



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Viviendo con obesidad o sobrepeso, una exploración
en los estilos de vida"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Juana Bertha García de Jesús

Director: Dr. Raúl Ortega Ramírez

Dictaminadores: Dra. Guadalupe Domínguez Sandoval

Ramiro Jesús Sandoval



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

NO TE RINDAS

*No te rindas, aún estás a tiempo
De alcanzar y comenzar de nuevo,
Aceptar tus sombras, enterrar tus miedos,
Liberar el lastre, retomar el vuelo.
No te rindas que la vida es eso,
Continuar el viaje, perseguir tus sueños,
Destruir el tiempo,
Correr los escombros, Y destapar el cielo.
No te rindas, por favor no cedas,
Aunque el frío queme,
Aunque el miedo muerda,
Aunque el sol se esconda,
Y se calle el viento,
Aún hay fuego en tu alma
Aún hay vida en tus sueños.*

*Porque la vida es tuya y tuyo también el deseo
Porque lo has querido y porque te quiero
Porque existe el vino y el amor, es cierto.
Porque no hay heridas que no cure el tiempo.
Abrir las puertas, quitar los cerrojos,
Abandonar las murallas que te protegieron,
Vivir la vida y aceptar el reto,
Recuperar la risa, ensayar un canto,
Bajar la guardia y extender las manos
Desplegar las alas, e intentar de nuevo,
Celebrar la vida y retomar los cielos.
No te rindas, por favor no cedas,
Aunque el frío queme,
Aunque el miedo muerda,
Aunque el sol se ponga y se calle el viento,
Aún hay fuego en tu alma,
Aún hay vida en tus sueños
Porque cada día es un comienzo nuevo,
Porque esta es la hora y el mejor momento.
Porque no estás solo, porque yo te quiero.*

Mario Benedetti

DEDICATORIAS

A MIS PADRES†

Manuel García. Por enseñarme a soñar, por creer en mí, y por la esperanza que con tus relatos me transmitías. A Eulalia de Jesús por ser ejemplo de lucha y de templanza, por mostrarme el camino que me conduce a lo que hoy soy.

HERMANOS Y SOBRINOS

A Isabel, Gilda, Berna y Leo por su solidaridad, su apoyo moral y por sus muestras de amor. A mis sobrinos por su alegría y su afecto. Y a los que se han marchado, por la vida que compartimos.

PEDRO ANGEL†

Por aparecer en mi vida como el maestro y guía que necesitaba, por enseñarme a actuar a pesar del miedo, a alcanzar mis sueños, a creer que puedo, a sentir que valgo y a saber que mi vida tiene sentido.

JUAN FRANCISCO

Por tu comprensión, cariño y acompañamiento desde ese primer día de universidad.

AGRADECIMIENTOS

Al comité tutor

Dr. Raúl Ortega Ramírez. Desde el primer día que participé en el taller para titulación, me llamó la atención su manera, directa y objetiva de enseñar, ahora que el proyecto concluye quiero agradecer todo lo que implicó su guía para la elaboración de esta tesis, en todas y cada una de las sesiones hubo siempre aprendizaje, algunas veces con la alegría de encontrar cosas de interés y “bien bonitas” y otras de desacuerdos, de regaños, pero siempre de aprendizaje, recuerdo sus palabras “si tienes la suerte de que alguien te lea y haga aportaciones a tu trabajo...” y usted siempre estuvo ahí para leer mis avances y generosamente compartir su conocimiento, gracias por su compromiso, tolerancia y apoyo, también porque de usted aprendí que no importa lo lejano que este la meta, o por donde iniciamos el abordaje del problema, el contexto y la perseverancia siempre ayudan, y que en la ciencia el problema no está acabado, todo trabajo es siempre perfectible. Gracias por siempre Dr. Raúl.

Dra. Guadalupe Domínguez Sandoval, por su pasión y generosidad al impartir conocimiento, que estuvieron siempre presentes a lo largo del proyecto, sus aportaciones sobre todo en las sugerencias finales que mucho contribuyeron en la conclusión de esta tesis, todo mi aprecio y agradecimiento, muchas gracias.

Dr. Ramiro Jesús Sandoval, Muchas gracias por las sugerencias desde su enfoque médico, éstas fueron un gran aporte para complementar el desarrollo de mi trabajo, su manera de enseñar, su discurso y su trato, más que una transmisión de información desde los saberes médicos, fue como hablar con un médico muy psicólogo, y mucho de mi estrés se redujo cuando mencionó, “ya acabaste la tesis, el conocimiento ya lo tienes, el examen es solo la fiesta”.

Dra. Blanca Estela Huitrón Vásquez gracias por su enseñanza y su trayectoria en la universidad, en el cuidado y desarrollo del infante, ha estado de cerca cuando me ha tocado exponer el tema de mi tesis, también he tenido la suerte de estar en los coloquios y conferencias que ha impartido, siempre aprendo de usted.

José de Jesús Marceliano Hernández por ser ejemplo de tenacidad y logro, por compartir tus conocimientos y experiencia en la elaboración de la tesis.

Soledad de la Cruz y Ariadna Gaona a mis compañeras de viaje y ahora colegas, por los momentos que compartimos en esta travesía, algunas veces de llanto y otros de risa y alegría, gracias por sus consideraciones, y las aportaciones que hicieron a mi trabajo, aunque es verdad que cada una teníamos objetos de estudio distintos e individuales, a la hora de compartir las tutorías se convertían en proyectos comunes, en un contexto de aprendizaje y descubrimiento constante, iniciamos el taller para titulación juntas y juntas estamos concluyendo, agradezco haber formado parte de este grupo solidario, de aprendizaje y crecimiento.

A mis compañeros y maestros con quien compartí el trayecto universitario, los trabajos de equipo, las noches sin dormir, las muchas tazas de café, sus risas y la alegría al concluir proyectos, por eso y mucho más, gracias siempre. A cada uno de los profesores, por compartir sus conocimientos, por el arte de enseñar, por su guía y comprensión, aunque cada uno aportó muchísimo a mi vida académica, sería difícil nombrar a cada uno, solo puedo expresar mi eterno agradecimiento, muchas gracias a todos.

A los participantes que aceptaron formar parte de alguna de tantas investigaciones, encuestas y cuestionarios, gracias a todos ustedes por ser parte importante de mi formación como psicóloga,

A Ariel, de 3 años de edad, mi primer usuario en la CUSI, y su alianza con el silencio, a José y su necesidad de comprar afecto y quedar bien con todos, menos con él, y a las 34 mujeres del asilo de ancianas, quienes se integraban a las prácticas sociales disfrutando tanto de bailar como de pintar o hacer manualidades, de quienes aprendí, la importancia de las relaciones fraternas en su contexto.

A los participantes con obesidad y sobrepeso por su generosidad al compartir sus historias de vida, aunque al escucharlos mucho me preocupaba no encontrar las características que la mayoría esperamos encontrar; que son flojos, que se deprimen, que tienen poca fuerza de voluntad. Ustedes parecían casos atípicos, y me condujeron a mirar la obesidad desde otro punto de vista y darme cuenta a través de sus testimonios que viven y significan la obesidad de distinta manera. Muchas gracias porque su experiencia puede ayudar a comprender el fenómeno, y si al menos una persona encuentra en estas líneas un aporte para modificar su exceso de peso, habrá valido la pena este trabajo conjunto.

A los entrañables amigos de los distintos contextos donde participo, gracias Javier, Misael, Rosy, Adrián, Héctor, Raquel, Iván, Alicia Karina, Kenia, Erika, Mario, Gina, Eugenia, Silvia, Leticia, Ray, Lupita, Margarita, y muchos otros, porque se han interesado en el tema de mi tesis, por sus aportaciones, comentarios, experiencias y referencias que mucho han ayudado en este proyecto.

A la UNAM, FES Iztacala por darme la oportunidad de ser alumna, por proporcionarme tanto el escenario, como las herramientas para formarme como psicóloga, con el orgullo de pertenecer a esa gran comunidad y a tan honrosa institución, una ilusión que acaricie por muchos años.
¡Orgullosamente puma!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
Capítulo 1. ANTECEDENTES DE LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO.....	6
1.2 Tipos de obesidad según su origen.....	7
1.3 Tipos de obesidad según la distribución de la grasa.....	7
1.4 Índice de masa corporal (IMC).....	9
1.5 Etiología de la obesidad.....	10
1.6 Definición de obesidad	15
1.7 Epidemiología de la obesidad.....	21
1.8 Algunas medidas tomadas para combatir la obesidad.....	25
Capítulo 2. OBESIDAD Y SOBREPESO DESDE EL ENFOQUE BIOMÉDICO.....	29
2.1 La obesidad y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles.....	30
2.2 Obesidad y diabetes.....	31
2.3 Obesidad y cáncer.....	32

Procedimiento.....	54
RESULTADOS.....	56
Análisis temático.....	56
Caso 1. JM Análisis semántico.....	57
Caso 2. LC Análisis semántico.....	64
Caso 3 HM Obesidad femenina.....	71
Caso 3 HM Análisis temático.....	72
Caso 3 HM Análisis semántico.....	73
ANÁLISIS DE RESULTADOS POR CATEGORÍA.....	79
Categoría alimentación.....	80
Categoría tradición culinaria en la familia.....	84
Categoría cuerpo.....	85
Categoría sedentarismo y tecnología.....	90
DISCUSIÓN.....	94
CONCLUSIONES.....	102
REFERENCIAS.....	110

INTRODUCCIÓN

“El cuerpo humano está compuesto por un conjunto de células interdependientes pero el hombre está hecho de historias”.

Eduardo Galeano

¿Por qué los índices de obesidad y sobrepeso crecen de manera alarmante cada día? Ésta pregunta más que una respuesta, generó otros cuestionamientos como: ¿por qué a pesar de tantas investigaciones científicas, anuncios televisivos, campañas y programas gubernamentales para frenar o disminuir el problema de la obesidad, no se han obtenido los resultados esperados? Parece que los signos de alerta que marca el sector salud, no son los mismos que perciben las personas con estas características, quizá porque la obesidad no duele, al menos físicamente, se cree que este padecimiento no es atendido porque no se percibe ningún síntoma, salvo por el volumen de un cuerpo que crece y se cubre de grasa.

Una de las causas que se han considerado en la ganancia de peso, es el cambio en las formas de vida, de acuerdo con Barroso (2012), la globalización y la vida moderna, han traído cambios sociales como, los patrones de consumo, el tipo de empleo, cada vez con menor esfuerzo físico, las jornadas laborales más largas y las distancias que se recorren entre la casa y el trabajo, así como la falta de tiempo para la preparación de comida casera, han originado cambios en la alimentación.

