11 a nivel mundial.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006), el sobrepeso en nuestro país representa el mayor problema de salud en la población de 5 a 11 años, siendo mayor en las mujeres que en los hombres (18.1 y 16.5, respectivamente), en los varones de 9 y 11 años, 21 de cada 100 presentan sobrepeso y 11 de cada 100 tienen obesidad; en el caso de las mujeres la prevalencia de sobrepeso se concentra a los 9 años (23.2%) y la obesidad afecta más a las niñas de 7 y 10 años donde 10 de cada 100 presentan este padecimiento (Olaiz-Fernández et. al. 2006).

De acuerdo a la ENSANUT, uno de cada tres adolescentes (hombres y mujeres) tiene sobrepeso u obesidad, sumando así alrededor de 5 757 400 adolescentes en el país. En relación a la edad se observó una ligera tendencia de mayor obesidad a mayor edad, solo en el caso de las mujeres.

La misma encuesta revela que a nivel nacional, de acuerdo con resultados basados en el cálculo del IMC, el principal problema entre los hombres adultos es el sobrepeso, ya que el 42.5% de esta población lo padece, mientras que la obesidad está presente en un 24.3% de esta población; de manera proporcional las mujeres adultas con sobrepeso representan el mayor porcentaje con un 37.4%, aunque menor comparado con los hombres, no es el caso de la obesidad, que se ubica en 34.5% de esta población, superando así con una diferencia de 10 puntos porcentuales a los varones.

Un punto trascendental para volver la mirada hacia la obesidad, y con base en las encuestas, quizá se ubique en el panorama político social que coincidiendo con Fausto, Valdez, Aldrete & López, (2006) en que la obesidad en el país es un problema de gran magnitud, que tendrá implicaciones económicas, sociales y de salud a mediano y largo plazo, aspecto que deberá ser tomado en cuenta en las políticas públicas venideras.

De este modo, el fenómeno de la obesidad se ha convertido en un problema de salud pública en el país, vislumbrando así la necesidad del trabajo conjunto entre diferentes instituciones, disciplinas y profesiones para la investigación, prevención, intervención y tratamiento de la misma.

En nuestro país ya se han implementado algunas acciones principalmente propagandísticas en las que se pretende convencer a la población de hacer ejercicio, comer frutas y verduras y tomar más agua; surgiendo el conflicto al querer llevar a cabo esto en un contexto nacional con falta de espacios para realizar actividades físicas y siendo uno de los principales consumidores de refresco a nivel mundial.

1.4 Estado del arte en mujeres jóvenes

Acercas de las estadísticas sobre obesidad en población de mujeres jóvenes, un estudio en Nuevo León, encontró que en la región norte del país se presenta el número más alto de casos de sobrepeso y obesidad, tanto en población urbana como rural. Estudios citados en esta investigación confirman estos datos en familias de recursos económicos altos y bajos, sin embargo, el problema parece ser más agudo en la población de bajo nivel socioeconómico, donde se registra prevalencia de obesidad en hombres del 37% y en el caso de las mujeres se eleva hasta un 60% de incidencia.

Dicho estudio se realizó con universitarios y universitarias, trabajadores de la escuela y docentes, el objetivo del estudio fue encontrar la prevalencia de sobrepeso y obesidad, en los resultados se encontró una prevalencia total de 31.2% de sobrepeso, 45.8% en hombres y 22.4% en mujeres; los hombres que presentan este índice son principalmente trabajadores administrativos, éste estudio es de los más recientes a nivel nacional (Magallanes, Gallegos, Carrillo, Sifuentes, & Olvera, 2010).

En otro estudio realizado por Araya, Solís, Oliva, Calbacho, Vidal & Solís, (2008) efectuado en población joven universitaria, en Chile, se encontró que existen numerosas deficiencias en la alimentación de la población chilena, observándose un bajo consumo de frutas y verduras y un aumento progresivo del consumo de grasas; también confirmaron que este tipo de cambios sumado al sedentarismo ha llevado a un 38% de mayores de 17 años a presentar un grado de sobrepeso y a un 22% de la población chilena un grado de obesidad, confirmando que un 45% de varones y 24.3% de mujeres de la Universidad de Talca presentaban sobrepeso u obesidad. Como se puede observar, en la sociedad chilena existen más hombres obesos que mujeres, habría que indagar cuales son los factores que se presentan en ese contexto.

En el mismo estudio de la Universidad de Talca, en Chile, se hizo una comparación entre alumnos del área de la salud y del área de humanidades, para determinar su grado de salud e identificar factores de riesgo asociados al detrimento de la misma, encontrando diferencias significativas en cuanto al sobrepeso y obesidad. El porcentaje de alumnos con sobrepeso y obesidad es mayor en el área de la salud, 26% presentan sobrepeso y 9% obesidad, mientras que en el área humanista los porcentajes descienden a 21% y 2% respectivamente, mostrando así una diferencia atribuible al área de estudio en que están inscritas o inscritos las y los estudiantes y arrojando un resultado paradójico ya que podría pensarse que las y los estudiantes del área de la salud tienden a cuidar más de su cuerpo.

En Tamaulipas se realizó otro estudio, éste de tipo exploratorio sobre la prevalencia de sobrepeso y los hábitos de salud relacionados (Moreno-Vázquez et. al. 2004) con una muestra de 505 universitarios, 91 varones y 414 mujeres, con un promedio de edad de 20.83. De manera directa se midió altura y peso, calculando así el IMC de cada participante, y mediante un cuestionario se indagó acerca de conductas de riesgo para la salud como son el consumo de alcohol, de tabaco y la falta de actividad física; el 52.7% de la muestra se evaluó con un normopeso de acuerdo a los estándares de la OMS, el 21.8% presentó sobrepeso y el 18% obesidad, no encontrándose diferencias significativas en relación al sexo y peso.

Los autores indican que es relevante el hallazgo, considerando que los resultados señalan a la población joven mexicana como una población con índice superior de prevalencia de sobrepeso y obesidad a la encontrada en otros países.

En Colima, existe otro estudio enfocado a detección de sobrepeso y obesidad en población joven, la muestra estuvo compuesta de 821 alumnos, 380 hombres universitarios y 441 mujeres universitarias, de 20.9 años en promedio de edad, para esta investigación, se tomaron en cuenta rasgos antropométricos como la talla, peso, el IMC, circunferencia de la cintura y cadera; en los resultados se encontró que 31.6% de los estudiantes universitarios presentaron sobrepeso y obesidad, la frecuencia de sobrepeso en hombres fue de 27.8% y la frecuencia de obesidad se situó en 14.7%, mientras que en las mujeres se ubicó en 17% el índice de sobrepeso y 5.2% el índice de obesidad. En hombres el tabaquismo y etilismo,

estuvieron asociados a sobrepeso y obesidad (Trujillo-Hernández, Clemente, Almanza-Silva, Jaramillo-Virgen, Mellin-Landa & Newton, (2010).

En el Sureste del país, en el estado de Yucatán, se llevó a cabo un estudio en la universidad privada Anáhuac, campus Mérida, con 80 estudiantes del área de la salud (39 hombres y 41 mujeres), para explorar si había alguna relación entre el índice de sobrepeso u obesidad, los hábitos alimenticios y la foraneidad o residencia de los estudiantes en la ciudad, la investigación se llevó a cabo midiendo la estatura, edad, peso, porcentaje de grasa, peso de masa grasa, peso de masa magra y peso de agua en el cuerpo, innovando los métodos de investigación comúnmente utilizados (peso, talla, circunferencia de cintura y cadera e IMC); en los resultados, se encontró que los estudiantes (hombres) foráneos presentaron en mayor medida problemas de sobrepeso y obesidad, asociados a malos hábitos alimenticios, quizá provocados por su modo de vida (Peña, Cano, Burguete, Castro, León & Castellanos, 2009).

Al otro lado del Atlántico, en España, se realizó un estudio en la Universidad Autónoma de Madrid, (Montero, Morales & Carbajal, 2004) en donde se valoró la percepción de la imagen corporal de un grupo de adultos jóvenes, mediante el uso de modelos anatómicos y la comparación de dicha percepción con los valores reales del índice de masa corporal (IMC) con objeto de detectar posibles alteraciones en la autopercepción de la imagen corporal, para ello se diseñaron 7 modelos anatómicos para ambos sexos correspondientes a valores de IMC de 18, 22, 25, 27, 30, 35 y 40 kg/m²; cada persona, de las 158 que forman la muestra (65 hombres y 93 mujeres; 18-30 años), debía elegir el modelo con el que mejor se identificaba, posteriormente, se tallaron y pesaron y se calculó el IMC real comparándolo posteriormente con el IMC percibido.

En los resultados se observaron los siguientes datos, el 8.6% de las mujeres se ven más delgadas de lo que son y el 41.1% se autoperciben más gordas, las mujeres con valores de IMC real correspondientes a normo peso y sobrepeso (IMC entre 20 y 29.9) se ven más gordas de lo que son en realidad, mientras que las obesas (IMC>30), se autoperciben más delgadas; por el contrario, los hombres con normo peso y los obesos se autoperciben más

delgados de lo que son mientras que los que presentan sobrepeso se clasifican correctamente.

Hasta el momento la incidencia de sobrepeso en relación al sexo, es variable dentro de la población joven, estudiada en investigaciones del país, dicha variación podría atribuirse al tipo de muestreo que se ha utilizado, ya que este no ha tenido un tratamiento de tipo estadístico. Un punto que sería importante destacar de los estudios nacionales es la mayor presencia de trastornos psicológicos asociados a mujeres que presentan sobrepeso u obesidad, dichos trastornos se abordarán en el cuarto capítulo.

Por otro lado, no se puede hacer caso omiso de los datos estadísticos arrojados a nivel nacional y mundial que demuestran que la población femenina es la más afectada y propensa a desarrollar la obesidad.

2

FACTORES SOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE UN CUERPO OBESO

En el presente capítulo se abordan los factores sociales que intervienen en el proceso de construcción de un cuerpo obeso, partiendo del concepto de familia, como grupo primario de socialización de la persona, continuando con factores tales como la contextualización o historia del cuerpo femenino obeso a lo largo del tiempo, el doble discurso del Estado en cuanto a políticas públicas, la relación que existe entre la posición socioeconómica y la obesidad, el lenguaje simbólico del cuerpo la dimensión social de las emociones, y finalmente se hablará acerca de la libertad del cuerpo.

2.1 La familia

Utilizar a la familia como fuente de datos y grupo de análisis permite ubicar la cuestión de las identidades donde se producen y reproducen las relaciones sociales de naturaleza íntima, que con el tiempo se volverán públicas (García & De Oliveira, 2006).

De acuerdo con las autoras, la familia es uno de los vehículos que reproduce patrones o roles de género, por ejemplo, los trabajos domésticos, la satisfacción de las necesidades afectivas y el cuidado de los hijos, son cuestiones que siguen fuertemente asociadas a la mujer dentro del hogar. Para Marcela Lagarde (2003), las ideologías sexistas y racistas han sido las más duraderas y eficientes; para reproducir órdenes sociales y son conceptualizadas como naturales. El trabajo de la mujer dentro de la familia ha sido el de satisfacer las necesidades de los otros y el de obedecer sin voluntad ni conciencia a la naturaleza; de este modo reproduce la cultura, no la produce. ¿Cómo podría relacionarse esto con la obesidad? Quizá la respuesta iría encaminada hacia la existencia de una “relación” entre la mujer y el alimento.

“Relación” que debería tener el mismo peso tanto en hombres como en mujeres porque el alimento es una necesidad básica en ambos sexos.

2.2 Historia del cuerpo obeso femenino

“Las historias son maneras de pensar el pasado, de darle sentido al presente y guiar el futuro”.