Aunado a esto, la disponibilidad de alimentos procesados como: bebidas azucaradas, embutidos, harinas, frituras, comidas rápidas, y en general el azúcar, la grasa y la manteca, han invadido el mundo. También las porciones cada vez más grandes, los “buffets,” la facilidad de volver a llenar el vaso de refresco, sin costo adicional; el 2x1 de las pizzas y hamburguesas; sumado al sedentarismo, han contribuido también al sobrepeso y a la obesidad, tanto en México como en el mundo.

Todas mis interrogantes y los datos que iba encontrando, me llevaron a considerar la oportunidad de investigar el tema de obesidad en adultos, en este espacio me voy a permitir regresar sobre el camino andado y recordar que mi viaje de tesis empezó, el día que participé en un taller con el cual podía obtener la titulación, su nombre “Viviendo con una Enfermedad”. Al inicio no sabía hacia donde me llevaría esa travesía, aunque sentía un poco de miedo por tener muy pocos conocimientos sobre el enfoque biográfico narrativo y la investigación cualitativa, pues mi formación principal se basó en el positivismo y los métodos cuantitativos. Debo también reconocer que al mismo tiempo sentía emoción y alegría por el nuevo aprendizaje, ya que me pareció que éste, me acompañaría en una nueva trayectoria que me conduciría a buen puerto. Así, con varias compañeras abordo el viaje comenzó.

En el camino surgieron varias dudas, para empezar no sabía si la obesidad era una enfermedad o una condición que puede generar un montón de enfermedades crónicas, en ese taller, se hablaba de padecimientos como: cáncer, diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, y muchas otras, en aquel momento, una pregunta que daba vueltas en mi cabeza era: ¿Qué hacía una psicóloga en un contexto que pertenece a la disciplina biomédica?

A pesar de todas mis dudas continúe en el proyecto, debo confesar que más de una vez tuve la intención de renunciar, el camino no fue fácil, como tampoco fue fácil para muchas compañeras que se bajaron durante el recorrido. Desde el inicio quería investigar cada uno de los factores que generan obesidad, saber por qué no se habían modificado, si estaban identificados como causales, quería conocer qué decían las teorías al respecto, qué habían hecho los médicos, psiquiatras, nutriólogos, neurólogos, sociólogos y que habían escrito los psicólogos acerca de este tema, pero sobre todo que decían las personas que viven con obesidad y sobrepeso.

En esa exploración, me encontré también con los juicios de las premisas culturales, que dicen: “que los gordos son personas flojas, carentes de voluntad, depresivas, ansiosas, sin control de la gula, adictos a la comida calórica, con baja estima y en algunos casos, con desórdenes

alimenticios”, etc. La búsqueda se prolongó, pues casi en todos los estudios, el problema era abordado desde el conocimiento del profesional de la salud, no de las personas con exceso de peso. Mis interrogantes aumentaban y me preguntaba si ellos se sentían y se percibían de la manera en que habían sido descritas, si en verdad eran depresivos o flojos debido a la obesidad.

Justo en el taller se resaltaba la importancia de saber cómo se veían a sí mismos, escuchar su voz y su narrativa, esto me llevo a darme cuenta que mis conocimientos no eran suficientes para analizar su discurso, ya que intentaba comprobar las hipótesis planteadas por los expertos y las premisas culturales sobre la obesidad, lo que hacía que perdiera de vista otros aspectos y aportaciones de las personas entrevistadas, que no encontré en las teorías, solo después de escuchar varias veces las grabaciones, me percaté que en ninguna sesión, los participantes se percibieron depresivos, ansiosos o con baja estima, sino que se sentían sanos y fuertes, lo que me llevó a definir el rumbo de mi trabajo, éste debía analizar su discurso, darles voz, y que los resultados abordaran su manera de sentir y de pensar, así como sus creencias, significados y simbolismos, que pudieran explicar su exceso de peso.

A medida que avanzaba en la investigación, comprendí que no estaba aquí para encontrar la cura a un problema tan complejo, que la mejor manera de abordar el problema es con una intervención multidisciplinaria y que en esa interacción, exista la posibilidad que desde la psicología, se pueda hacer un acompañamiento emocional y un trabajo conjunto para encontrar el sentido que le han dado a su exceso de peso, toda vez que al narrar se construyan historias alternas, donde no estén presentes la obesidad ni el sobrepeso.

Sabiendo que los cambios emocionales pueden incidir en el estado de salud, justo en estas áreas donde a veces los médicos dejan sin explorar. Evidentemente al inicio no tenía la certeza de esto, ahora que el viaje está concluyendo vislumbro la posibilidad de construir andamiajes teóricos que contribuyan a prevenir, detener o revertir la obesidad como una condición que impide el bienestar de las personas que viven significantes culturales.

El tema de estudio se apoyó en lecturas afines, entre otras el enfoque biográfico narrativo, que de acuerdo con Bolívar, Domingo y Fernández (2001.p.19) “no se debe entender la narrativa como un texto en prosa, sino como un relato que expresa la experiencia humana vivida”. Y desde una perspectiva sociocultural, donde se dice, que la manera en que los seres humanos se perciben a sí mismos, es el resultado de un aprendizaje, de una construcción social, cultural y psicológica, De acuerdo con Vygotski, (1989) la cultura pone a disposición una serie de instrumentos, con los cuales se interactúa y al mismo tiempo se internalizan, dando origen a una serie de significados y prácticas culturales. Que pueden explicar Entre otras, la construcción de la obesidad.

La parte central de mi tesis, fue el compendio de narrativas que se perfilaron como estudios de caso, mediante entrevistas abiertas se dio voz a los participantes, fueron ellos, quienes a partir de su trayectoria de vida, describieron sus actividades y la forma en cómo se ven a sí mismos, de manera explícita ilustraron sus pensamientos, creencias y los múltiples significados que les llevan a interiorizar un conjunto de experiencias, e interpretaciones, en su desarrollo psicológico, social y afectivo. Esto permitió analizar la manera de cómo han construido el volumen de su cuerpo a partir de las formas de vida, que están presentes y dan sentido a quienes viven la obesidad como un padecimiento corporal y emocional.

Para iniciar esta investigación, se delimitó el tema, se determinó el objetivo, se planeó la metodología y se comenzó el capítulo uno con los antecedentes de la obesidad y el sobrepeso, incluyendo las estadísticas, estas permitieron conocer la ubicación del problema tanto a nivel nacional como internacional. En este trabajo se consideró además el aspecto biomédico, en el capítulo dos se revisó la literatura, haciendo hincapié en la obesidad y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles, como un trastorno para la salud con orígenes genéticos tales como: el cáncer, la diabetes, la hipertensión, el metabolismo entre otras.

En el capítulo tres, mediante el discurso teórico psicológico se incluyeron temas que son vistos desde otro paradigma, ya que las lecturas me llevaron por otros caminos que no había considerado, constructos que se mencionan sobre todo porque son utilizados por psicólogos

y se han vuelto del dominio público. Por lo que se revisaron conceptos tales como: obesidad relacionada con depresión, Imagen corporal, autoestima, emociones, adicciones, discriminación y estigmatización.

En las conclusiones, se destacó la necesidad de incrementar los estudios psicológicos que aborden la obesidad, desde la propia perspectiva de las personas que viven con esta característica y entendiendo los significados que le dan. Son necesarios recursos teóricos y metodológicos, de acuerdo a un contexto donde la obesidad se incrementa cada día, generando un deterioro en la calidad de vida.

1. ANTECEDENTES DE LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO

La obesidad y el sobrepeso se han convertido en un grave problema de salud pública, debido a que pueden provocar graves enfermedades e incluso infartos que causan la muerte. Éste padecimiento no distingue edad, sexo, nivel socioeconómico, grupo racial o étnico. De acuerdo con Medina, Aguilar y Solé-Sedeño (2014) afecta tanto en el aspecto físico (limitación de actividad, dolor muscular, corporal, problemas óseos) como el psicológico (depresión, baja estima, insatisfacción corporal y sexual) además del ámbito social.

Diversas investigaciones señalan que el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se asocian con la obesidad y el sobrepeso, de acuerdo a Barquera, Campos-Nonato, Hernández-Barrera, Pedroza y Rivera- Domarco (2013) enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II y algunos tipos de cáncer, entre las principales. Para Amancio, Ortigoza y Durante, (2007) el problema principal es que existen pocas probabilidades de que las personas con este padecimiento, busquen acciones preventivas, correctivas o terapéuticas, que les permita corregir su exceso de peso, quizá por el desconocimiento de las alteraciones que puede generar en el organismo. Aunado a esto, Dávila-Torres, González-Izquierdo & Barrera-Cruz (2015) indican que la obesidad y el sobrepeso reducen la calidad de vida, aumenta las probabilidades de muerte prematura, reduciendo la esperanza de vida entre 6 y 20 años además de elevar el costo social de la salud.

Sin embargo, la obesidad no siempre se ha catalogado de esta manera, al revisar la historia de este padecimiento, se encontró que, en otras épocas el prototipo de belleza fue la mujer obesa y los cuerpos robustos, fuente de inspiración sobre todo en el arte pictórico, donde además la voluptuosidad se convirtió en un símbolo de salud y de poder económico, en una sociedad donde ganar peso era aceptado y bien visto. Actualmente, con los avances médicos, las modas y los prototipos pro-delgadez, han modificado el ideal de belleza, los sinónimos de salud, perfección y estética son ahora los cuerpos delgados, donde engordar se ha convertido no solo en un riesgo para la salud, sino en el hecho de dejar de tener un cuerpo socialmente aceptado (De Domingo y López, 2014).

1.2 Tipos de obesidad según su origen

Aunque los índices de obesidad y sobrepeso siguen creciendo, y cada vez se pueden observar más personas en esta situación, no todas suben de peso por las mismas causas, el origen de la obesidad se ha clasificado en dos tipos, en endógena y exógena, la obesidad endógena es la menos frecuente de las dos, sólo entre el 5 y el 10% de las personas se encuentran en esta categoría, su origen esta principalmente a problemas internos del organismo como: trastornos endócrinos, genéticos, hormonales o metabólicos, debido a ello es poco probable que las personas pierdan peso, aun llevando una alimentación adecuada y realizando actividad física, este tipo de obesidad es atendida por el área médica y psiquiátrica (Secretaría de Salud, 2010). Por lo que en esta investigación, solamente se menciona sin profundizar en ella.