Liz Hamui Sutton

Respecto de la historia de la obesidad en la mujer, Foz, (2001) menciona que a principios de la historia de la humanidad sobre la faz de la tierra, la supervivencia se generaba gracias a la caza y a la recolección de alimentos, de este modo nuestros congéneres sufrieron largos períodos de abstinencia alimentaria, por lo que desarrollaron mecanismos de ahorro energético que quedaron plasmados en los genes, los cuales una vez activados pueden ser factores desencadenantes de la obesidad. No sorprendiendo así las coloridas frases en torno a la comida, provenientes de diferentes culturas tales como la trobiandés que decía “Estaremos contentos y comeremos hasta vomitar”, una tribu sudafricana afirmaba “Comeremos hasta que nuestros vientres revienten y no podamos mantenernos de pie” y un castellano que dijo “Como el pobre, reventar antes que sobre”; filosofías intestinales populares, al parecer vigentes hasta nuestros tiempos (Contreras, 2005).

Con el paso del tiempo apareció el período neolítico, caracterizado por el advenimiento de la agricultura, de la domesticación de algunos animales y con ello del sedentarismo, que favorece a la obesidad. Mientras tanto el abastecimiento del alimento estaba satisfecho, dando paso a la reproducción de la especie como sociedad compleja y civilizada.

El mismo autor menciona que existen estatuillas de piedra como la Venus de Willendorf, que presentan un estado de obesidad, con grandes mamas y un vientre enorme, quizá asociado a la maternidad y fecundidad. Hay variedad de estatuillas encontradas en diferentes partes del mundo, pero cabe señalar que entre más reciente es su época de elaboración, las medidas del busto, cintura y cadera van disminuyendo. Extrapolando éste modelo a la actualidad, se puede observar que el nuevo modelo de mujer, ya no corresponde con el de siglos atrás, ahora se debe ser delgada, atractiva, seductora, profesionalista independiente, pero sin desatender las “tareas propias del género” como la crianza de los hijos y el cuidado de la casa y de la familia (Contreras, 2005).

Durante el Imperio Medio egipcio, la obesidad es considerada como glotonería, como una forma grosera y censurable.

Cinco siglos antes de Cristo, Hipócrates observó con precisión que las personas obesas tienen una mayor posibilidad de muerte súbita, que la infertilidad se presenta con mayor frecuencia en las mujeres obesas y la frecuencia de menstruación está disminuida (Foz, 2001).

Ya desde el siglo IV a. de C., Platón mencionó que la obesidad estaba asociada con la disminución de la esperanza de vida. Hacia el s. II a. de C., Galeno identificó dos tipos de obesidad, moderada e inmoderada, la primera la considera como natural y la segunda como mórbida. Ya desde entonces Galeno asoció la obesidad con un estilo de vida inadecuado. Por su parte, la cultura cristiana tiene una pésima imagen de la obesidad, de este modo San Pablo, en el s. I d. C. afirmó sugestivamente “aquellos enemigos de Cristo, cuyo Dios es su barriga”. Posteriormente en el s. V d. C., San Agustín incorporó la glotonería como uno de los siete pecados capitales (Foz, op. cit.).

El mismo autor señala que en la Edad Media, ya se atribuía la obesidad a una dieta abundante, a la falta de ejercicio y al humor. En Japón se consideró como un asunto del karma, en el caso de una mujer obesa que era prestamista. Fue durante el siglo XVI y XVII que se publicaron los primeros textos acerca de la obesidad, abarcaron aspectos físicos y químicos que constituyeron una base teórica para la comprensión de la función del

organismo humano. Peter Paulus Rubens (1577-1640) pintor flamenco, utilizó como modelos de sus obras sólo a mujeres que pesaran más de 200 libras (90 kg., aproximadamente), hecho que señala la deseabilidad de la obesidad en aquella época.

A partir del siglo XVIII, el médico holandés Boerhaav consideró factores de enfermedad al tipo de aire respirado, al tipo y cantidad de alimento y fluidos que ingerimos, al tipo de evacuaciones, a la cantidad de reposo y ejercicio, al estado emocional de la mente y a la cantidad y calidad de sueño. Estos factores dependían del control individual, por lo tanto la obesidad era considerada como glotonería o alteración con una marcada responsabilidad individual.

A finales del siglo XVIII, se empezó a observar la asociación entre la muerte por enfermedades cerebro vasculares y la obesidad androide (estancamiento de la grasa en el área abdominal). Durante el siglo XIX se hace el descubrimiento de la fisiología celular y Quetelet instaura el concepto de Índice de Masa Corporal (IMC). En esta época la obesidad tenía una connotación de morbilidad y se combatía con tratamientos múltiples, como la homeopatía, dietas y medicamentos (Foz, 2001).

Finalmente Foz también menciona que hacia el siglo XX, después de la Primera Guerra Mundial, la obesidad se clasificó en endógena (que dependía de la genética) o exógena (atribuida al exceso de ingesta y sedentarismo), dependiendo de los factores que intervenían en su aparición. Después de la Segunda Guerra Mundial, se inició la investigación experimental acerca de la obesidad, el metabolismo, la modificación conductual y la utilización de la cirugía bariátrica como tratamiento de la obesidad.

El autor no hace mención de la situación actual quizás por la época en que fue escrito el artículo, sin embargo en el siglo XXI se ha llegado a considerar a la obesidad como una epidemia (Panadero, 2005), debido a su exponencial aumento en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.

Evidentemente la obesidad es una herencia biopsicosociocultural que se viene construyendo desde hace más de dos millones de años en donde la selección natural nos condicionó no sólo a comer, sino a comer en exceso para sobrevivir a largos períodos de

hambruna, sin embargo hay que tener presentes las características específicas de este momento histórico, y cuestionarnos ¿por qué ahora se da la explosión de la obesidad?.

Esta epidemia asociada a múltiples padecimientos (Síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo II, enfermedades cardiovasculares, etc.) infesta a adultos, jóvenes, niños y niñas; por ello, es impostergable que la creciente ola de obesidad sea atendida en conjunto por profesionales sanitarios, psicólogos, gobiernos, servicios de salud pública, industria alimentaria, colectividad, educadores, técnicos en urbanismo y espacios públicos para facilitar el deporte y la actividad física.

2.3 Construcción social del cuerpo

Tomando como referencia a los constructivistas Douglas, Foucault, Goffman y Turner; Martínez, (2004) señala que éstos autores toman el cuerpo como algo interpretado culturalmente en todas partes, en todas las épocas. De modo que lo biológico o psicológico del cuerpo está permeado también por determinada influencia cultural.

Con base en este principio de interpretación cultural del cuerpo, la misma autora menciona que la concepción contemporánea del mismo gira en cuanto a tres premisas: la primera de ellas, es la excesiva carga sexual que se le da al cuerpo (objetivación del cuerpo), este aspecto es principalmente cuestionado por grupos feministas. El siguiente punto es la idea del cuerpo como mercancía y medio principal de producción y distribución de la sociedad de consumo. En último lugar se considera el cambio demográfico que supone el envejecimiento de la población, junto a la nueva concepción de la enfermedad-vejez transformada por la medicina alternativa (retorno a la naturaleza) por un lado y la concepción del hombre-máquina que se puede desmembrar, comercializar y mecanizar para tratar de huir de la inminente muerte por otro (Le Breton, 1995).

De acuerdo con Jean-Mari Brohm, (1982) sociólogo citado por Martínez, (op.cit.) el cuerpo tiene una condición política, en la que la persona seguirá siendo un apéndice de la

máquina (en términos de Marx), ya que la lógica del cuerpo sigue siendo la lógica del rendimiento; así, la sociedad actual sigue exigiendo cuerpos bellos y funcionales, aunque el sistema de vida sea incongruente con esas demandas. Respecto a esta concepción, Dick, P. K. (1979), citado por Le Breton (1995) ironiza en que llegará el día en que un ser humano que le haya tirado a un robot que salió de la fábrica de la General Electric vea, con asombro como vierte sangre y lágrimas. Y el robot moribundo podrá tirar sobre el hombre y, con asombro, ver que un hilo de humo gris se levanta de la bomba eléctrica que pensaba que era el corazón del hombre. Ficción tal vez no muy lejana si se sigue por el camino de la lucha contra la natural degradación del cuerpo humano.

En un aspecto más personal, la corporalidad se constituye como instrumento de expresión de la personalidad, también sirve para tomar contacto con el exterior y para aislar la concepción del propio cuerpo (como objeto) y como cuerpo vivido en sus relaciones con las demás personas. Martínez, (2004) también comenta que las mujeres tienden a ser más conscientes de esta corporalidad, es decir se identifican más con su cuerpo que los hombres, volviendo a la concepción de ser para los demás, ser, un “objeto deseable”.

Lagarde (2003) también puntualiza que el cuerpo en la mujer es idealizado como cuerpo-comida, que amamanta, que repone y que cuida; y de allí que se considera a la comida como una extensión de su cuerpo, así, el cuerpo de la mujer se extiende simbólicamente a las cazuelas, a los alimentos, a la cocina y a la casa, para cargar y recibir al otro. Cuerpo ocupado por un proceso social de aculturación de la mujer, cuerpo aplicado a los otros y negado a sí misma. Al mismo tiempo valora más la existencia del otro que la propia, porque sólo el reconocimiento le da existencia a ella misma.

Así, el cuerpo es un signo, un mensaje que habla de su propietaria. Ya no es importante ser feliz y encontrarse bien consigo misma, sino la concepción que tienen los y las demás sobre el ser hombre o ser mujer.

2.4 El doble discurso del estado

Al respecto de este tema, Giddens (1995), en Martínez, (2004), ha mencionado que una de las características de la modernidad es «el reconocimiento de que la ciencia y la tecnología tienen un doble filo y crean unos parámetros de riesgo y peligro, al tiempo que ofrecen posibilidades beneficiosas para la humanidad». Con base en esto, el progreso científico y médico genera unas soluciones técnicas que cambian el significado del cuerpo.

El principal motor de la ciencia es la economía, si se parte de ese punto, el Estado y la industria privada son los principales inversionistas, el desarrollo de la química en la industria alimentaria ha traído consigo algunos beneficios, como el llegar a lugares lejanos con alimentos no putrefactos; por otro lado el consumo de algunos de estos productos comercializados de manera exorbitante han tenido secuelas en los cuerpos de la gente, como es el caso del consumo de refresco en México, que de acuerdo al IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) se sitúa como uno de los productos que contribuyen en el desarrollo de la obesidad y de la diabetes mellitus tipo II. Son conocidos los efectos del refresco en la salud, entonces ¿Por qué el Estado no regula su consumo? Quizá por las burbujeantes ganancias que deja este producto (Flores, López, López, Arellano, & Mendoza 2008).

Aunado al doble discurso sobre los alimentos se suma la no planificación de zonas habitables, con carencia de espacios deportivos, recreativos y culturales, por si fuera poco, los horarios de trabajo absorbentes y las largas distancias de traslado entre el trabajo o la escuela y el hogar son muchas veces incompatibles con un modo de vida saludable.

Con la reducción del trabajo físico debido a adelantos tecnológicos, el uso cada vez mayor de transporte automotor, la automatización de maquinaria (puertas y ventanillas electrónicas), el uso de ascensores y escaleras eléctricas, la reducción del tiempo dedicado a jugar al aire libre por inseguridad o por la preferencia hacia juegos electrónicos y la televisión, se están construyendo cuerpos obesos (Peña y Bacallao, 2001).

Discordante con las novelas de ficción que hace algunas épocas dibujaban a las personas de la era de la información con cuerpos espigados, cefálicos y musculosos (por ejemplo Matrix, 1999) el cuerpo que está gestando la era de la tecnología, en su mayoría es el obeso.

2.5 Posición social, economía y política de la obesidad

Es preciso colocar cualquier evento dentro de los esquemas sociales, económicos y políticos que permiten entender que los significados emergen de estructuras sociodinámicas (Hamui, 2011).