En cambio, la obesidad exógena, es la más común y es a la que está enfocada esta investigación, según datos de la Secretaría de Salud (2010) entre el 90 y el 95% de todos los casos de obesidad provienen principalmente del tipo de alimentación, del tamaño de las porciones, el sedentarismo, así como la cultura, los aprendizajes, las creencias, las conductas y los hábitos heredados del primer grupo social que es la familia, estos hábitos son reforzados en el ámbito escolar y posteriormente en el ámbito social, es decir por estilos de vida poco saludables.

1.3 Tipos de obesidad según la distribución de la grasa.

Otra distinción que hay que resaltar, es la forma en que se distribuye la grasa en el cuerpo, la herencia genética es la encargada de determinar las zonas donde se acumulará la grasa, siempre en las mismas áreas según la forma del cuerpo de cada persona, (ver figura 1). Para García y Méndez (2011) esta clasificación hace referencia a las medidas de la cintura y la cadera, como se describe a continuación:

Obesidad periférica o ginecoide (en forma de pera) “la grasa se acumula principalmente por debajo de la cintura, en la cadera, glúteos y muslos. Son personas obesas con un perímetro de caderas mayor que el de la cintura. Es más común en mujeres, se asocia a problemas de salud como varices y artrosis de rodilla, es de menor riesgo comparada con la obesidad abdominal o androide” (p.2).

Obesidad central, abdominal o androide (en forma de manzana) “la grasa se acumula principalmente a la altura o por encima de la cintura, localizándose el exceso de grasa en la cara, cuello, tórax y abdomen. Es más común en los varones, el perímetro de la cintura más grande que el de las caderas, se relaciona con un mayor riesgo de diabetes, dislipidemias y enfermedades cardiovasculares” (p.2).

Obesidad homogénea, “el exceso de grasa se reparte de manera uniforme en todo el cuerpo” (p.2).



Figura 1. Tipos de obesidad según la distribución de la grasa en el cuerpo
Fuente: <http://www.adiosalabascula.com/tipos-de-obesidad/>

1.4 Índice de masa corporal (IMC)

Para saber el grado de obesidad individual que se tiene y valorar el peso ideal de las personas, una de las herramientas más utilizadas por médicos psicólogos y nutriólogos es el cálculo del IMC, éste muestra la relación que hay entre el peso y la estatura como un indicador más de obesidad, se obtiene pesando y midiendo la estatura, cuya fórmula es: $IMC = PESO / ESTATURA^2$ (Kg/m^2) el resultado será un número, éste se clasifica en categorías (Ver Figura 2) donde el peso normal es de 18.5 a 24.9; el sobrepeso entre 25 y 29.9 y la obesidad a partir de 30. Aunque existen otros cálculos, que se realizan mediante la antropometría, encargada de estudiar las dimensiones del cuerpo humano, mide puntos óseos, anchuras, pliegues, estatura y peso, éstas se usan con menor frecuencia (Kweitel, 2007).

Vale la pena aclarar que el sobrepeso de acuerdo con Amancio et al, (2007) se define como el incremento de peso corporal en relación a su talla, se considera una fase previa a la obesidad o como estado pre mórbido de la obesidad. Mientras que la obesidad se caracteriza por el incremento de tejido adiposo por arriba de los valores óptimos debido a un desbalance entre la energía ingerida y la gastada.



Figura 2. Categorías de la obesidad según el Índice de Masa Corporal

Fuente: <http://ecografiadeportiva.com/en/indice-masa-corporal-habitos-alimentarios-ii/>

Sin embargo, no en todos los casos se considera la clasificación del IMC como determinante de obesidad, una de las excepciones son los fisicoculturistas, de acuerdo con Cruz, Tuñón, Villaseñor, Álvarez y Nigh R. (2013), el músculo es más pesado que la grasa, por lo que, un IMC alto no significará que entren a la clasificación de obesidad o sobrepeso, de igual forma, las personas de la tercera edad, que tengan un índice entre 25 y 27 se recomienda quedarse en esa categoría en lugar de una inferior a 25, ya que esto puede ayudar a protegerles contra la osteoporosis.

1.5 Etiología de la obesidad

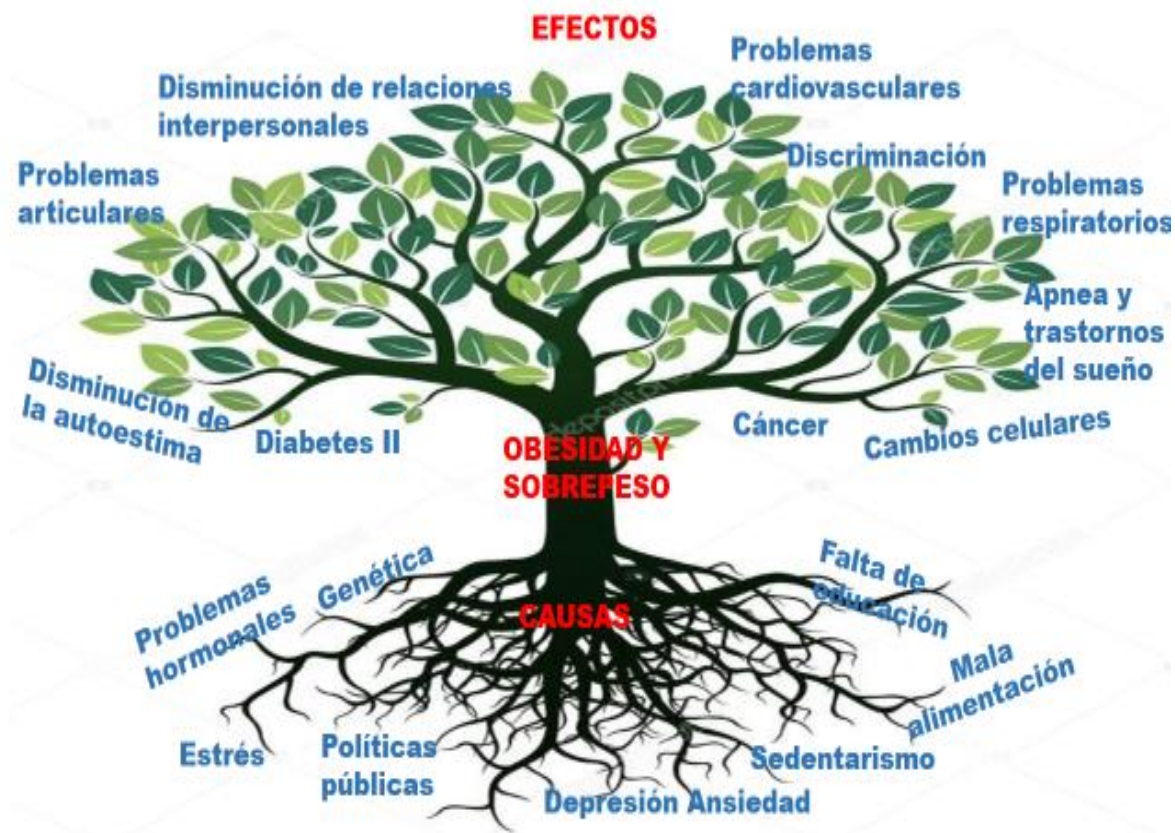


Figura 3. Obesidad, se origina en una predisposición genética, condiciones sociales, Hábitos de consumo y en algunos casos problemas psicológicos

Si se presta atención a la figura 3, se puede apreciar la diversidad de causas que pueden originar obesidad, algunos factores se combinan, e interactúan entre sí, donde uno es consecuencia de otro, por ejemplo la falta de educación nutricional y la mala alimentación,

la depresión y el sedentarismo, o bien, la falta de políticas públicas que regulen a la industria alimentaria, que en algunos casos, antepone el factor económico en detrimento de la calidad, sobre todo al utilizar productos con exceso de grasas, azúcares y carentes de nutrientes que pueden generar exceso de peso en los consumidores, las consecuencias se observan en una sociedad que ocupa los primeros lugares en obesidad y sobrepeso en el mundo.

Justo por la diversidad de sus causas, la obesidad no tiene una etiología definida, y su atención es compleja, entre los principales factores se encuentran los causales, ambientales, psicológicos y de estilo de vida, que además coinciden con una predisposición genética que puede alterar el gasto energético, generando una acumulación de grasa en el cuerpo principalmente por un desbalance entre las calorías ingeridas y las gastadas.

Entre las principales causas de obesidad y sobrepeso, se encuentran:

- a) La predisposición genética, de acuerdo con Peris, (2017) ésta influye para que un fenotipo pueda expresarse, sobre todo si en su ácido desoxirribonucleico (ADN) existe información que predisponga para el desarrollo de ciertas características incluyendo enfermedades, vale la pena resaltar que el fenotipo puede ser modificado por las condiciones del medio ambiente, debido a ello las características pueden expresarse o no, aunque se tenga la susceptibilidad genética.
- b) Los factores causales como hábitos alimentarios, dietas inadecuadas que prometen resultados rápidos pero que no se han probado científicamente, y por lo tanto se les denomina no éticas. De acuerdo con Amancio, et al, (2007) las dietas deben ser personalizadas, se trata de disminuir el consumo de carbohidratos y grasas, reemplazándolos por alimentos de baja densidad como son frutas y verduras ricas en fibra, minerales y vitaminas, además de realizar 4 o 5 comidas por día. Para Bersh, (2006) existe desinformación en cuanto a hábitos alimentarios, señala que más que saber qué comer, lo que hay que aprender es cómo se debe comer.

- c) La inactividad física o sedentarismo que generalmente practican las personas con exceso de peso, quienes han dejado de responsabilizarse del gasto de energía e incluso con actividades como subir escaleras, caminar, ponerse de pie etc. Para Amancio et al (2007), hacer de 30 a 60 minutos de ejercicio al menos 5 días a la semana favorece el consumo de energía mediante la termogénesis además de acelerar el metabolismo.
- d) Las condiciones ambientales, sociales y de política pública que también influyen en la ganancia de peso, y que de acuerdo con Cruz, et al (2013), ya en sí el sobrepeso y la obesidad son condiciones que reflejan desigualdades sociales, de género y educativas, donde no se tienen políticas sanitarias eficaces que regulen la calidad de los alimentos, siendo los estratos bajos los más vulnerables, influenciados por su contexto, las circunstancias socioeconómicas y el poco conocimiento nutricional con el que cuentan, les lleva a hacer elecciones poco favorables.
- e) Factores psicológicos que favorecen la obesidad, sobre todo cuando la comida es utilizada para lograr un equilibrio emocional y que de acuerdo con Bersh, (2006) desde las primeras etapas del desarrollo se aprende que la comida puede atenuar el malestar emocional sin importar su origen. Algunas personas con obesidad recurren a la ingesta por la dificultad que se tiene para expresar su estado de ánimo. Aunque podrían existir también otros miedos, como enfrentarse a un mundo social, laboral y afectivo. U otros trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, que les lleva a una ingesta desordenada y por ende a ganar peso.