Martínez, (2004) menciona que el trato que se le da al cuerpo, las maneras en que se moldea y en que se nutre son preferencias corporales (hábitos alimenticios, higiénicos y deportivos) que dependen del volumen de capital económico, cultural y social donde la actitud corporal se transforma en hábito, y en consecuencia en clase social. Del mismo modo, el gusto corporal, generalmente, se encontrará relacionado de manera estrecha con la idea que cada clase social se hace del cuerpo y con las categorías que usa para evaluarlo.

En un estudio realizado en población brasileña, se han encontrado algunos factores que relacionan la obesidad con la pobreza, a continuación se hará mención de éstos.

El primero de ellos es el alto aumento de productos ricos en azúcares y grasas, deficientes en nutrientes esenciales, de buen sabor, alto poder de saciedad y de bajo costo comercial; aunando aquí el elevado precio de los vegetales y las frutas en algunos países (Figueroa, 2009).

El mismo autor señala que el siguiente factor es el genético de adaptación, el cual consiste en volver eficiente el uso de energía ante el consumo inadecuado y fluctuante de alimento. Al regularse el suministro de alimento, el cuerpo ya ha quedado programado para

almacenar grasa y gastar poca energía, desarrollando así la obesidad, este gen también puede transmitirse de manera hereditaria.

Otro factor que puede ser detonante de la obesidad es el medio intrauterino, es decir la alimentación de la madre antes y durante el embarazo.

El componente sociocultural que incluye el ambiente violento e inseguro que se vive en las zonas periféricas contribuye a que la gente pocas veces mantenga modos de vida saludables, también es más difícil que los programas de salud y educación pública se apliquen en estas zonas por los riesgos que esto implica; y en este punto se podría sumar la concepción de algunas clases o culturas que consideran a la obesidad como un estado deseable, signo de prestigio social, de buena vida y de riqueza.

El proceso de aculturación que incide sobre el desarrollo de la obesidad en la pobreza, hace referencia al contacto de las sociedades latinoamericanas con el modo de vida de los países desarrollados, acogiendo hábitos progresistas de alimentación, como es la comida rápida y la creada necesidad que fomenta el consumo excesivo como fuente de placer.

La situación actual en que las mujeres tienen oportunidades más limitadas, cargas sociales más pesadas, una imagen subvalorada de su cuerpo y tradicionalmente se encuentran subordinadas socialmente a los hombres, hace de ellas una población más vulnerable al padecimiento de la obesidad en la pobreza.

La migración es otro factor de riesgo para desarrollar obesidad, ya que las personas se mudan hacia otros lugares más conurbados, para tratar de conseguir mejores condiciones de vida, adoptando en ese camino los nuevos estilos de vida de las urbes.

En cuanto a los factores socioeconómicos, Figueroa, (2009) dedujo en este mismo estudio que a mayor nivel socioeconómico hay una relación directa con el desarrollo de la obesidad, y del otro lado se encontró una relación entre menor nivel socioeconómico y mayor frecuencia de obesidad. De acuerdo a los resultados del autor, los dos extremos de la escala social, es decir, el de mayores ingresos por un lado y el de menores ingresos por el

otro, son las personas más vulnerables a desarrollar obesidad, sin embargo hay que tener en cuenta que el desarrollo de la misma es multifactorial.

Finalmente, la pobreza es un factor de riesgo que se suma al desarrollo de este padecimiento, sin embargo las clases sociales medias y altas obviamente no están exentas de ello, como se pudo verificar en este estudio; la pobreza de información, la pobreza emocional, la falta de identidad (procesos de transculturación causados por las migraciones), la falta de infraestructura para el desarrollo de una vida plena y la falta de hábitos saludables es aún más riesgosa que la propia carencia económica.

2.6 El lenguaje simbólico del cuerpo

En la sociedad actual fácilmente se percibe el constante bombardeo de modelos de ser humano, el modelo de mujer que impera, por lo menos en los medios de comunicación masiva, es el de la mujer delgada, la mujer seductora -objeto- de deseo sexual que reafirma el poder del hombre sobre la mujer, la mujer consumista que compite con otras mujeres por ser el mejor objeto, que moldea su cuerpo a como dé lugar (con cremas, dietas, liposucciones, etc.) cualquier método es válido cuando se trata de cambiar el cuerpo, quitar y poner piezas, como si se tratase de un lego. Al hombre también se le empieza a catalogar como el que debe ser triunfador, ambicioso, fuerte y seductor (López, 2011).

“El cuerpo habla, pero la interpretación que se les da a los cuerpos obesos no siempre es la mejor”, así lo comenta López, M. (2007) que entrevistó a pacientes posoperatorios de cirugía bariátrica, que presentaban niveles bajos de autoestima y autoaceptación debido a que ellos creían que socialmente una persona obesa es considerada como poco constante, descuidada, poco inteligente, mala cuidadora de su salud y de su dieta. Generalizando una concepción desaprobatoria de las personas obesas por su aspecto físico, que invariablemente está ligado a una compleja relación de factores biológicos, psicológicos y sociales, siendo un fenómeno que va más allá de la imagen.

Desde un punto de vista psicoanalítico, el cuerpo obeso también podría ser interpretado como la manifestación de un malestar no resuelto, siendo la gordura una protección por ejemplo, para resistir algo amenazante, o siendo un signo de la sociedad de consumo, que se lo quiere comer todo. Múltiples visiones, diferentes interpretaciones, el cuerpo habla y se le pueden dar diferentes lecturas, lo que queda claro es que hay transformación del cuerpo social (Velasco & Pantoja, 2011).

Hace algunos años, los antropólogos consideraban a las sociedades como maquinas que funcionaban bien, actualmente se inclinan a pensar en términos de construcción, de performatividad, de tramas, representaciones y reacciones contestatarias ante eventos y procesos que provocan acciones que van conformando la vida social (Hamui, 2011).

“Somos lo que comemos” es una frase muy trillada, que encierra diferentes mensajes, en primer lugar las preferencias hacia ciertos tipos de alimentos están influenciadas por la genética; en segundo lugar, los alimentos que se ingieren generan sustancias que tienen ciertos efectos a nivel fisiológico y a veces psicológico y finalmente tienen una fuerte carga cultural, para muestra el estudio del psicobiólogo Paul Rozin, (1994) citado por Contreras & García (2005), que averiguó sobre prejuicios interétnicos.

El estudio consistió en pedir a estudiantes universitarios que emitieran un juicio de valoración acerca de dos culturas que diferían en su alimentación, la primera consumía tortugas como fuente primaria de alimentos y la segunda consumía jabalíes. En los resultados se observó que atribuyeron características propias de las tortugas (buenos nadadores, pacíficos y prudentes) y a los segundos los describieron como rápidos en la carrera, salvajes y agresivos. Ya sea de manera consciente o inconsciente, sin duda se da un significado simbólico al alimento.

2.7 La libertad del cuerpo

La construcción de la imagen corporal ideal se basa en valores, creencias y patrones estéticos característicos de la sociedad occidental, en cuyo contexto emergen los trastornos alimentarios (TCA) (Behar, 2010).

La perfección corporal y la delgadez son los modelos a seguir en la sociedad actual occidental, una silueta espigada es sinónimo de éxito, atractivo e inteligencia, observada en la clase social alta y enfatizada por el modelaje, los medios de comunicación masiva y el culto narcisista al cuerpo. De acuerdo a Behar, (op.cit.) también contribuyen a la construcción cultural del cuerpo las diferencias genéricas (95% de las personas que presentan TCA son mujeres), el rol de género femenino, la mayor prevalencia en la raza blanca, la influencia de la familia, las amistades y las burlas de personas significativas; de este modo la internalización de las presiones socioculturales genera distorsiones en los pensamientos y emociones hacia su ser y sus cuerpos.

Del otro lado, se encuentra la obesidad que ha sido considerada como algo anormal, algo patológico, objeto de exclusión social, llegando al extremo en que se estigmatiza a personas cuyo peso no es un riesgo a su salud ni un obstáculo para su vida social, pero es discriminado o discriminada porque su cuerpo choca con el concepto de cuerpo ideal (Alemany, 1993 en Martínez, 2004). En diferentes investigaciones (Bañuelos, 2008; Behar, 2010; Fernández-Bobadilla, Kozarcewski & Fernández-Moya, 2003) se ha encontrado que el cuerpo ideal cobra más importancia en la vida de la mujer que para el hombre, y del mismo modo, la discriminación causada por la obesidad está más dirigida hacia las mujeres.

Al respecto, Csordas (1997) comenta que el cuerpo sigue siendo el escenario de algunas (aunque no de todas) de las formas más fundamentales de la desigualdad social y el control en la sociedad contemporánea. El autor también comenta que existe un intento de desterrar "el sujeto" como una entidad metafísica dotada de capacidades relativamente autónomas para la acción y la conciencia crítica, sustituyéndolo por "el cuerpo ", concebido para fines

sociales como material pasivo, el objeto de las disciplinas y representaciones. Para Foucault (1979), citado por el autor, el cuerpo existe en un estado inefable como potencial puro para placer antes de todos los efectos sociales, y desde ahí “resiste” porque se desvía de las formas hegemónicas de vivir la sexualidad; actualmente, hay un cuerpo excesivamente sexuado, mercantilizado, aunque en mayor medida el de la mujer, el del hombre y el de los homosexuales también lo es, cuerpos que apuestan por el individuo y no por el sujeto, no por el ser social.

Martínez, también hace referencia al cuerpo como una propiedad, de las personas, y del Estado. Cada quien habrá de elegir su desarrollo corporal en función de las necesidades o planteamientos de su vida, pero el Estado determinará la disposición de los productos, espacios y saberes. Voluntad distorsionada, en donde el mensaje es que tu puedes hacer lo que quieras con tu cuerpo, pero adecuándote a los estándares preexistentes.

Esta noción de propiedad, pero en el extremo opuesto, hace referencia tal vez sin querer, a la propia libertad, que es la apuesta en este apartado, optar por la verdadera libertad de construir activamente un modo de vida, de elegir de manera consciente que quiero comer, dónde, que posibles implicaciones tendrá sobre mi cuerpo, y finalmente ¿cómo quiero vivir este cuerpo finito que soy?.

Y más allá de la disociación, construirme e identificarme con mi yo, físico, psicológico y sociocultural, siendo consciente de mi multifacética condición de ser humano.

3

FACTORES BIOLÓGICOS QUE CONTRIBUYEN A LA FORMACIÓN DE UN CUERPO OBESO

En el presente capítulo se abordarán los factores biológicos que contribuyen a la formación de un cuerpo obeso.

Con el objetivo de indagar la influencia que los factores genéticos, bioquímicos, farmacéuticos, de actividad física, de gasto de energía, las teorías acerca de la probiota (bacterias que se acumulan en el estómago) y la alimentación en relación a la obesidad, se revisará literatura que versa acerca de estos temas.

3.1 Factores genéticos

Es indiscutible que existe una variada interacción de factores inductores de la obesidad, uno de ellos es la herencia genética.

Una investigación reciente señala que la heredabilidad del IMC oscila en el 33%, y no en el 66% como lo indicaban investigaciones anteriores, este dato hace referencia a la influencia del factor genético hereditario respecto de la obesidad; corroborando así que los factores ambientales y culturales desempeñan un papel fundamental, al fusionarse con la predisposición genética en el desarrollo de la obesidad (Stunkard, 2011).

En un estudio de nutrigenómica y obesidad (disciplina que estudia la relación genética respecto de la nutrición), realizado por Palou, Bonet, Picó, & Rodríguez, (2004) se revela que se han tratado de asociar más de 250 genes con la obesidad humana, no encontrando aun hallazgos relevantes, pero si abriendo las puertas hacia el desarrollo de alimentos funcionales para el control de peso con base en la bioactividad específica de determinados nutrientes, que ya traerán sus controversias.