Son muchas las causas Ante la complejidad que ha representado la obesidad y debido a que el problema no puede ser exclusivo de la perspectiva biomédica, Medina et al, (2014), plantean que la obesidad, necesita ser abordada desde una práctica multidisciplinaria, principalmente por el ámbito médico, psicológico, nutricional y sociocultural. Otras disciplinas también participan en la investigación, y exploración, con el fin de encontrar respuestas a este padecimiento.

Ciencias como la Sociología, Economía y la Antropología entre otras, se han unido en torno al problema de obesidad y sobrepeso, disciplinas cuyo objeto de estudio se centra en las necesidades humanas y sus acciones, también como ciencias sociales su interés está en la evolución, la organización y el desarrollo cultural, tanto a nivel individual como colectivo, Así mismo las Neurociencias, participan y amplían el conocimiento sobre aspectos que podrían formar parte de la etiología de la obesidad, a partir del estudio de cómo funciona la mente humana tanto a nivel molecular como conductual. Algunos ejemplos de estas aportaciones se enlistan a continuación:

Sociología: Algunos de los determinantes que han contribuido al exceso de peso, de acuerdo con Álvarez-Dongo, Sánchez-Abanto, Gómez-Guizado y Tarqui-Mamani (2010) son: la educación, la condición económica, el sexo, el lugar de residencia y la cultura. Mientras que Cruz, et al (2013) señalan otros factores asociados al sobrepeso como: el uso de aparatos electrónicos que favorecen la inactividad, aparatos eléctricos para los quehaceres domésticos; vehículos motorizados; el tiempo libre utilizado en actividades sedentarias; la pobreza, personas en esta condición, tienen el mayor consumo de refrescos, cervezas, carbohidratos, alimentos fritos y grasosos. También los lazos sociales son un factor importante en la ganancia de peso, ya que se asocia al de sus amigos, hermanos, parejas y vecinos.

Economía: El Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), fue un detonante del rápido incremento del sobrepeso y la obesidad en México, de acuerdo con Torres y Rojas,(2018) bajo este modelo se transformaron las condiciones de producción y demanda alimentaria, actualmente se rige bajo criterios de mercado que han influido en la estandarización y homogeneización de la dieta de los mexicanos, patrones de consumo regidos por el nivel del ingreso, donde la dieta de la población con ingresos altos, está basada en mayor cantidad y calidad, mientras que los estratos de ingresos bajos, no solo disminuyen la cantidad sino la calidad, en ambos casos el esquema oferta-demanda permea a toda la estructura social incorporando productos industrializados, bebidas azucaradas altas en carbohidratos que contribuyen al deterioro de la calidad de los alimentos.

Las acciones de una clase política alejada de los intereses nacionales y del mejoramiento social de acuerdo con Torres, (2001) la injerencia extranjera en las decisiones internas, particularmente en la conducción de la política económica, han traído la caída de la rentabilidad y el exceso de endeudamiento de este sector, que ha provocado un quebranto en la producción de alimentos, y se ha tenido que incrementar las importaciones para satisfacer la demanda interna que sigue creciendo cada año. Ante estas políticas económicas y la importación de productos alimentarios de baja calidad, donde las harinas, los embutidos el azúcar y la grasa han modificado la dieta del mexicano y con ello también el volumen de su cuerpo.

Antropología: La migración rural a las ciudades ha traído una diversidad en la población urbana, de acuerdo con Bertran (2010) en lo económico, social, y étnico, así como en términos alimentarios respecto al consumo, formas de preparación, e ideas sobre los alimentos, donde las elecciones dependerán de los recursos económicos, del campo y del acceso a ellos, las diferencias se expresan también en términos culturales y zonas geográficas, en el norte del país se consume más carne y productos de trigo, en los lugares con costas, se consume más pescado, mientras que en el sur se consume la dieta tradicional indígena (tortillas, frijoles, salsa, algunas legumbres, pocas veces carne) que aporta hidratos de carbono, proteínas en la combinación de frijol y maíz, y buena fuente de calcio, pero eso ha cambiado, hoy la población prefiere comida industrializada.

Neurociencias: Revenga (2015) propone analizar el metabolismo, relacionado con la microbiota intestinal y una compleja red de circuitos neuronales, señales químicas que conectan diversos centros que controlan la ingesta y las preferencias por cierto tipo de alimentos, donde la adicción por la comida calórica forma parte del conjunto de elecciones condicionadas y procesadas en este sistema, según sean las respuestas de agrado o repulsión mediadas por el sistema límbico cerebral y el sistema prefrontal, en relación con el hipotálamo donde se procesan las señales de hambre y saciedad.

Ante tantos factores que pueden incidir en la etiología de la obesidad, se hace necesaria una intervención multidisciplinaria que pueda acompañar en el proceso de reducción de peso a las personas que por voluntad propia, o por prescripción médica así lo decida, tomando en cuenta la situación particular de cada uno.

1.6 Definición de obesidad

Desde el inicio de esta investigación, se convirtió en un problema poder elegir una definición de la obesidad y también de cómo abordar el objeto de estudio, sobre todo, por la implicación que se tiene con el concepto “Enfermedad” como muchos estudios la refieren. El término enfermedad era importante distinguirlo, porque entonces qué hacía una psicóloga abordando un fenómeno que corresponde al área médica, además surgió la siguiente pregunta ¿si es una enfermedad, donde está el agente contaminante? Se tratará de responder esto más adelante. También se advirtió que no existe una definición exacta, ya que no hay un consenso que indique si la obesidad es o no, una enfermedad, por ejemplo:

Para la Organización Mundial de la Salud, la obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2015: énfasis agregado.) En ésta definición la obesidad no se clasifica como enfermedad, sino como una reserva de grasa, tampoco es claro que tan perjudicial puede ser y cuanta cantidad de grasa es perjudicial para la salud, es decir no hay un dato objetivo. Cabe mencionar que para la (OMS) esta definición a la fecha, sigue vigente.

En el mismo sentido, Katz, (2017) sugiere que:

La obesidad no puede ser una enfermedad ya que ésta es una respuesta fisiológica y, por lo tanto, normal y esperable a un exceso alimentario facilitado por un entorno de superabundancia, además de la presencia de elementos que impiden una actividad física importante. Destaca que las enfermedades necesitan medicinas, y que la obesidad se evita con ejercicio, dieta, evitar

toxinas y estrés, dormir y relacionarse. Un estilo de vida saludable, la mejor medicina contra la obesidad y un remedio definitivo.

En contrasentido, Urrejola (2007) argumenta que:

La obesidad es una enfermedad crónica debido a que el exceso de energía es almacenada en las células adiposas, las cuales se hipertrofian (aumentan su tamaño), para poder acumular el exceso de energía, una vez llenos los adipocitos, cuando ya no pueden acumular más grasa, entonces se produce una Hiperplasia, (incremento del número de células), éstas permanecerán aunque la persona baje de peso, lo que facilitará el volver a engordar, además de que la gran cantidad de grasa corporal se relaciona con la resistencia a la insulina asociada a las co-morbilidades de la obesidad (p. 421).

Es quizá en este momento cuando se puede comprender la obesidad como una enfermedad, una vez que el cuerpo ha sido modificado, esto como resultado de la hipertrofia e hiperplasia, creando una condición de vulnerabilidad para el propio cuerpo. Otro trabajo que define la obesidad como enfermedad, es el de Barquera, Campos-Nonato, Rojas y Rivera (2010) para ellos “La obesidad es una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida” (p.398)

Así mismo la Secretaría de Salud (2010) señala que “el incremento de peso corporal asociado a un desequilibrio en las proporciones de los diferentes componentes del organismo, en la que aumenta fundamentalmente la masa grasa con anormal distribución corporal, se considera hoy en día una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones” (p. 1)

Sin embargo, aunque existen puntos de vista encontrados y en medio de una votación dividida, en 2013, la obesidad fue aprobada como enfermedad por la Asociación Médica de Estados Unidos (AMA), se consideró que esta política podría reducir la estigmatización relacionada con el peso y obtener un mayor presupuesto para la prevención y la atención de esta enfermedad. Esta medida generó discusiones entre un grupo de expertos que estuvieron en desacuerdo, dado que su aprobación da origen a otro tipo de problemáticas, como las de seguridad social, ausentismo laboral, incapacidades y seguros médicos que no cubren esta enfermedad. Con la aprobación de esta medida, las personas con sobrepeso u obesidad que se sentían bien, se despertaron siendo incluidas en la categoría de enfermos (Dailey, 2013).

Dos años después, el Sistema Estadístico de Clasificación Internacional de las Enfermedades y trastornos relacionados con la salud mental (CIE-10) apartado IV relacionado con las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, letra E, en la numeración 66, se ubicó a la obesidad como enfermedad crónica (Gómez, 2015). Aunque el tema ya fue aprobado como enfermedad, los argumentos del agente contaminante siguen en discusión (ver figura 4).

Recapitulando el desarrollo de estas definiciones.

Una acumulación de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

Respuesta fisiológica y, por lo tanto, normal y esperable a un exceso alimentario facilitado por un entorno de superabundancia, además de la presencia de elementos que impiden una actividad física importante.

Entonces se produce una Hiperplasia, (incremento del número de células), éstas permanecerán, aunque la persona baje de peso.

“La obesidad es una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida”.

Se considera hoy en día una enfermedad crónica.

Después del análisis anterior, para este proyecto todavía había dudas de si se podía llamar enfermedad o no, por lo que se decidió utilizar el esquema de la historia natural de la

enfermedad, creado por Leavell y Clark en 1953, (ver figura 4) que de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018), el esquema representa el proceso de la enfermedad en forma gráfica, indicando en cada una de sus fases hasta que termina con la recuperación, incapacidad o muerte, describe también la relación que existe entre ellas, este esquema permite apreciar el problema en su conjunto, en la interacción se resaltan los tres elementos que intervienen en una enfermedad, la triada ecológica se integra con un agente causal (virus, bacterias, parásitos, hongos) el huésped (la persona afectada) y el ambiente (climático, geográfico, socioeconómico, biológicos). Aunque, en el caso de la obesidad, hay ausencia de microorganismo causal.