En Monterrey, se realizó un estudio transversal en población mexicana, consistió en determinar la relación de IMC de progenitores e hijos y determinar la prevalencia de riesgo de sobrepeso y de sobrepeso, se observaron 126 núcleos familiares a lo largo de un año, en los resultados se observó que de los 252 progenitores, 126 mujeres y 126 hombres, 58 y 60 respectivamente fueron el número de personas que presentó sobrepeso, mientras que 28 mujeres y cinco hombres presentaron obesidad.

Respecto a su descendencia que asciende a 145 niñas y 155 niños, 17 y 19 respectivamente presentaron sobrepeso, mientras que 13 niñas y 10 niños presentaron obesidad; finalmente, las relaciones más significativas se encontraron en la correlación padres con peso normal e hijos con sobrepeso (n=107), sorprendentemente, seguida de la relación padres con sobrepeso e hijos con sobrepeso (n=72) y por último la relación de padres con sobrepeso e hijos obesos (n=51) (Dávila, Cortés, Rivera, Gallegos, & Cerda 2005). Mostrando así la variabilidad de los datos, respecto de la obesidad en relación con su origen genético, rompiendo con la creencia de que una familia de delgados no engordará a sus descendientes o viceversa, que no todas las familias de obesos estarán condenadas a criar niños y niñas obesos.

3.2 Bioquímica de la obesidad

Acerca de la bioquímica de la obesidad, se han encontrado hallazgos importantes, uno de ellos es el vínculo que hay entre el desarrollo de la obesidad y un gen llamado *ob* que normalmente se encuentra activo en las células adiposas, produciendo una proteína que viaja a través de la circulación sanguínea y llega hasta el cerebro para transmitir el mensaje “*estoy lleno*”, también conocida como la señal de saciedad.

Hall, (2008) menciona que a través de investigaciones realizadas con ratones se ha podido conocer un poco acerca del mecanismo de acción de dicho gen, llamado *leptina* (por la palabra griega utilizada para delgado *leptos*), encontrando así que algunos de los ratones

carecían del receptor de esta señal, de este modo la señal de saciedad nunca llegaba a su cerebro.

Actualmente todavía existen investigaciones respecto de este tema para tratar de desmenuzar la complejidad biológica de este mecanismo, sin embargo Friedman, (1994), citado por Hall, (2008) asegura que la *leptina* parece desempeñar un papel crítico de modo que si el volumen de grasa disminuye, el nivel de leptina cae, y el impulso por comer aumenta. Algunos pensarían que la solución a la obesidad está en la administración de leptina, pero los tratamientos apuntan que solo algunas personas reaccionan a ésta sustancia, mientras que en otras no tiene ningún efecto.

Otro punto destacable es la relación existente entre insulina y obesidad, la insulina se produce en el páncreas a diferente velocidad dependiendo de la cantidad de glucosa en la sangre, algunos experimentos con animales apuntan a que la hiperinsulinemia guarda una estrecha relación con la obesidad, en un estudio realizado por investigadores de Búfalo en ratas recién nacidas hijas de madres hiperinsulinémicas y obesas, los investigadores hallaron que las ratas sea cual sea su alimentación presentan una alteración en su respuesta hacia la insulina disminuyéndose en el hígado y músculos, y aumentando notablemente en el tejido graso; a manera de conclusión, parece que éstas, pequeñas ratas de segunda generación, poseen una característica metabólica de resistencia a la insulina desde la infancia, que posteriormente las llevará a producir obesidad (Lozano, 2001).

Dicho hallazgo fue muy importante, ya que ha llevado a asociar la resistencia a la insulina con el llamado síndrome metabólico.

El síndrome metabólico abarca varios factores de riesgo cardiovascular, en donde el rasgo característico es la resistencia a la insulina, donde además la obesidad parece ser uno de los principales factores desencadenantes o coexistentes de dicho padecimiento. De acuerdo al Programa Nacional de Educación en Colesterol (ATP III, 2002) publicado en los Estados Unidos de Norteamérica, las características que hay que tener en cuenta para determinar si se padece el síndrome metabólico son las siguientes:

1. Obesidad: Perímetro de cintura > 88 cm en mujeres y > 102 cm en hombres.

2. Hipertrigliceridemia: >150 mg/dL.
3. Colesterol HDL bajo: < 40 mg/dL en hombres y < 50 en mujeres.
4. Hipertensión arterial: 130/85 mmHg o diagnóstico previo.
5. Diabetes o glucosa anormal de ayuno: 100 mg/dL.

En general, se han encontrado resultados positivos en aquellas personas que padecen el síndrome metabólico y que han decidido bajar de peso (García-De la Llata et. al., 2008).

La bioquímica de la obesidad se encuentra en constante desarrollo, y aunque no ha sido posible encontrar una respuesta certera a dicho padecimiento desde este nivel, no por ello hay que restar la importancia de los descubrimientos actuales que han llevado al conocimiento de diferentes enfermedades asociadas; con estas investigaciones, también se han encontrado asociaciones de determinadas sustancias (fármacos) que potencializan el desarrollo de la obesidad, tema que se abordará en el siguiente apartado.

3.3 Fármacos y obesidad

De acuerdo a Delbono-Chaftare et. al. (2009) algunos fármacos de uso frecuente se han asociado o tienen entre sus efectos secundarios o no deseados la ganancia de peso. El reconocer estos medicamentos y procurar sustituir o evitar su uso, sí es posible, puede ayudar a limitar el desarrollo o agravamiento de una obesidad preexistente.

Los mismos autores señalan que los fármacos que pueden generar ganancia de peso son: Glucocorticoides (favorecen la génesis de la glucosa), Esteroides progestágenos (prepara al endometrio para la implantación y retención del embrión), Antidepresivos tricíclicos, Inhibidores de MAO (antidepresivos), Sulfonilureas (aumentan la liberación de insulina), Insulina, Tiazolidinodionas (tratamiento de la diabetes tipo II), Antisicóticos

(*risperidona, clozapina*) y β bloqueadores (tratamiento en los trastornos del ritmo cardíaco y cardioprotección posterior a un infarto de miocardio).

Es importante conocer esta información para el completo diagnóstico de la obesidad en el caso de la interdisciplina, ya que los efectos colaterales de los medicamentos que estimulan el aumento de la masa corporal pueden empeorar el estado crítico del paciente.

3.4 Actividad física y gasto de energía

Con base en Moreno (2001) existe una teoría biológica que dice que la obesidad es causada por un desequilibrio entre la energía consumida y la energía gastada, de este modo si toda la energía que se consume no es utilizada, tenderá a acumularse en forma de tejido adiposo.

Moreno también argumenta que los componentes del gasto energético son: el gasto energético basal (energía mínima necesaria para la realización normal de las funciones fisiológicas), la termogénesis inducida por la dieta (aumento del gasto energético después de una comida dependiendo de la composición de los alimentos que se ingirieron y del funcionamiento metabólico del organismo), la actividad física (que conlleva un gasto energético dependiente del tipo de ejercicio, intensidad y duración), el estrés, la exposición al frío, la fiebre y diferentes situaciones ambientales que inciden también en el gasto energético.

Por otra parte, un estudio llevado a cabo por García, Vega, Iñarritu, Thompson, López, & Huerta, (2005) afirma que ciertas enfermedades crónicas se fraguan desde el estado fetal. Barker (1998) el autor de esta hipótesis, citado por los autores, propone que cuando el feto es sometido a una deficiencia de nutrimentos, su organismo se adapta y activa un gen ahorrador de energía; en la vida postnatal, esta característica se atribuye a quienes nacen con peso bajo y se considera que éste es un factor de riesgo para desarrollar en la vida

adulta diabetes mellitus tipo II, accidentes cardiovasculares, obesidad, e hipertensión, al parecer el gen ahorrador una vez que se activa, se queda así para siempre.

Los mismos autores indican que las mujeres en comparación con los hombres, poseen mayor porcentaje de masa grasa en el cuerpo, que determina un gasto energético menor por kilogramo de peso, haciendo más difícil perder el sobrepeso ganado, también la menopausia tiene efectos desfavorables en la composición corporal que conduce a un aumento en la obesidad entre los 40 y 60 años, particularmente si no se hacen los ajustes necesarios en el balance hormonal y energético (García, Vega, Iñarritu, Thompson, López, & Huerta, 2005).

Si bien el ejercicio puede ayudar a mantener un cuerpo al límite de la obesidad, en algunos individuos puede tener efectos efímeros, que se volverán persistentes solo en la medida que la persona vaya aumentando la cantidad de ejercicio, para obtener los mismos resultados que en un principio.

Finalmente, la actividad física, considerada como cualquier movimiento que realice el cuerpo humano, implica un gasto energético, por lo cual puede funcionar como regulador eficaz del combustible ingerido (alimentos). Sin embargo la eficacia del ejercicio variará en cada individuo, dependiendo del tipo de metabolismo que posea, de la composición de los alimentos y hasta del grado de cocción de los mismos.

3.5 Microbiota y obesidad

En una investigación realizada con ratones, Almanza-Blancas, et. al. (2011) se demostró que un inadecuado equilibrio bacteriano en el intestino puede favorecer la acumulación de grasas y la inflamación del tejido adiposo. Por el contrario, el adecuado equilibrio bacteriano corresponde con un peso apropiado y se reveló que ciertas bacterias reducen la inflamación del tejido adiposo.

En otro estudio también se ha comprobado una correlación entre obesidad y desequilibrio bacteriano, se encontró que cuando hay un aumento de las bacterias *firmicutes* (malas) y disminución de las bacterias de la familia *bacterioidetes* (buenas), se provoca una inflamación del tejido adiposo, asociada al mal funcionamiento de la insulina y por ende al desarrollo de la obesidad (Musso, Gambino, & Cassader, 2010).

De este modo la microbiota intestinal se asocia a la regulación del peso corporal, y no sólo eso, sino que también se asocia al desarrollo de la diabetes y del síndrome metabólico, pudiéndose regular según los autores de ambos experimentos citados, por medio de los alimentos que se ingieren.

Una vez más los alimentos y su composición salen a relucir como una pieza fundamental en la influencia de los factores biológicos que son asociados con la obesidad, debido a su relevancia se tomarán como foco de investigación documental en el siguiente apartado.

3.6 Alimentación y obesidad

Toda la energía obtenida por el cuerpo proviene de los alimentos que se ingieren, luego el organismo la consume para cubrir sus necesidades. De acuerdo a este postulado, la obesidad se produce cuando la ingestión de calorías supera las necesidades funcionales de su organismo, que incluyen el metabolismo, la actividad física, el efecto térmico del alimento y el crecimiento (Segura, 2012).

¡Somos lo que comemos! Es un lema adoptado por algunos países, como el Uruguay, que apuesta por la elección de alimentos variados, ricos en nutrientes, orgánicos cultivados sin insecticidas y sin modificaciones genéticas (Red de acción de plaguicidas y sus alternativas para América Latina. Alimentemos al mundo sin venenos, 2006).

Considerando éstos peligros existen algunos alimentos o aditivos utilizados como conservadores o colorantes de alimentos, asociados a la obesidad.

Uno de ellos es el glutamato monosódico (GMS), relacionado con la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2, se encuentra en sopas instantáneas, frituras, en la comida rápida y en comida pre-empacada. Alrededor del mundo hay numerosos estudios que prueban dicha hipótesis, pero para ilustrar este apartado se tomará como referencia un estudio hecho en México, presentado en el Segundo Congreso Nacional de Química Médica, en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa en el mes de Agosto del 2008).

En este estudio, se presentan los resultados de la administración subcutánea de GMS, a un grupo de ratas, obtenidas del bioterio de la universidad, obteniendo diferencias significativas en cuanto al aumento de peso desde las primeras tres semanas de su administración, en relación al grupo control (Almanza-Blancas, et. al., 2008).

El tipo de obesidad que desarrollaron estos ratones fue de tipo hipofágica, observando que estos animales consumían menor cantidad de alimento y de agua que los ratones sanos.

Otro componente alimenticio asociado con la obesidad son las grasas trans, que con base en un estudio con 51 monos se pudo encontrar a lo largo de seis años de observaciones, que los monos alimentados con alimentos ricos en grasas trans (basadas en aceite vegetal procesado), aumentaron de manera significativa su peso (7.2%), respecto del grupo control (1.8%), siendo que el alimento que se les proporcionaba tanto a ellos como al grupo control era el requerido para mantener un peso estable, con la diferencia de que en el grupo control recibían grasas monoinsaturadas (aceite de oliva). Todos los kilos demás se acumularon en la zona del abdomen, de forma que los monos del grupo alimentado con grasas trans tenían un 35% más de grasa en su abdomen que el resto (Ramsey, Colman, Brinkley, 2000).

En general también se han asociado a las grasas, harinas y azúcares con el aumento de peso, sin embargo comentan los autores del experimento que este proceso dependerá de múltiples factores como la cantidad, la frecuencia, el tipo de metabolismo, el gasto energético y otros factores asociados a la obesidad.

En el nivel biológico asociado a la obesidad, se encontró que el factor genético es un elemento que innegablemente interactúa en el desarrollo de la obesidad, aunque no por ello es determinante. En cuanto a la bioquímica asociada, se han descubierto grandes avances, como el descubrimiento de medicamentos que pueden detonar la obesidad, la microbiota y sustancias específicas que inciden en su desarrollo. Abriendo las puertas hacia el desarrollo de medicamentos y alimentos funcionales para el control de peso con base en la bioactividad o funcionamiento específico de determinados nutrientes o sustancias, que ya traerán sus controversias.

Con el descubrimiento del gen *ob*, algunos pensarían que la solución a la obesidad está en la administración de leptina, pero los tratamientos apuntan que solo algunas personas reaccionan a éste, mientras que en otras no tiene ningún efecto; manifestando nuevamente la especificidad de el complejo fenómeno de la obesidad.

4

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE PUEDEN ACTUAR COMO CAUSA O CONSECUENCIA DE LA OBESIDAD

En el capítulo cuatro, se tomarán en cuenta los factores psicológicos asociados a la obesidad. Es importante señalar que éstos pueden interpretarse como causas, como factores que mantienen el sobrepeso o la obesidad, pero también como consecuencias de la obesidad, quizá en ello radica su trascendencia, sumando el hecho de que es la conducta, los pensamientos y sentimientos los que median entre el entorno físico (cuerpo) y el social (cultura o contexto).

De manera particular se abordan aspectos relacionados con la imagen corporal, la autoestima, los trastornos alimenticios, psicológicos y sexuales asociados con la obesidad en las mujeres jóvenes, también se hará mención al valor simbólico de los alimentos, al miedo a estar delgada o delgado, a la adopción de la obesidad como medida de escape a situaciones deseables, al desequilibrio entre satisfacciones e insatisfacciones, a la obesidad como forma de castigo, a la necesidad de identificarse con una persona obesa, a la obesidad como medida de destrucción de la figura femenina y finalmente al papel que la familia desempeña en la obesidad.

Entre el cuerpo, el actuar y la sociedad existe una bisagra que conecta estos elementos desde hace miles de años hasta la actualidad; la emoción es esa conexión que ha jugado un papel fundamental para la evolución del ser humano. Tanto el sistema límbico y el neocórtex están asociados con la experiencia y la expresión de la emoción. En la función de cada zona se puede ver que se integrarán en la evaluación de los estímulos y la elección del curso de acción (Pribram, 1984, en Csordas, 1997). Reynolds (1981) citado por el mismo autor continúa diciendo que el afecto o emoción no debe considerarse como una expresión de los estados particulares e idiosincrásicos, sino que debe ser entendida "como el canal especializado filogenéticamente por el cual los estados internos se hacen públicos".

4.1 Imagen corporal distorsionada

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del propio cuerpo (Salaberria, Rodríguez, & Cruz, 2007). Una cosa es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal, personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así.

Las mismas autoras señalan que la imagen corporal va construyéndose evolutivamente, así en diferentes etapas de la vida se va interiorizando la vivencia del cuerpo, que en el caso de las mujeres sufre variaciones importantes debidas a los embarazos.

De acuerdo con Silvestri, & Stavile, (2005) la imagen corporal es una representación psicológica subjetiva, que está conformada por tres niveles:

El primer nivel es la forma o figura, conocido también como esquema corporal, que hace referencia al aspecto, la postura, las dimensiones, la ubicación en el espacio, el movimiento y la superficie corporal que contiene a los órganos de los sentidos.

El contenido está ubicado en el segundo nivel, que corresponde a las percepciones de las necesidades, como son los registros de hambre-saciedad, tensión-distensión, frío-calor, dolor-bienestar, cansancio-viveza, etc.

Y finalmente en el tercer nivel se ubica el significado, que corresponde con el concepto de cuerpo erógeno, e incluye las representaciones del deseo, la capacidad de comunicar, simbolizar y crear relaciones afectivas.

Las mismas autoras comentan que la afectación respecto a la imagen corporal, puede darse en cualquiera de estos tres niveles, causando insatisfacción y preocupación excesiva por la apariencia física, o percibiendo dimensiones inferiores a las reales para tratar de ocultar el problema. También se pueden tener alteraciones al momento de percibir y discriminar estados de saciedad, o se puede atribuir un componente afectivo a los alimentos

como defensa frente a situaciones de vulnerabilidad emocional que no pueden ser manejadas o toleradas por la persona. En el último punto, la sociedad actual, que sobrevalora el aspecto físico, tiende a juzgar a las personas obesas como faltas de voluntad creando en ellas una imagen corporal negativa asociada con timidez y vergüenza en situaciones sociales, incomodidad, angustia y excesiva importancia a la apariencia en un proceso de autoevaluación, que de manera muy probable tendrán un impacto nocivo en la erotización de su cuerpo y en el significado que se le da al mismo.

Para ilustrar las distorsiones relacionadas con la imagen corporal, se citará un estudio realizado por Pérez & Romero, (2008), el objetivo de esta investigación fue indagar diferencias acerca de la imagen corporal entre dos grupos de mujeres (de 15 a 50 años de edad) uno indígena (de la Sierra de Oaxaca) y otro mestizo (de la costa de Oaxaca). Para llevar a cabo dicha investigación se tomó el IMC de las participantes y se les presentaron imágenes de modelos de mujeres (representando todos los grados de IMC, desde insuficiente hasta obesidad mórbida) para que ellas identificaran que cuerpo correspondía con el de ellas y como cual de los modelos les gustaría estar.

En los resultados se encontró que las mujeres de la costa presentaron mayor índice de sobrepeso y obesidad, se percibieron como más gordas y les gustaría ser más delgadas, incluso les gustaría estar como el modelo que presenta desnutrición, cabe mencionar que en este estudio se hallaron algunos casos de anorexia y bulimia en esta zona; mientras que las mujeres indígenas de la Sierra de Juárez no presentaron índice de obesidad y obtuvieron una mejor correlación entre su IMC real y el modelo con el que se identificaban.

En cuanto a este estudio es importante destacar que las mujeres de la Sierra comentaron que nunca se habían puesto a pensar en la imagen que representaba su cuerpo, o por lo menos no lo habían tenido que verbalizar, y menos compararse con modelos de cuerpos totalmente desconocidos para ellas.

Respecto a la investigación que se presentó en el estado de Oaxaca, las diferencias de acuerdo a las autoras podrían atribuirse al distinto modo de vida que se lleva en la sierra y en la costa, ya que las mujeres de la costa están más influenciadas por la imagen de la mujer que se da en el comercio y por las turistas que visitan esas zonas.

De este modo se puede concluir que las distorsiones de la imagen corporal pueden afectar la calidad de vida de quienes la presentan, ya sean mujeres o varones, y que tales distorsiones se ven permeadas por el aprendizaje de los modelos y expectativas sociales; mermando con ello, su autoestima, su salud y afectándolas a nivel cognitivo, emotivo y conductual.

4.2 Cuerpo, autoconcepto y autoestima

El autoconcepto es la percepción que se tiene de sí mismo o misma, y se compone de tres factores; cognitivo, emocional y conductual.

La autoestima es el sentimiento valorativo del ser, de la manera de ser, de quién se es, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que conforman la personalidad. Es confianza, valoración y respeto por uno mismo o una misma, es una respuesta de tipo psicológica que se define generalmente como de naturaleza afectiva o basada en el sentimiento positivo versus negativo (Alvarado, Guzmán, & González, 2005).

De manera resumida, la autoestima es el grado de aceptación o rechazo que una persona tiene de sí misma, este factor influirá dentro del complejo fenómeno de la obesidad, para ejemplificar dicho efecto se citará una investigación realizada por las mismas autoras, en donde el objetivo fue determinar la influencia que tiene la intervención psicológica dirigida al incremento de la autoestima en un grupo de personas obesas.

Los resultados se basaron en la comparación con un grupo control, determinando que en efecto, la reestructuración cognitiva, el autocontrol y la relajación, contribuyeron al decremento del peso del grupo de intervención, estas personas tampoco sufrieron rebotes e incrementaron de manera significativa su autoestima.

De este modo se puede concluir que la autoestima está muy relacionada con los pensamientos, la sensación de tener el control y la relajación, si se está tenso o tensa, si se come de manera impulsiva o se poseen pensamientos negativos respecto del cuerpo se

pueden adoptar conductas autodestructivas o poco adaptativas que pueden desembocar en el desarrollo de la obesidad. Por otro lado también se encuentran aquellas personas obesas que tienen baja autoestima y que debido a ello mantienen el exceso de masa corporal, porque se sienten incapaces de hacer algo para evitarlo.

La baja autoestima, de acuerdo a Dorantes, & Martínez, (2007) se asocia con la idea de que para ser valiosa o valioso es necesario poseer un cuerpo distinto al que se tiene. De ahí que parte la necesidad de valorar y significar al cuerpo como lo que es y no como lo que debería ser.

4.3 Atracón alimentario

El Diagnostic Statistic Manual IV de la American Psychiatric Association (DSM IV, 2003), define al síndrome del atracón alimentario (SDA) como un Trastorno Alimentario que se caracteriza por descontroles alimentarios recurrentes que carecen de la conducta compensatoria inapropiada típica de la Bulimia Nerviosa, como puede ser la autoinducción del vómito, uso de laxantes, fármacos, etc.

El SDA aparece principalmente en personas obesas en tratamiento, es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino y puede estar asociado a situaciones psicológicas como la depresión, la ansiedad o el trastorno obsesivo-compulsivo.

De acuerdo al mismo manual, los criterios de diagnóstico son: ingesta superior de comida a la que la mayoría de las personas podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares, sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio, ingesta rápida, comer hasta estar desagradablemente lleno o llena, comer a solas para esconder su voracidad, sentirse a disgusto con uno mismo o una misma, malestar al recordar los atracones, sufrir períodos de atracones por lo menos dos días a la semana y finalmente el atracón no es asociado a estrategias compensatorias inadecuadas como purgas, ayunos, ejercicio excesivo, etc.

Las consecuencias negativas además de las generalizadas para las personas que sufren obesidad, a nivel psicológico son: mayor preocupación por el peso y la forma corporal, mayor nivel de ansiedad, disminución de la autoestima, trastornos afectivos, una mayor relación entre depresión y obesos con SDA, mayor desinhibición alimentaria al salirse de la dieta y menor eficiencia para mantenerla (Diagnostic Statistic Manual IV de la American Psychiatric Association, 2003).

Teniendo en cuenta que humanas y humanos son seres libres, capaces de construir su propio futuro, ¿cómo se sentirán aquellas personas que son incapaces de controlar una necesidad fisiológica básica como la alimentación? Ahora la pregunta sería el ¿por qué? que se abordará en los siguientes apartados, explorando desde el nivel psicológico.