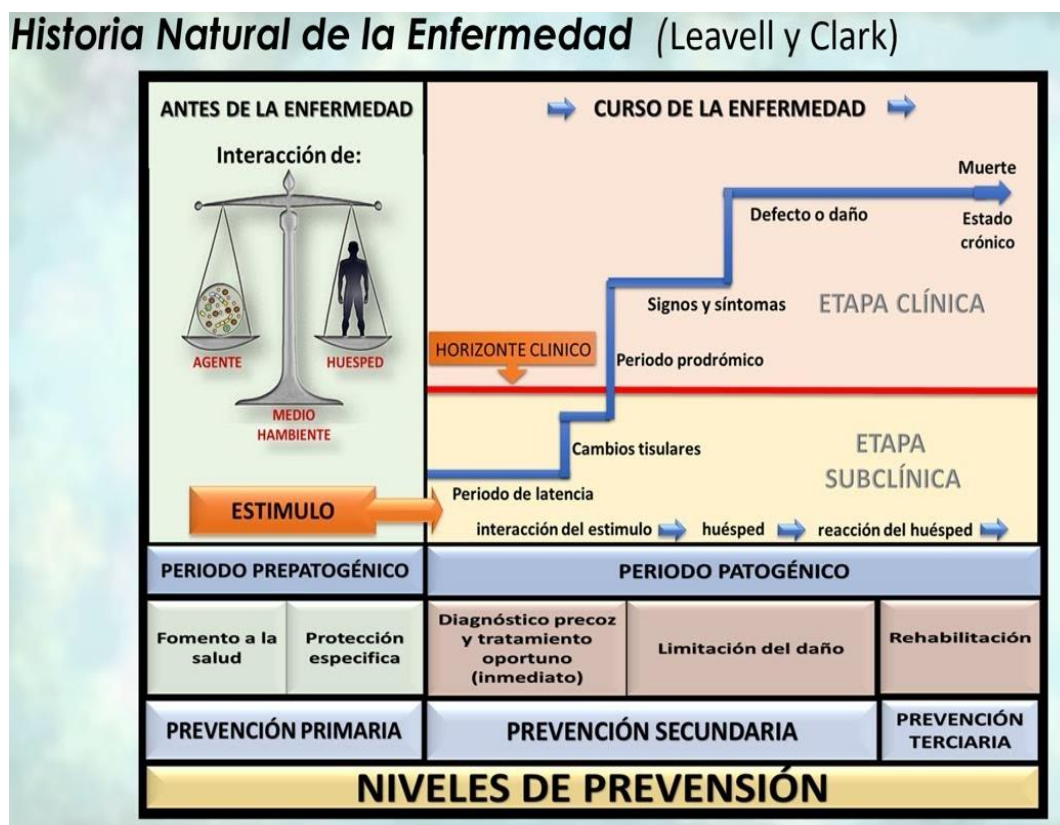


Figura 4. Historia Natural de la Enfermedad (Leavell y Clark)
Fuente: <https://www.youtube.com/watch?v=kJrZO41Qbdc>

Sin embargo, en el área de las ciencias sociales, se han analizado otras causas de salud enfermedad, centradas en el individuo a partir de los determinantes sociales, como las condiciones y los estilos de vida, de acuerdo con Palomino, Grabde, y Linares (2014) esto

implica una mirada de lo personal a lo social y comunitario, donde residen los determinantes de las desigualdades en la exclusión de la salud, como el nivel de ingreso, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural, el equipamiento del lugar donde se vive o se trabaja, etc.

Hasta mediados del siglo XX la idea de salud se había caracterizado por su concepción físico-biológica, de acuerdo con Palomino et al, (2014), a partir de la segunda guerra mundial los avances científicos y tecnológicos como: el conocimiento de la historia natural de las enfermedades y su prevención, el desarrollo e influencia de los medios de comunicación que han facilitado el conocimiento científico, han generado un nuevo concepto de salud, dinámico, positivo, multicausal y social.



Figura 5. Modelo socioeconómico de Salud de Dalgren y Whitehead.
Recuperado de: <https://www.siiis.net/documentos/ficha/216793.pdf>

En este modelo, el individuo y los factores constitucionales que no son modificables, se encuentra en el centro, los niveles sucesivos pueden ser transformados, como los estilos de vida individuales, que a su vez son influenciados por la comunidad y las redes sociales;

las condiciones de vida y trabajo, alimentos, acceso a servicios básicos; en la capa exterior se encuentran las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales. De acuerdo con Palomino et al, (2014) la desigualdad en la salud, tiene que ver con las diferencias socioeconómicas de los individuos, desde la gestación, y durante el ciclo de vida, a partir de las interacciones sociales psicológicas y biológicas, un dato a resaltar es que, con la variedad de factores sociales además de los biológicos, las enfermedades pueden originarse en los propios grupos sociales por sus características particulares.

Después de revisar las definiciones anteriores y sus implicaciones con el término enfermedad, incluyendo los esquemas de las figuras 4 y 5, permitieron deducir que si bien, la comida, el sedentarismo, el nivel socioeconómico y los trastornos psicológicos, no son agentes infecciosos, si son causales que forman parte del ambiente y pueden generar obesidad, sobre todo cuando exista predisposición genética, ya que están en una constante interacción con el organismo. Se debe considerar también, que la obesidad en por si misma ya es un síntoma.

Como todo cambio de paradigma o de nuevas disposiciones, todavía existen opiniones encontradas para poder definir a la obesidad, como enfermedad, de igual manera, en el desarrollo de este trabajo surgieron otras dudas por ejemplo: en el caso de las personas que desarrollan aparte de la obesidad, alguna de las enfermedades crónicas, ¿Se podría decir, que la persona esta doblemente enferma, y únicamente debería ser curada por médicos o psiquiatras a través de medicamentos, o que son personas con problemas psicológicos?

En este trabajo, se consideró que la obesidad no es una enfermedad, sino una condición que puede generar diversas enfermedades crónicas, es el resultado de un aprendizaje social, donde las elecciones y las conductas individuales, están influenciadas por un entorno sociocultural, económico y político, mediado por la idiosincrasia familiar y sus condiciones particulares de vida, que pueden ser modificadas, para revertir o en el mejor de los casos ésta pueda ser prevenida. Así mismo se considera que por su complejidad debido a la diversidad de factores que la originan, éste problema debe ser atendido por un equipo de profesionales de la salud de manera multidisciplinaria e integral, con objetivos definidos de

todos los participantes así como el compromiso y motivación de la persona interesada en cambiar su forma de vida, donde no esté presente la obesidad ni el sobrepeso.

1.7 Epidemiología de la obesidad

Para tener un panorama tanto internacional como nacional del incremento de la tasa de obesidad, tanto en niños como en adultos, se inició por la revisión de las estadísticas, de acuerdo con los datos encontrados, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calificado a la obesidad como pandemia mundial del siglo XXI. Ya en 2005, en varios países la obesidad y el sobrepeso se consideraban un factor de riesgo, se estimaba que para 2015 habría 1500 millones de personas con este padecimiento OMS, (2005). Pero la obesidad ha rebasado las cifras estimadas, en 2016 la OMS reportó 1900 millones de personas adultas con esa condición, de esta cifra el 39% de los hombres y el 40% de mujeres tenían sobrepeso, mientras que la obesidad se presentó en los hombres con un 11% y en mujeres con 13% (OMS, 2015).

En el mundo, la trayectoria de obesidad se ha multiplicado de 1975 al 2016

Edad de la población 5 a 19 años	Población con obesidad o sobrepeso	Obesidad en Hombres	Obesidad en Mujeres
1975	4%	Menos del 1%	Menos del 1%
2016	18%	8%	6%

Después de analizar el aumento del suministro de energía alimentaria en 69 países, la OMS (2015) afirma que tanto el peso corporal como el suministro de energía alimentaria habían crecido un 81% en 56 de los 69 países, entre los años 1971 a 2010, el crecimiento en calorías disponibles era más que suficiente para explicar el simultáneo aumento del peso corporal que se observa en la mayoría de los países (Ver Figura 6). En el caso de México los datos de esta gráfica, revelan que los índices de obesidad han tenido un rápido incremento después del año 1996, esta información coincide con lo planteado por Torres y Rojas, (2018)

que el tratado del libre comercio, firmado en 1994, ha sido un detonante de la obesidad en nuestro país, generando cambios en la dieta del mexicano.

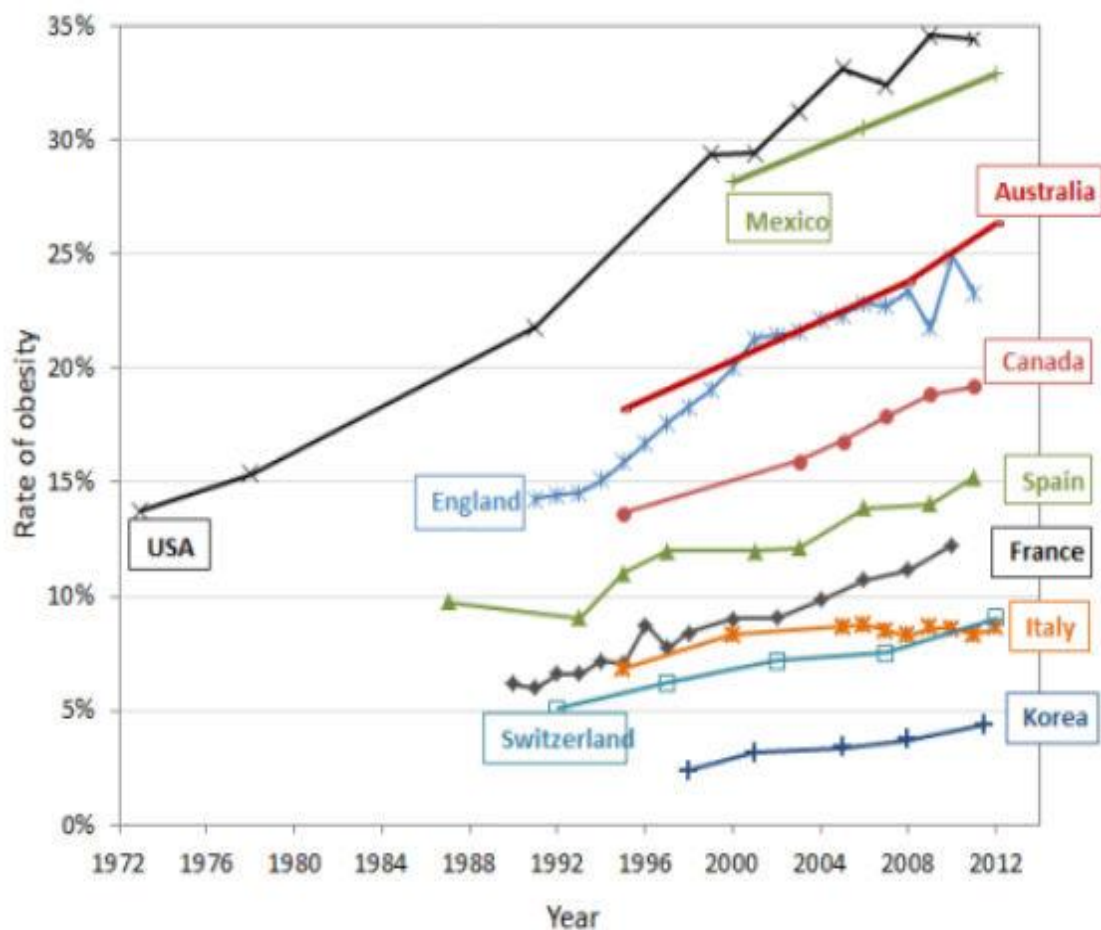


Figura 6. Incremento de la obesidad a nivel mundial

Fuente: Informe gráfico sobre la "epidemia mundial de obesidad" (OCDE, 2014)