4.4 Ansiedad

En una investigación realizada por Cabello & Zúñiga, (2007), en la Universidad de Nuevo León, la génesis de la obesidad se asocia a diferentes factores entre los que se incluye la ansiedad (respuesta no adaptativa en algunas situaciones), en estos episodios de ansiedad, las personas tienden a relacionar los eventos estresantes de la vida con la utilización de la comida como refugio para compensar frustraciones, tristeza, necesidades y temores.

La presencia de obesidad asociada a un estado de ansiedad se presenta con mayor frecuencia en mujeres que padecen sobrepeso u obesidad, tal como lo corroboró Tapia, (2006). En dicho estudio participaron 65 personas con sobrepeso y obesidad, reclutadas del Centro Médico Cárdenas que fueron evaluadas a través de la aplicación de la Escala de Ansiedad del Cuestionario de Goldberg, en su versión validada en castellano.

Los resultados fueron estadísticamente significativos, mostrando que el 77% de las mujeres presentaban un índice de ansiedad elevado; considerando la vital importancia de la evaluación del estado psicológico en las consultas a personas con sobrepeso u obesidad.

La ansiedad que es considerada como una reacción natural ante un peligro y se presenta desde el nacimiento, aparece por peligros externos y objetivos, internos y subjetivos y por miedos inconscientes. La mejor forma de disuadir la ansiedad es eliminar el peligro que la ha provocado, pero no siempre es posible, en especial cuando es interno, subjetivo o inconsciente (Silvestri & Stavile, 2005).

Las mismas autoras comentan que el comer, supone un gasto de energía, una forma de desgarrar y triturar, que se convierte en una forma de reducción de la ansiedad, forma efímera de solucionar conflictos (internos o externos) pero al alcance de las personas.

Con base en este mismo artículo, se dice que las principales causas que despiertan una ansiedad crónica, es decir, que se presenta en niveles no muy elevados, pero casi permanentes, son: miedo a ser abandonado, a no controlar los propios impulsos agresivos, a no controlar impulsos sexuales, a perder la estabilidad laboral y económica, a la despersonalización (alteración de la percepción, en que las personas se sienten separadas de su cuerpo o de sus procesos mentales), a que la vida se deslice por senderos difíciles de controlar, a no alcanzar metas o estándares sociales y a la repetición de acontecimientos traumáticos; siendo el miedo el personaje principal.

4.5 Depresión

En un reciente estudio realizado por Ríos-Rangel, et. al. (2008) se valoraron 296 pacientes (de 18 a 79 años) de la Clínica del Cuidado Integral del Paciente Obeso del Hospital Ángeles del Pedregal, con un abordaje integral (manejo psicoterapéutico, acondicionamiento físico, nutrición y supervisión médica por medio de un médico internista) y sólo en algunos, se llevó a cabo un tratamiento quirúrgico siendo en su mayoría bypass gástrico (engrape del estómago) (n = 47), manga gástrica (recorte del estómago) (n = 1) y banda gástrica (colocación de una banda inflable de silicona que divide en dos partes el estómago) (n = 14) y con el firme objetivo de hacer una comparación entre

los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida de los pacientes intervenidos quirúrgicamente y los no intervenidos, se tomó en cuenta sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, peso, estatura, cintura, cadera e IMC.

Se aplicó la escala de ansiedad de Hamilton, la escala de depresión de Beck y un cuestionario de calidad de vida, así como entrevistas a profundidad.

En los resultados se observó que 61% de las pacientes son mujeres, 56% de la población total son casados y casadas, 35% solteras y solteros y el resto divorciadas y divorciados, unión libre y uno viudo, el 54% tienen licenciatura, 17% maestría, 2% doctorado y 21% preparatoria, 6% primaria y secundaria y el resto son estudiantes, en su mayoría, el 70% son empleados o tienen negocio propio.

Para el análisis, la población se dividió en dos grupos, pacientes quirúrgicos (n=62) y pacientes no quirúrgicos (n=234), concluyendo que tanto el IMC como el peso es mayor en los pacientes quirúrgicos, que son hombres, que en las pacientes no quirúrgicas que son mujeres.

A pesar de que el IMC resultó más elevado en hombres, se encontró que la ansiedad evaluada a través de la escala de Hamilton, la depresión evaluada mediante la escala de depresión de Beck y la calidad de vida valorada mediante un cuestionario, afectan de manera significativa a las mujeres, en comparación con los hombres de la muestra.

Demostrando una vez más la carga psicológica que acarrea la obesidad siendo mujer.

Es preciso en este mismo apartado, mencionar las principales causas de la depresión, que pueden presentarse con o sin ansiedad y pueden ser causa o consecuencia de la obesidad.

De acuerdo al DSM IV (2003), la depresión es diagnosticada por presencia de cinco o más de los siguientes síntomas, durante mínimo dos semanas y uno de los síntomas deben ser el número 1 o el 2:

1. Estado de ánimo depresivo.

2. Pérdida de la capacidad de sentir placer.
3. Pérdida o aumento importante de peso.
4. Insomnio o hipersomnias.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad, de estar enfermo o de culpa.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, e incluso de suicidio.

Además los síntomas deben provocar malestar significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas. No estar inducidos por alguna sustancia o por algún duelo.

La depresión puede ser un catalizador de la obesidad, así como una consecuencia de ésta. La pérdida de la capacidad de sentir placer, aunada con un estado de sobrepeso u obesidad puede generar consecuencias negativas en la vida de una persona, las áreas que pueden verse afectadas por la depresión son el trabajo, la escuela, las relaciones interpersonales y la sexualidad.

4.6 Trastornos de la sexualidad

En un artículo realizado por Morin, (2008), acerca de la sexualidad en la obesidad, se dice que el sobrepeso y la obesidad duplican el riesgo de padecer disfunciones sexuales, esto probablemente se atribuye a los altos niveles de estrés que presentan obesas y obesos, siendo el estrés uno de los principales inhibidores del deseo sexual; en ocasiones también se agregan factores indirectos como la baja autoestima, el rechazo al propio cuerpo, al

compañero o compañera y los sentimientos de desvalorización, que inciden de manera negativa en el pleno disfrute de la sexualidad.

La muestra de la investigación fue constituida por mujeres de 18 a 60 años de edad, divididas en dos grupos, uno de mujeres obesas y el otro con mujeres de peso normal. En los resultados se observó que el 70% estaban insatisfechas con su imagen corporal y el 68% tenían insatisfacción sexual, mientras que solo el 43% de las mujeres con peso normal sufrían de insatisfacción sexual.

En México, se reportó a través de este mismo estudio, que los obesos y obesas poseen una gran dificultad para comunicar sus sentimientos y necesidades a su pareja, también manifestaron una sensación de culpa proporcional al tamaño de su cuerpo y una relación inversamente proporcional en cuanto a satisfacción posterior a las relaciones sexuales (Morin, 2008).

Evidentemente la obesidad influye en la imagen corporal, sin embargo existen factores de tipo social como los estereotipos de belleza, los prejuicios y la cultura de la delgadez, que influyen también en la imagen corporal asociada al desempeño y satisfacción sexual.

Finalmente, hay que destacar que la salud sexual interviene sin duda en el bienestar físico, mental y social de la persona, y la obesidad no debe ser una restricción de esta conducta sexual satisfactoria.

4.7 El valor simbólico de los alimentos

Humanas y humanos son seres únicos que pueden simbolizar, incluso sobre aquello que a simple vista no parece más que un objeto o fenómeno físico y material. Partiendo de esta premisa, Lillo & Flores, (2002), realizaron un estudio histórico-antropológico en relación al origen y desarrollo de costumbres y hábitos alimentarios como recurso socio cultural de las personas.

En este estudio se argumenta que cualquier tipo de alimento como frutas, hortalizas, legumbres, pescado, etc. gozan de distintos valores simbólicos atribuidos por personas de distintas culturas en diferentes épocas.

Sin duda los alimentos están imbuidos dentro de los aspectos económicos, religiosos y sociales de una cultura, funcionando como símbolos entre las relaciones humanas de hombre-hombre, mujer-mujer, mujer-hombre, hombre/mujer-Dios y en la relación de humanas y humanos con la naturaleza (Lillo & Flores, 2002).

Al conocer las virtudes del fuego, y con ello empezar a cocinar los alimentos, ésta actividad (la cocina) queda relegada al mundo de las mujeres, junto con la recolección de las cosechas, el cuidado de niñas y niños y la atención de ancianas y ancianos.

De acuerdo con otro estudio realizado por Santamaría-Escobar et. al. (2009), la primera relación de humanas y humanos con el alimento no se da por vía oral, sino intrauterina, en ese momento el feto es uno con la madre. Fuera del vientre materno, dentro de las necesidades básicas de la persona recién nacida está el ser alimentada, aspecto que proporcionará, aunada a la satisfacción de otras necesidades, la seguridad, protección y contacto humano que la hacen sentirse amada; de ese modo, las sensaciones quedan ligadas al alimento y grabadas en el cuerpo a modo de huellas mnémicas que mediarán la relación sujeto-alimento-afecto.

De estos artículos se puede concluir que los alimentos son multidimensionales, es decir, están influenciados por el ámbito económico, político, religioso, mágico, cultural, familiar, etc. Componiendo una compleja interacción simbólica, en la que pueden estar estrechamente vinculados a afectos, estatus, emociones, roles de género, relaciones personales, enfermedades, entre otras situaciones.

4.8 El cambio como un desencadenante de la obesidad

De acuerdo con un estudio realizado en Argentina, en una población pequeña (ocho personas que sufren de obesidad crónica y que acuden a un grupo de autoayuda), por medio de estudios de caso, se encontró que el 62% de estas personas reportaron haber vivido un acontecimiento detonante de la obesidad, dichos acontecimientos fueron cambios en el estilo de vida, ansiedad en tiempos de exámenes, aburrimiento, muerte de un ser querido e infidelidad por parte de su pareja.

Es importante señalar también que el 75% de las personas entrevistadas declararon que cuando sufren en el aspecto emocional tienden a comer demás (Carluccio-Fassini et. al. (2008).

4.9 Aspectos psicológicos menos frecuentes que se presentan en las personas con obesidad

Silvestri y Staville (2005) mencionan algunos factores psicológicos asociados a la obesidad que se presentan con menor frecuencia, pero no por ello menos importantes en el diagnóstico e intervención de la obesidad. A continuación se mencionan estos factores.

El miedo a estar delgada o delgado es el primero de estos factores psicológicos, en donde la persona asocia de manera consciente o inconsciente el perder peso con un estado de desnutrición, delgadez, hambre, enfermedad, pérdida de fuerza viril, impotencia en el caso de hombres, miedo y muerte.

El siguiente de estos factores es el tomar a la obesidad como forma de evitar situaciones deseables, es decir, ser obesa u obeso para prescindir de la vida social, de tener relaciones sexuales, de entrar en una nueva etapa del desarrollo, de la intimidad psicológica y afectiva que acarrea la vida en pareja y finalmente huir de la posibilidad de serle infiel a la pareja. Las mismas autoras comentan que este factor se presenta principalmente en mujeres que

han probado múltiples tratamientos, sin aparentes resultados; generalmente son mujeres carentes de relaciones significativas o gratificantes a nivel laboral, académico, deportivo, etc.

En la cultura judeocristiana se ha fomentado el autocastigo como forma de redimir las culpas, siendo que la obesidad es un aspecto negativo e indeseable para la sociedad, puede interiorizarse como una auténtica forma de castigarse a uno mismo o misma. Las causas de la culpa pueden ser tan variadas como humanas y humanos hay en el planeta, a nivel consciente o inconsciente, pero es importante saber que la obesidad se puede presentar de esta forma.