Según los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y de acuerdo con Rodríguez (2015), México se encamina a uno de los mayores problemas de salud, debido a que más del 70% de la población de adultos presentan sobrepeso u obesidad, además de haberse convertido en uno de los países con mayor prevalencia de obesidad en el mundo, actualmente ocupa el primer lugar en obesidad infantil y el segundo en adultos.

Los datos reportados por la Secretaría de Salud y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición dan cuenta de los porcentajes de la población que padece obesidad o sobrepeso, ENSANUT (2016) indicó que la población de adultos en 2006 fue de un 69.7%; para 2012 un 71.3%. También se señaló, que la prevalencia de sobrepeso fue mayor en los hombres, y la prevalencia de obesidad fue mayor en las mujeres, que tanto el sobrepeso como la obesidad afectaron a 70 de cada 100 mexicanos y a 30 de cada 100 niños en ese año. Para 2016, la cifra sigue creciendo, esta vez representa un (72.5%) combinando obesidad y sobrepeso en adultos (Ver figura 7).

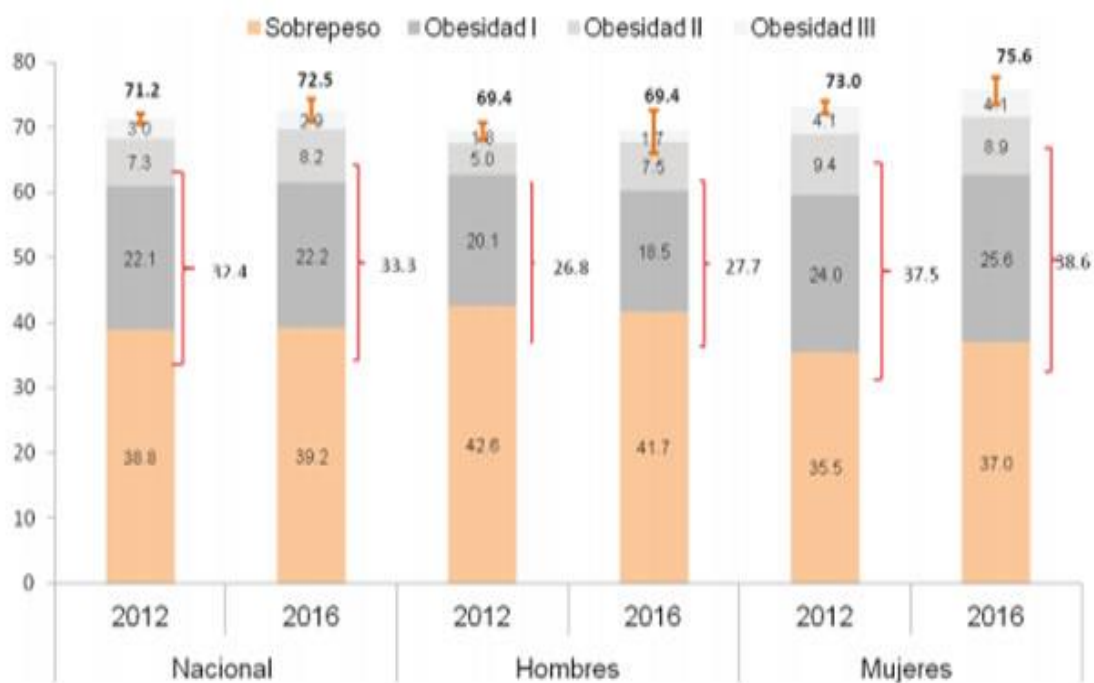


Figura 7. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población mexicana de 20 o más años de edad
Fuente: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/View/3098/3088>

Esta situación tiene costos económicos según datos de Rodríguez (2015) ascienden a más de 85 mil millones de pesos al año. Sólo en tratamientos médicos se estima que supera los 62 mil millones de pesos por año, pues se incluyen también las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), asociadas con este padecimiento. En la tabla 1 se pueden identificar los estados de la República Mexicana con mayor índice de obesidad, así como su comportamiento, siendo Oaxaca el mayor crecimiento y Yucatán el de mayor incidencia.

Tabla 1. *Los 10 estados con mayores tasas de obesidad. (En porcentajes de la población)*

LUGAR	ESTADO	2014	2006	2000
1	Yucatán	44.8	35.0	29.3
2	Baja California Sur	43.6	36.2	30.0
3	Campeche	43.3	37.9	30.3
4	Tabasco	42.7	35.8	27.1
5	Baja California Norte	39.5	31.9	30.1
6	Nuevo León	39.5	35.0	27.8
7	Oaxaca	39.5	23.7	12.6
8	Coahuila	37.1	33.3	31.7
9	Tamaulipas	37.1	36.1	30.7
10	Quintana Roo	37.0	34.9	26.3

Fuente: El financiero 30 de julio 2015

Si bien, la ciudad de México antes Distrito Federal, no aparece en la tabla 1, se debe a que sus índices de obesidad son más bajos que los 10 estados mencionados, se consideró importante tener el dato comparativo de ésta entidad federativa, ya que la mayoría de los participantes de ésta investigación, viven en esta zona. Esta muestra resultó muy similar a las cifras obtenidas a nivel nacional (ver figura 5). De acuerdo con ENSANUT, (2012) la prevalencia de obesidad en ese año, fue de 33.6% siendo mayor en mujeres (37.7) que en hombres (29.5), y en 2006 los índices fueron de 30.1 % siendo mayor el índice en mujeres (34.2) que en hombres (26.0). Tanto en la figura 5, como en la tabla 1, se puede apreciar la tendencia a la alza.

También en población infantil, la Obesidad en México sigue incrementándose, de acuerdo con los datos de ENSANUT (2012), uno de cada tres adolescentes de entre 12 y 19 años presentaba sobrepeso u obesidad. La prevalencia en los escolares, ascendió un promedio de 26% para ambos sexos, lo cual representaba más de 4.1 millones de escolares conviviendo con este problema. Así mismo, Dávila-Torres, et al (2015) han señalado que tener exceso de

peso en esta etapa, aumenta el riesgo de tener sobrepeso u obesidad en la edad adulta, debido principalmente a que comparten dietas inadecuadas y aprenden los estilos de vida de sus padres, incluyendo el sedentarismo.

Estos datos permiten reflexionar sobre la influencia de la familia, tanto en las costumbres, la forma de preparación de los alimentos que se convierten en hábitos que condicionan el paladar, generalmente las tradiciones culinarias pasan de generación en generación, aunado a muchas horas de televisión, expuestos a los anuncios de comida y a un entorno donde la mayor oferta de alimentación se basa en comida calórica, además de la participación del estado que no ha sido suficiente, para educar en nutrición, no solo a los niños o a los padres, sino a la población en general, donde hay necesidad de que la industria alimentaria sea regulada, sobre todo para que incremente la calidad en los productos que ofrece, por eso se concibe que la obesidad no es sólo un asunto individual. Sino que está basado en una serie de interrelaciones personales, familiares y de aprendizaje

Este recorrido por las estadísticas tanto a nivel nacional como internacional, permitió observar el constante incremento en los índices de obesidad y sobrepeso, lo mismo en México que en el mundo, un incremento rápido de sobrepeso en nuestro país se refleja a partir del año 2000 que justo coincide con la firma del tratado de libre comercio en 1994, aunado a otros factores, que han coadyuvado en la ganancia de peso de los mexicanos, aumentando así el riesgo de desarrollar alguna de las enfermedades crónicas, por lo que surge la pregunta ¿qué ha fallado, por qué no se ha podido revertir o prevenir, Acaso se ha subestimado la alerta de la OMS, de que la obesidad por su comorbilidad con las ECNT nos coloca ante una verdadera pandemia?.

1.8 Algunas medidas tomadas para combatir la obesidad

Para prevenir la obesidad y disminuir el índice de mortalidad de las ECNT, la OMS (2015) en su resolución WHA57-17-2004 acordó, que los estados miembros, desarrollen políticas que favorezcan una alimentación sana, realización de actividad física al menos 1

hora diaria como una forma de vida, regular la industria agrícola y los efectos sanitarios de los alimentos, etiquetado nutricional de los productos. Así mismo se sugirió la implementación de medidas fiscales como el impuesto a las bebidas azucaradas y a los productos con alto contenido calórico y bajo contenido nutricional, además de restringir su publicidad y el mejoramiento de los ambientes escolares entre otras medidas.

Al revisar las acciones y programas que se han implementado en México, existen campañas de educación y promoción de estilos de vida saludables, al fomentar que en las escuelas haya alimentos nutritivos, cancelar la venta de “comida chatarra”, y promover la actividad física. Por otro lado, se acordó que los productos estén etiquetados detallando sus contenidos, esto a través del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE, 2015).

Sin embargo, los índices de obesidad y sobrepeso no disminuyen, aunque los productos estén etiquetados con el contenido nutricional, no se ha reflejado aún en beneficios para la salud, quizá regular no sea suficiente, si en la mayor parte de la población se tiene un bajo nivel educativo en nutrición o si varios de los contenidos son incomprensibles para los consumidores, esta política no tiene el efecto esperado. Lo mismo ocurre con la población infantil, prohibir los alimentos con alto contenido calórico en las escuelas, tampoco se ha reflejado en los resultados, pues a pesar de la adopción de éstas políticas, las compras previas o bien al salir de la escuela se siguen realizando y consumiendo y la obesidad sigue en aumento año con año.

Con el fin de concientizar a la población del alto riesgo que representa la obesidad, en México se han creado campañas publicitarias con el fin de disminuir su incidencia, una de las más conocidas en pro de la salud fue “Chécate, Mídete, Muévete”, que promovía un estilo de vida saludable, de acuerdo con Salazar-Coronel, A., Martínez-Tapia, B., Mundo-Rosas, V., Méndez-Gómez, H. y Uribe-Carbajal, R (2018) indicaron mediante cuestionarios que sólo el 11% de los adultos conoce la campaña, de ellos, el 1% no comprendió de que se trataba y el 31% la comprendió totalmente.

La campaña resaltaba la importancia de acudir a la clínica a chequearse. El significado de *mídete*, era reducir tanto las porciones como el contenido de azúcar y grasa. *Muévete* estaba orientada a promover la actividad física, así como la convivencia familiar, aunque estas medidas promocionales representa uno de los esfuerzos del sector salud por disminuir la obesidad y las ECNT, el impacto en la población de esta medida no se vio reflejada en los resultados, valdría la pena preguntar cuántos de los que comprendieron el mensaje, padecían obesidad y cuántos de ellos acudieron al llamado, es decir cuántos llevaron a cabo las tres propuestas, lo cierto es que los índices de obesidad y sobrepeso no disminuyen y cada día más personas se suman a las estadísticas de obesidad y sobrepeso.

El gobierno anterior, invirtió casi setecientos millones de pesos en medios de comunicación, en el periodo 2014-2017 para las campañas contra la obesidad. La publicidad se centró principalmente en dos, “Chécate, Mídete, Muévete” y “Prevención de la diabetes”. De acuerdo con Flores (2019), 253 millones para televisión y el resto en radio, medios impresos y otros, Donde las mismas televisoras, aceptaron publicitar anuncios comerciales de productos “chatarra”, 13 mil anuncios de 42 marcas distintas, enfocados en su mayoría a los niños. Entre tanto la (OCDE), situaba a México en primer lugar de obesidad y sobrepeso de los 34 países miembros, en la población mayor a 15 años, Mientras el representante de la (OMS) en México, indicó que en 2017, el gasto por enfermedades asociadas a la obesidad fue de 150 mil millones de pesos, por no haber corregido este problema a tiempo.

En otros países como Chile, las medidas utilizadas para disminuir la obesidad, es a través de la regulación de la publicidad televisiva de alimentos no saludables, de acuerdo con los datos de González y Atalah (2011, p.297) encontraron que:

Los niños (2-17 años) ven televisión 2.5 horas en promedio, están expuestos a publicidad de alimentos cada 5 minutos que equivale a 30 por día, principalmente son alimentos no saludables, asociados a emociones positivas, diversión, felicidad, juego, fantasía, imaginación, integración social y aceptación de los pares. De los

alimentos publicitados en televisión el 69% tienen altos contenidos de azúcar refinada, 35% en grasa y 20% son altos en sodio.

Aunque en México se destinó parte del presupuesto para realizar campañas para corregir, o disminuir los índices de obesidad y sobrepeso, y las autoridades sanitarias implementaron medidas regulatorias, como el impuesto a los productos calóricos así como el etiquetado de los productos, la incidencia en obesidad sigue a la alza, estas medidas han tratado de corregir el ambiente que también puede ser causa de obesidad, de acuerdo con la (figura 3), y también como parte de la triada, que representa la historia de la enfermedad de acuerdo a la (figura 4). En contra parte están los medios de comunicación, promoviendo el consumo de comida calórica.

Parece que todo es decisión individual, y el único responsable es el individuo, pero si el estado no ha proporcionado la educación nutricional que permita tomar mejores decisiones a la hora de elegir, sobre todo en un entorno poco regulado donde la oferta principal es la comida calórica como las pizzas, hamburguesas, tortas y refrescos, o de comida típica de acuerdo a la familia en la que se nace, donde los gustos por ciertos alimentos se transmiten de generación en generación como el consumo de tamales, pozole, menudo, tacos, carnitas, barbacoa así como las donas, ya sea azucaradas glaseadas o cubiertas de chocolate, donde la combinación de grasa, harina y azúcar, se vuelven adictivas.

La exposición a ambientes como las escuelas, parques, cines o antros, que también ofrecen comida procesada, bebidas azucaradas, cervezas, botanas, donde existe otro factor que media en las decisiones, como son las relaciones interpersonales, que, para convivir, se acepta una interacción con un entorno que fomenta la obesidad y el sobrepeso. Un dato a considerar es que el ser humano, al pertenecer a una familia con sus usos y costumbres, es poco probable que como individuo pueda cambiar de hábitos si no se aborda el problema con todo el grupo familiar, para que a su vez se hereden hábitos más saludables a las generaciones siguientes.

2. OBESIDAD Y SOBREPESO DESDE EL ENFOQUE BIOMÉDICO

Si bien la medicina en sus inicios fue planeada, no para curar, sino para conservar la salud y prevenir el desarrollo de diversas enfermedades, lo cierto es que actualmente la mayoría de las personas acuden por la cura, una vez que tienen síntomas que afectan su cuerpo y su diario vivir. En el caso de la obesidad se ha considerado un factor de alto riesgo para el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), de acuerdo con la OMS, (2015) se les ha denominado ECNT por prolongarse a través del tiempo y no tener cura, estas son el resultado de una combinación de factores genéticos, ambientales y fisiológicos.

Así mismo Gershenson y Wisdom (2013) mencionaron que éstas no son causadas por un agente contaminante, o que se transmita de un individuo afectado a otro, sino que pueden contagiarse socialmente, a través de la imitación de hábitos debido a la influencia social, cultural y la disponibilidad de productos calóricos existentes en el entorno.

La transición epidemiológica en nuestro país inicio desde mediados del siglo XX, de acuerdo con Soto, Moreno y Palma (2016), con los avances médicos y tecnológicos, disminuyó la mortalidad por enfermedades infecciosas, y aumentó en mayor proporción las muertes por ECNT, lo que originó que éstas se convirtieran en un problema de salud pública, algunos de los factores que influyeron en esta transición, fueron los cambios sociales y económicos, quienes modificaron la forma de vida de un gran porcentaje de la población, enfermedades que se construyen a partir de los hábitos y las conductas como el sedentarismo, el estrés, emociones negativas, patrones alimentarios con alto contenido de calorías, la obesidad, el consumo de tabaco, alcohol y drogas entre otros.

Cada año mueren 41 millones de personas debido a las ECNT, de las cuales, el mayor índice de mortalidad se encontró en las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, problemas respiratorios y la diabetes en cuarto lugar (OMS, 2018). Las ECNT no se resuelven con medicamentos, de acuerdo con Grau (2016), implican cambios en la vida cotidiana de las

personas, se modifican los hábitos y costumbres, surgen miedos, incertidumbre, aislamiento, donde la integridad del individuo se ve amenazada, sus síntomas no son constantes y muchas veces se deriva en alguna discapacidad, fomentando la dependencia de otros. Recapitulando, estas enfermedades se caracterizan por:

- a) Latencia prolongada.
- b) No se transmiten de un individuo infectado a otro, o por un agente infeccioso,
- c) Su desarrollo es multicausal, principalmente por estilos de vida poco saludables y el ambiente físico y social.

A diferencia de las enfermedades infecciosas que tienen una sola causa, y que siguiendo el esquema de la historia natural de la enfermedad (figura 4), se puede interrumpir la enfermedad con la intervención médica y con medicamento. Las ECNT tienen un origen distinto, ya que son diversos los factores que intervienen para su desarrollo, siguiendo el esquema de los factores determinantes para la salud (figura 5), se considera que son enfermedades construidas a partir del entorno social, los hábitos particulares y la cultura entre otros.

2.1 La obesidad y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles

La obesidad representa un problema grave de salud pública, ya que es un factor importante de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles. De acuerdo con Malo-Serrano, Castillo y Pajita, (2017) Un IMC elevado se relaciona con problemas metabólicos, cardiovasculares, aumenta proporcionalmente el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 con la elevación del IMC. Igualmente, se incrementa el riesgo para algunos cánceres y patologías osteoarticulares. Al igual que éste, otros estudios han demostrado que la obesidad está fuertemente asociada al desarrollo de las siguientes enfermedades:

- Glucosa (azúcar) alta en la sangre o diabetes.
- Presión arterial alta (hipertensión).

- Nivel alto de colesterol y triglicéridos en la sangre (dislipidemia o alto nivel de grasas en la sangre).
- Ataques cardíacos debido a cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular.
- Ataques cardíacos debido a cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular.
- Problemas óseos y articulares, el mayor peso ejerce presión sobre los huesos y articulaciones. Esto puede llevar a osteoartritis, una enfermedad que causa rigidez y dolor articular.
- Dejar de respirar durante el sueño (apnea del sueño). Esto puede causar fatiga o somnolencia diurna, mala atención y problemas en el trabajo.
- Cálculos biliares y problemas del hígado.
- Algunos tipos de cáncer.

2.2 Obesidad y diabetes

En la medida que el peso corporal aumenta, disminuye la sensibilidad a la insulina, de acuerdo con Miguel y Niño (2009), la diabetes mellitus se presenta cuando hay una deficiencia del páncreas en la producción de insulina, o bien, cuando hay resistencia de las células a la misma, esta hormona se encarga de procesar el azúcar de los alimentos, convertirla en glucosa como fuente de energía y transportarla a las células, cuando este proceso se ve interrumpido, se dice que hay resistencia a la insulina y se relaciona con el exceso de grasa abdominal, aunque es importante considerar que no todos las personas con obesidad desarrollan ésta enfermedad, se requiere también de la predisposición genética.

Sus principales síntomas de acuerdo con Diez, (2006) son: orina abundante y frecuente; sed excesiva debido a la deshidratación; hambre constante; cansancio; visión borrosa; náuseas; vómitos; infecciones urinarias y de encías; hormigueo en manos y pies entre otros, aunque la aparición de la diabetes tiene una base genética importante, los estilos

de vida inadecuados, en especial, los malos hábitos alimentarios y el sedentarismo, aumentan considerablemente el riesgo de adquirirla.