El comer como mecanismo evasivo es otro de los factores que se presentan en las personas obesas, principalmente en las mujeres. Silvestri y Staville (2005), también comentan que algunas personas comen para evadir algunas de las grandes decisiones que hay que tomar en la vida, como la profesión y el matrimonio; de modo que al comer, dichas personas olvidan de manera efímera sus problemas o posponen sus decisiones, postergando, pero no resolviendo o enfrentando las grandes decisiones.

Otro de los factores que mencionan las autoras es la necesidad de identificarse con una persona obesa, en donde la identificación se da desde la infancia en relación con un adulto, con el que se mantiene un trato cercano, afectuoso y generalmente la persona con la que se identifica el niño o la niña es de su mismo sexo. El problema surge cuando las personas no llegan a desarrollar un nivel de individualización y quedan atrapadas copiando un modelo con el que se habían identificado, modelo que los proveía de cariño, atención, seguridad, cuidados, guía, consuelo y protección, por ello deciden seguir ese modelo.

Finalmente, las autoras mencionan la posibilidad de presentar obesidad como forma de destrucción de la figura femenina, principalmente se presenta en mujeres con obesidad mórbida, en donde la mujer se resiste a adoptar el papel que se le ha dado en la sociedad (por ejemplo la maternidad), acumulando tejido adiposo que oculta sus caracteres femeninos secundarios (cadera, senos y cintura).

Los aspectos psicológicos mencionados, que son menos frecuentes, pero no inexistentes, se consideran importantes para el diagnóstico multifactorial del desarrollo de la obesidad. La mayoría de estos aspectos son subjetivos y algunos son asociados a patrones o creencias heredadas de la familia o introyectadas por la cultura o la sociedad.

4.10 Papel de la familia en la obesidad

En el último de los apartados de este capítulo, se citará la influencia que tienen terceras personas en el surgimiento o mantenimiento de la obesidad.

De acuerdo a Caballo & Zúñiga (2007), los hábitos alimenticios familiares son un fuerte detonador de la obesidad. Los autores mencionan que desde el nacimiento se puede producir un defecto de interpretación de las propias necesidades así como de las percepciones endocorporales (por ejemplo la saciedad).

Para ilustrar esta teoría, se realizó un estudio con dos grupos, uno integrado por madres de personas obesas y el otro integrado por madres de personas no obesas, las madres de ambos grupos debían de reconocer las emociones expresadas por actores en una pantalla. En los resultados se encontró que las madres de las personas obesas mostraron una significativa mayor dificultad en la decodificación de las mismas; como consecuencia de ello estas madres tenderán a ofrecer alimento cuando el hija o hijo tenga sueño, frío o alguna otra necesidad, provocando que la niña o el niño no tenga posteriormente elementos psicológicos necesarios como para identificar correctamente sus emociones.

Con el papel que desempeña el grupo primario de socialización que es la familia, se abre un nuevo nivel de análisis, el social, que se abordará en el siguiente capítulo.

A modo de conclusión de este capítulo, se ha encontrado que las personas con obesidad encuentran una mayor dificultad para participar en eventos sociales y deportivos, hay un aumento de problemas interpersonales y tienen una mayor ansiedad, menor orientación a logros, suelen presentar heridas emocionales, algunas presentan depresión, son muy emocionales y algunas personas tienen problemas relacionados con su sexualidad.

Estas condiciones sin duda menguan la calidad de vida de las personas, complejizando el fenómeno estudiado debido a que estos factores pueden ser los detonantes, los responsables del mantenimiento de dicho padecimiento o también pueden ser las consecuencias de la presencia de la obesidad. Para analizar el papel que están desempeñando los factores psicológicos es preciso llevar a cabo una evaluación personalizada y holística de la persona en cuestión.

CONCLUSIONES

Un número no es igual a una persona, sin embargo las estadísticas son un referente válido para dar cuenta de la situación actual de la sociedad, son el reflejo de la realidad que se vive en un momento determinado. Desde esta perspectiva, y con un sincero afán de contribuir a la libertad de expresión de los cuerpos de mujeres y de hombres que habitan este planeta, las cifras no mienten, la civilización actual es una sociedad opulenta, rodeada de excesos, de comodidades innecesarias, de miedos, de modelos y por supuesto de mucho consumo.

En el ámbito familiar y social los alimentos son acompañados de un simbolismo, que es asociado comúnmente a lo afectivo, al calor de hogar, pudiendo encontrar ahí las raíces de asociaciones psicológicas de alimento-seguridad tan presentes en algunas personas. Y el problema no es que el alimento sea símbolo de hogar, al contrario, es un elemento lógico e incluso deseable que propicio la evolución y adaptación del ser humano al medio; sin embargo el conflicto comienza cuando hay carencias que se quieren tapar con comida.

Un cuerpo no está aislado, es el producto de una serie de factores específicos que se presentan en cierto momento histórico, actualmente la obesidad se está presentando con mayor frecuencia en los países en vías de desarrollo, debido a los insipientes cambios en los estilos y modos de vida. El nuevo sistema de vida está constituido de múltiples tecnologías que demandan menor trabajo físico, los fenómenos de transculturación generan nuevos hábitos, existen más alimentos procesados y transgénicos en el mercado, menores espacios recreativos y una menor disposición de acudir a éstos debido a una creciente ola de violencia que propaga la inseguridad social y el miedo.

En la época actual, como ya se mencionó es notable la importancia que se le da al deseo de poseer un cuerpo “ideal”, bello, joven, sobre-sexuado y funcional, que de acuerdo a distintas investigaciones (Bañuelos, 2008, Behar, 2010 & Fernández-Bobadilla, Kozarcewski, & Fernández-Moya, 2003) se potencializa en las mentes de las mujeres, aunque no deja de ser ajeno a los hombres.

Habría que cuestionarse e indagar acerca de cuáles son los intereses, las emociones y los deseos que se entretajan debajo de esta exigencia social, para que el cuerpo pueda ser realmente libre, sin ataduras psicológicas o sociales, y apuntalar hacia la consciencia de la verdadera libertad de elección.

Por otra parte, y con base en esta investigación, los factores genéticos corresponden tan solo con el 33% de probabilidad de desarrollar obesidad; asignando mayor peso a los hábitos alimenticios, entorno afectivo, familiar y social. Concluyendo así que la herencia no es un factor determinante de la obesidad.

El gen *ob*, uno de los principales hallazgos de la bioquímica actual, vislumbra una influencia de este en el desarrollo de la obesidad, sin embargo aún no se descubre su funcionamiento al 100% y si su variabilidad en cuanto a la administración independiente de dicha sustancia para tratar de controlar el peso, mostrando así que tal vez ésta no sea la panacea.

Algunos fármacos pueden causar obesidad, esta situación se debe tener en cuenta al realizar cualquier diagnóstico médico o psicológico.

Por su parte, el gasto energético derivado de la actividad física, considerada como cualquier movimiento que realice una persona, dependerá del tipo de alimentos ingeridos, así como del metabolismo que posea dicha persona, mostrando nuevamente la especificidad de los diferentes tipos de cuerpo que existen en el planeta.

Algunas veces la microbiota, y en específico las bacterias negativas para el cuerpo, son causantes de la inflamación del tejido adiposo, que se interpreta como obesidad, de ahí que es importante la desparasitación constante.

En todo el nivel biológico, los alimentos son fundamentales en el desarrollo de la obesidad, más la población en general presenta una inclinación hacia cierto tipo de alimentos, en su mayoría grasas, harinas y azúcares. Alimentos que proporcionan exorbitantes cifras de calorías y casi nulos nutrientes; sin embargo mientras no haya una verdadera educación alimenticia, los padecimientos como la obesidad seguirán creciendo.

Incluso se ha mencionado, aunque de manera informal (documentales televisivos) que las grasas producen adicción, punto que debería tomarse en cuenta para futuras investigaciones médico-biológicas.

Dentro de la interdisciplina se sigue un proceso, cada especialista se dirige hacia el ámbito que le compete cuando se trata de intervenir. Sin embargo a nivel teórico es posible conjuntar las visiones para dar cuenta de complejos fenómenos contemporáneos como lo es la obesidad.

Cuando la psicología aborda este tema, se multiplican los factores que inciden en la obesidad además de que pueden interpretarse como causas, como mantenedores o como consecuencias de la misma, siendo parte de un desequilibrio cognitivo, emocional o conductual, que se devela a través del cuerpo. Teniendo en cuenta también que las interpretaciones psicológicas que se hacen del mundo atienden a un determinado orden social.

Debido quizá a los modelos adoptados por los medios de comunicación masiva primordialmente algunas personas se sienten insatisfechas con el cuerpo que tienen, porque no corresponde con los estándares de belleza comercial contemporánea, parámetros adoptados de manera acrítica por muchas personas, acarreando distorsiones de la imagen corporal, baja autoestima y frecuentemente una generalizada insatisfacción porque la persona se siente incapaz de vivir feliz dentro de ese cuerpo, sintiéndose muchas veces impotente y ajena a ese cuerpo del que la última palabra la tiene el especialista.

Los ritmos agitados y exigentes de éxito de la vida moderna también dan pie a la ansiedad, la depresión, el estrés, a la falta de tranquilidad para comer en un tiempo y espacio adecuados, al constante miedo y en general al surgimiento de conductas desadaptativas respecto de la comida y de la vida.

Las afectaciones biopsicosocioculturales impactan de manera directa la calidad de vida de las mujeres, mermando su autoestima, su trato con las personas que le rodean y su salud. Está comprobado que las consecuencias de algunos Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) pueden ser fatales si no se diagnostica e interviene a tiempo.

Todo cuerpo tiene una historia familiar también, en la que se tiene un rol específico, en la que se admira, se rechaza, se identifica, se odia y se ama a algunos integrantes de la misma; situaciones que también pueden estar interactuando con el desarrollo de la obesidad, habrá que preguntarse ¿qué papel está jugando la obesidad?. Y en específico, que emoción, es decir que vínculo cuerpo-interacción social estoy experimentando para indagar el origen del trastorno.

En el aspecto social hay que considerar la historia de los cuerpos femeninos, que a través de los siglos se les ha asociado con el ámbito doméstico, fomentando una estrecha relación entre las mujeres y los alimentos. Visión que a veces limita la producción cultural de las mujeres, reduciendo su actuar a la simple reproducción de patrones culturales, negándoles el ámbito público y condenándolas a lo privado.

Para próximas investigaciones sería muy importante e interesante conocer la narrativa de la persona obesa, cómo se cuenta, cómo se interpreta, cómo se vive, cómo se significa, cómo concilia su historia personal con la historia social del ser-cuerpo en una cultura en la que se inscribe, en un lugar y tiempo determinado.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, H. T. M. & Guillén, R. R. S. (2011). *Propuesta de técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento de la obesidad*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Almanza, P. J., Blancas, F. G., Vázquez, C. L., Ángeles, M. S., García, M. R., Cruz, L. M., Román, R. R. & Alarcón, A. F. Modelo Experimental de ratones con obesidad, resistencia a la insulina y diabetes. Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado el 10 de Octubre de 2011. En: [www.respyn.uanl.mx/especiales/.../04_almanza-perez_y_col.\(a\).pdf](http://www.respyn.uanl.mx/especiales/.../04_almanza-perez_y_col.(a).pdf)

Alvarado, S. A. M., Guzmán, B. E. & González, R. M. T. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza en investigación Psicológica*. Vol. 10, No. 2, p.p. 417-428.

Araya C., Solís B., Oliva P., Calbacho P., Vidal P., Solís B. (2008). Descripción de factores de riesgo para la salud general en estudiantes de tercer año de las carreras del área de la salud y humanistas de la Universidad de Concepción. Facultad de Odontología. *Ciencia...ahora*, no. 21.

Asociación Psiquiátrica Americana (2003). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). España, Masson.

Bañuelos, M. M. C. (2008). La cosificación del cuerpo en la sociedad actual. Asociación Española de Ciencias del Deporte. V Congreso. 23 de Octubre de 2008, León, España.

Behar, A. R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: el paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. Vol. 48, No. 4. P.p. 319-334.

Caballo, G. M. L. & Zúñiga, Z. J. G. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*. Vol. 10, No. 2.

Contreras, J. & García, M. (2005). *La alimentación humana: un fenómeno biocultural*. Barcelona: Ariel.

Contreras, J. (2005). La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Zainak*. Vol. 27, p.p. 31-52.

Carluccio, N., Fassini, R. M. B., Gallardo, R. G., Martínez, S. A., Rodó, F. M. C., Soto, R. M. M., Zambrano, M. J. G. (2008). Obesidad y psicoanálisis. Recuperado el 2 de Diciembre de 2011 de http://www.nuevasmiradas.com.ar/TRABAJOS%20REALIZADOS%20PDF/TSC_-_OBES_Y_PSA.pdf

Carrillo, T. J., Colín, C. M., Lara, E. A., Montes, R. G., Romo, L. L., & Velázquez, M. O. (2002). *Manual de Procedimientos, toma de medidas clínicas y antropométricas en el adulto y adulto mayor*. Secretaría de Salud.

Csordas, T. J. (1997). *Embodiment and experience. The existential ground of cultura and self*. Great Britain: Cambridge University Press.

Dávila, R. M., Cortés, G. E., Rivera, P. R. A., Gallegos, C. E. C., & Cerda, F. R. M. (2005). Epidemiología genética de la obesidad en el noreste de México: Búsqueda de familias nucleares informativas. *Gaceta Médica Mexicana* [revista en la Internet]. Vol. 141 No. (3): p.p. 243-246. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo>

Delbono, M., Chaftare, Y., Pérez, L., Pisabarro, R., Nigro, S., Irrazábal, E. & Bermúdez, C. (2009). *Manual Práctico de Obesidad en el Adulto, Atención Primaria*. Sociedad Uruguaya para el estudio de la obesidad, recuperado el 9 de Octubre de 2011, en: <http://www.cardiosalud.org>

Dorantes, G. M. A. & Martínez, R. M. (2007). La autoestima y las creencias sobre la imagen corporal en mujeres: un acercamiento desde la perspectiva de género. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. Vol. 3, No. 10. p.p. 48-62. Recuperado el 4 de Marzo de 2012 de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin>

Fausto, G. J., Valdez, L. R. M., Aldrete, R. M. G. & López, Z. M. del C. (2006). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. *Investigación en salud*. Vol. VIII, No. 2

Ferreira, G. L. (2007). Clasificación del sobrepeso y la obesidad. Recuperado el 8 de Noviembre de 2011, de: <http://www.meiga.info/Escalas/Obesidad.pdf>

Figueroa, P. D. (2009). Obesidad y pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. *Sociedad de Salud*. Sao Paulo, vol. XVIII, no. 1, p.p. 103-117.

Flores, C. D. N., López, P. J., López, L. M., Arellano, D. O. & Mendoza H. V. N. (2008). ¿Te lo tomas en serio?. Grupo de investigación UAM-Xochimilco.

Foz, M. (2001). Historia de la obesidad. *Universidad Autónoma de Barcelona*, España.

García, B. & De Oliveira, O. (2006). Una obra sobre las dinámicas familiares en México. Las familias en el México metropolitano: visiones femeninas y masculinas. *Economía, Sociedad y Territorio*, vol. VI, núm. 23, 833-848.

García, G. E., De la Llata, R. M., Kaufer, H. M., Tusié L.M.T., Calzada, L.R., Vázquez, V. V., Barquera, C.S., Caballero, R. A. de J. Orozco, L., Velásquez, F. D., Rosas P. M., Barrigueté, M.A., Zacarías, C. R. & Sotelo, M. J. (2008). Grupo académico para el estudio, la prevención y el tratamiento de la obesidad y el síndrome metabólico de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales de Alta Especialidad. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud pública de México*. Vol. 50, No. 6.

García, Q. L. I., Vega F. L., Iñarritu, M. C., Thompson Ch. O. C., López, M. M. & Huerta, M. (2005). Diferencias somáticas, bioquímicas y de presión arterial al finalizar la adolescencia, según el peso al nacer. *Gaceta Médica Mexicana* [revista en la Internet]. Vol. 141, No. (4): p.p. 297-303. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo>

Hall, S. S. (2008). Un pariente cercano entre los organismos modelos Descubrimiento de los genes de la obesidad. Instituto Médico Howard Hughes. Recuperado el 9 de Octubre de 2011, en <http://www.hhmi.org/genesweshare-esp/d130.html>

Hamui, S. L. (2011). Trastornos genéticos, narrativas y entorno sociocultural: los judíos de la cultura de México. UNAM: México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Recuperado el 12 de Febrero del 2012 en: www.inegi.org.mx

Lagarde, R. M. (2003). Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. UNAM: México.

Le Breton, D. (1995). Antropología del cuerpo y la modernidad. Buenos Aires: Nueva Visión.

Lillo, C. M. & Flores, V. M. M. (2002). Origen y desarrollo de los hábitos y costumbres alimentarias como recurso sociocultural del ser humano: Una aproximación a la Historia y Antropología de los cuidados en la Alimentación. *Cultura de los cuidados*. Primer semestre, Año 6, No. 11.

López, S. O. (2011). "El cuerpo como construcción social". Trabajo presentado en el Seminario interdisciplinario de titulación en obesidad con enfoque de género: aspectos teóricos (SITOEI-AT) primera parte, Mayo, Los Reyes Iztacala.

López, P. A. M. (2007). El cuerpo como presa de todos los males. *Revista Osasunaz*. Hospital Universitario San Joan Reus. Vol. 8, p.p. 217-232.

Lozano, T. J. A. (2001). Salud y obesidad. *Ciencia y Salud*. (Revista electrónica). Recuperado el 9 de Octubre de 2011, en: http://cienciaysalud.laverdad.es/5_4_2.html

Magallanes M. M., Gallegos, C. E. C., Carrillo, C. A. L., Sifuentes L. D. & Olvera, B. M. A. (2010). Sobrepeso, obesidad y dislipidemias en población universitaria del noreste de México. *Investigación y educación en enfermería*, Vol. 28 (I).

Martínez, B. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. (Versión electrónica). *Papers. Universidad de A Coruña. Departamento de Sociología y Ciencia Política y de la Administración*, 73, 127-152.

Montero, P., Morales, E. M., & Carbajal, A., (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 8, 107-116.
www.didac.ehu.es/antropo

Moreno, G. M. (2001). Diagnóstico de obesidad y sus métodos de evaluación. Departamento de nutrición, diabetes y metabolismo. Universidad Católica de Chile. Vol. 26. No. 1

Moreno, S. P. E., Vázquez, L., Gutiérrez, G., Martínez, A. M. L., Quevedo, M., González, V. M. R. & Salas, O. G. (2004). Estudio piloto sobre prevalencia de obesidad en universitarios mexicanos y hábitos de salud relacionados. Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, Vol. 4, Nº 3, 623-638.

Morin, Z. R. (2008). Obesidad y sexualidad. *Revista trabajo social*. No. 18.

Musso, G., Gambino, R. & Cassader, M. (2010). Obesity, Diabetes, and Gut Microbiota. The hygiene hypothesis expanded?. *Diabetes Care*, Vol. 33, No. 10

Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Avila, M. & Sepúlveda-Amor, J. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Organización Mundial de la Salud. (2010). Recuperado el 9 de junio de 2011, en www.oms.org

Palou, A., Bonet, M. L., Picó, C. & Rodríguez, A. M. (2004). Nutrigenómica y obesidad. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*. Vol. 48, No. 2, p.p. 36-48.

Panadero, R. (2005). Obesos. Todo lo que hay que saber sobre el fast-food y la nueva enfermedad del siglo XXI. Barcelona: Península

Peña, K. L., Cano, C. A., Burguete, R. A., Castro, E. L., León, L. M., Castellanos, R. A. (2009). Efectos atribuibles a la procedencia de estudiantes universitarios sobre su estado nutricional: foráneos y locales. *Nutrición Clínica Dietética Hospitalaria*. Vol. 29(2) p.p. 40-45.

Peña, M. & Bacallao, J. (2005). La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas. *Revista Futuros*. México, D. F. vol. 3, no. 10. (Versión electrónica). Disponible en: http://www.revistafuturos.info/futuros_10/_obesidad1.htm

Pérez. G. R. S. E. & Romero, J. G. (2008). Imagen corporal en mujeres rurales de la Sierra Juárez y la costa de Oaxaca: una aproximación nutrio-antropo-lógica. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. *Estudios Sociales*. 16, 32, 1-34.

Ramsey, J. J., Colman, R. J., Brinkley, N. C. (2000). Dietary restriction and aging in rhesus monkeys: the University of Wisconsin study. *Experimental Gerontology*. Vol. 35, 1131-1149.

Red de acción de plaguicidas y sus alternativas para América Latina. Alimentemos al mundo sin venenos. (2006). Uruguay. Recuperado el 21 de Noviembre de 2011 en: <http://www.rapaluruaguay.org/publicaciones/Comida.pdf>

Riobó, P., Fernández-Bobadilla, B., Kozarcewski, M. & Fernández-Moya, J. M. (2003). Obesidad en la mujer (Versión electrónica), *Nutrición Hospitalaria*, 5, 233-237.

Ríos, M. B. P., Rangel, R. G. A., Álvarez, C.R., Castillo, G.F.A., Ramírez, W.G., Pantoja, M.J.P., Yáñez, M.V.B., Arrieta, M.E.M. & Ruiz, O. K. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles*. Vol. 6, No. 4.

Salaberria, K., Rodríguez, S. & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Universidad del País Vasco*. Facultad de psicología. Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Vol. 8, p.p. 171-183.

Santamaría, S. S., Escobar, T. J. G., Rodríguez, C. V., Tolentino, R. A. B., Bravo, J. A. G., Hurtado, A. & Jiménez, L. L. M. (2009). Aspectos psicológicos del hombre y su alimento: transitando de la naturaleza a la biotecnología en pro de la calidad de vida. Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo e Instituto Politécnico Nacional. *Revista científica de Psicología*. No. 8.

Segura, A. B. (2011). Bioquímica de la obesidad. Ponencia del seminario multidisciplinario sobre obesidad: enfoque de género. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, México.

Silvestri, E. & Stavile, A. E. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. (Versión electrónica). *Universidad Favaloro* (inédito).

Solís, F. A. L. (2010). *Obesidad, más que un problema de alimentación*. Gaceta Iztacala-UNAM. 11ª época, No. 358, Febrero 10 de 2010, ISSN0188-7807.

Stunkard, A. J. (2010). *Factores determinantes de la obesidad: opinión actual*. Universidad de Pensilvania, Filadelfia, Estados Unidos. Recuperado el 9 de Junio del 2011, en <http://books.google.com>

Tapia, S., A. (2006). Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. *Revista Chilena de Nutrición* (versión electrónica). Vol.33, No. 2, pp. 352-357. Recuperado el 26 de Noviembre de 2011 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000400003&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-7518.

Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Final Report. (2002). No. 025215

Trujillo-Hernández, B., Clemente, V. J. R., Almanza-Silva M. E., Jaramillo-Virgen, T. E. Mellin-Landa, O. B. Valle-Figueroa, R., Pérez-Ayala, R. O., Millán-Guerrero, E., Prieto, D. O. & Newton, S. (2010). Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica.

Frecuencia y factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en universitarios de Colima, México. *Revista Salud Pública*, Vol. 12 (2) p.p.197-207.

Velasco, G. J. R. & Pantoja, P. M. T. (2011). Obesidad y psicoanálisis. Ponencia del seminario multidisciplinario sobre obesidad: enfoque de género. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Los Reyes Iztacala, Tlanepantla, México.