La diabetes mellitus tipo II es la segunda causa de muerte en nuestro país. Mejía, (2017) menciona que entre el año 2000 y el 2015 fallecieron más de un millón 100 mil personas por esta causa, de acuerdo con datos del Instituto Mexicano de Competitividad (IMCO) y el Centro de Estudios de Finanzas Públicas (CEFP), (2015) los costos sociales ascendieron alrededor de 85,000 millones de pesos al año, el 73% correspondió a gastos por tratamiento médico, 15% a pérdidas de ingreso por ausentismo laboral y 12% a pérdidas de ingreso por mortalidad prematura. Esta cifra equivale al 65.3% del presupuesto asignado al sector salud en el 2014 (130 mil 264.8 millones de pesos).

2.3 Obesidad y cáncer

Otra de las ECNT es el cáncer, una de las principales causas de muerte, a nivel mundial, precedida por las enfermedades cardiovasculares. Solamente entre un 5-10% se debe a factores genéticos y hereditarios, como lo mencionan Sanchez, Ibáñez y Klaassen (2014) mientras que el 90% restante se debe a factores ambientales y estilos de vida, obesidad, agentes contaminantes y exposición a radiaciones que influyen en el desarrollo de neoplasias (Nombre dado a las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Las células de neoplasias malignas también se pueden diseminar hasta otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático).

Mantener un peso saludable está asociado con un menor riesgo de cáncer y de aparición de cáncer en los sobrevivientes de ésta enfermedad (Sánchez, et, 2014). Algunos de los motivos entre la obesidad y el cáncer se enlistan a continuación:

- Aumento de los niveles de insulina y del factor de crecimiento insulínico tipo 1, lo que puede contribuir para que algunos tipos de cáncer se produzcan.

- Inflamación crónica de nivel bajo, la cual es más frecuente en las personas con obesidad
 - Cantidades más elevadas de estrógenos producidas por el tejido graso
- Las células grasas pueden afectar los procesos que regulan el crecimiento de las células cancerosas.

2.4 Obesidad y enfermedades coronarias

Por mucho tiempo se creyó que “la obesidad podría causar insuficiencia cardiaca sólo a través de mecanismos intermediarios como hipertensión o enfermedad coronaria, según López y Cortés (2011) estudios recientes han demostrado que otros factores podrían estar implicados en el origen de la cardiomiopatía relacionada con obesidad. Por ejemplo, existe la hipertrofia ventricular izquierda (es el aumento del tamaño de las células miocárdicas debido al incremento del trabajo cardiaco y al crecimiento de masa muscular del ventrículo izquierdo que puede incluso provocar muerte súbita) asociada a la obesidad, que no puede explicarse sólo por el aumento de la presión arterial” (p. 2).

“El aumento en la prevalencia de fibrosis del miocardio (acumulación de fibras de colágeno arterial en un órgano, debido a que su degradación esta inhibida o su síntesis esta estimulada) que es proporcional al grado de obesidad, además, la obesidad también se ha asociado con la disfunción diastólica, la cual representa el 50% de los casos de insuficiencia cardiaca. También en pacientes con obesidad central pueden desarrollarse infiltración grasa del miocardio, que después puede evolucionar a fibrosis y deterioro diastólico o sistólico del ventrículo izquierdo” (López y Cortés, 2011 P. 5).

2.5 Obesidad y síndrome metabólico / resistencia a la insulina (RI)

La obesidad abdominal y la resistencia a la insulina “tienen una correlación directa con hipertensión, dislipidemia, niveles elevados de triglicéridos, niveles reducidos de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) de acuerdo con Riobó (2013) todo dentro

de un grupo de factores de riesgo coronario denominado síndrome metabólico o también conocido como síndrome X, para su diagnóstico se utiliza las medidas de cintura, mayor o igual a 85 cm en mujeres y mayor o igual a 90 cm en los hombres, cuando la glucosa en ayunas está alterada (GAA), también se denomina prediabetes, y cuando hay resistencia a la glucosa, o diabetes, esta enfermedad puede afectar al hígado a través de una enfermedad hepática no alcohólica que conduce a un estado inflamatorio agresivo, como expresión del síndrome metabólico, propenso a tumores benignos o malignos” (P. 139).

El alto costo socioeconómico de la obesidad y del síndrome metabólico, es la limitante más importante para lograr atención integral a nivel nacional, “sólo si se previene la obesidad, se abatirán los costos de atención de pacientes con enfermedad cardiovascular o con diabetes que hoy día representan las primeras causas de morbilidad y mortalidad en adultos” (García, Llata de la, Kaufer, Tusie-Luna, Calzada, Vázquez, Barquera, Caballero, Orozco, Velásquez, Rosas, Barriguete, Zacarías y Sotelo 2008 (P, 533).

2.6 La obesidad y la hipótesis sobre el gen ahorrador

Una hipótesis señala, que la obesidad apareció junto con el Homo Sapiens, hace 40,000 años; al respecto Cabrera y pliego (2014) plantean que la selección natural favoreció a nuestros ancestros con una característica metabólica que les permitía resistir las hambrunas y la glaciación, estas ventajas fisiológicas y bioquímicas que favorecían el ahorro de glucosa y la rápida acumulación de la grasa ingerida en el tejido adiposo, revela que el cuerpo humano está diseñado como una máquina excepcional para utilizar la energía, a través de esa etapa evolutiva y la escasez de comida, el organismo acumulaba y podía comer todo lo que pudiera por ejemplo cuando cazaban, los alimentos grasos eran los preferidos para la concentración de energía como depósito calórico para tolerar tanto el frío como el desgaste físico.

Ese genotipo no se ha modificado y es hoy totalmente perjudicial, causando síndrome metabólico debido a que las circunstancias son otras, Campillo (2015) mencionó que con un organismo genéticamente diseñado para gustar de alimentos grasos y calóricos, aunado a que

hoy existe abundancia alimentaria sobre todo de calorías y azúcares, puede explicar quizá que la genética humana influya en el desarrollo de la obesidad, y que en combinación con el sedentarismo, son los responsables del síndrome metabólico, concepto que La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó como síndrome X o Síndrome Metabólico en 1998, éste se ha señalado como el origen de la obesidad y de las enfermedades no transmisibles.

Aunque el gen ahorrador es un planteamiento teórico, pues éste no ha sido identificado, parece que tiene sustento al multiplicarse la obesidad en el mundo, sobre todo al haber abundancia de grasas, azúcares y carbohidratos donde la globalización ha promovido la homogeneización y estandarización de comida calórica aunado al poco desgaste físico que se practica en el mundo.

Al respecto, Torres, (2003) encontró que durante los años (1978, 1984 y 1996) en México no se presentaron cambios alimentarios absolutos, en esos años, la tortilla de maíz seguía presente como parte sustancial de la dieta, aunque esta característica tendía a disminuir debido a la industrialización de los alimentos, esto coincidió con la entrada de México a la globalización de mercados y al neoliberalismo, los datos de 1996, presentaron un incremento radical en el consumo de productos como: cereales, azúcares, harinas, arroz, grasas y manteca, iniciando así el consumo de alimentos embutidos, empacados, enlatados y solubles como la leche, el café y el chocolate. Se observó que en poblaciones urbanas empezaron a presentarse enfermedades crónicas y degenerativas causadas principalmente por el desequilibrio en la alimentación.

Desde los saberes médicos y su formación centrada en la biología, la química corporal y la fisiología, consideran a la obesidad como una enfermedad, generalmente se responsabiliza a las personas por su exceso de peso, asumen que están en alto riesgo de desarrollar enfermedades crónicas que no tienen cura, que lógicamente representan un problema para el sector salud, y un gasto importante para el erario público. Además de que es poco frecuente que las personas con exceso de peso acudan al servicio médico por esa

causa, es decir medidas preventivas o reversibles para disminuir el riesgo de desarrollar enfermedades que deterioren su salud y su calidad de vida.

Una de las causas por las que no se busca apoyo, es principalmente porque la obesidad no presenta síntomas de dolor físico. También en ocasiones, quienes acuden por ayuda, transfieren la responsabilidad a los médicos como los responsables de resolver su exceso de peso, o si tienen padres o abuelos obesos, responsabilizarán a la herencia genética, más que a su forma de vida. Quizá como un problema para asumir algún grado de responsabilidad.

Aunque también habría que considerar que la mayoría de las investigaciones remarcan que el 90% de estas enfermedades se deben a factores ambientales, sociales y comportamentales, más que a aspectos biológicos. Algunos médicos no toman en cuenta el área emocional, social, cultural ni las formas de vida, su formación les lleva a curar cuerpos enfermos, parece que olvidan que detrás del signo o del síntoma hay un ser humano que siente, que piensa y que, en el caso de la obesidad, su corazón puede triplicar su tamaño, teniendo que bombear una gran cantidad de sangre para cubrir todas las áreas de su cuerpo, también en algunos casos roncan, debido a los depósitos de grasa acumulada en el cuello, que comprimen el lumen de la vía aérea, entre otros padecimientos. Su práctica médica los lleva a interrogar, no a dialogar.

Por ello se considera que el tema de sobrepeso y obesidad debe ser abordado desde varias disciplinas del sector salud, en esta investigación se consideró un tema importante conocer su vida cotidiana a fin de proponer medidas donde puedan cambiar los factores de riesgo al practicar mejores hábitos de alimentación, de integración a la actividad física, así como poder expresar sus emociones, así mismo, mediante su narrativa construirse una historia alterna donde no esté presente la obesidad.

3. UN ENFOQUE PSICOLÓGICO DE LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO

Para la psicología, el tema de la obesidad no ha sido ajeno, su interés en conocer las causas que no se limitan únicamente al aspecto biológico, de sobrealimentación, o de inactividad física, sino en áreas que son poco consideradas en el tratamiento del sobrepeso, como son los aspectos emocionales, las dimensiones psíquicas, sociales y culturales, así como acontecimientos en sus historias de vida que crean simbolismos o significados conscientes o inconscientes que pueden desembocar en obesidad.

3.1 La obesidad desde un enfoque sociocultural

Para abordar el problema del exceso de peso, se partió de la psicología sociocultural como uno de los enfoques de la psicología, que admite el desarrollo personal como una construcción cultural, a partir de la interacción con otras personas dentro de un contexto social, mediante actividades compartidas, donde las personas adoptan formas de actuar recurrentes mediadas por el entorno, hasta que nuevas formas de hacer, las reemplazan.

Uno de los creadores de la psicología cultural-histórica rusa, fue Lev Vygotsky s cuya tesis es la estructura y el desarrollo de los procesos psicológicos humanos, de acuerdo con Pérez, Alarcón, Yosseff y Salguero (2011) mediante el desarrollo del pensamiento y lenguaje donde el pensamiento se hace verbal y el lenguaje racional; la mediación cultural es otro de los aportes de esta escuela, el uso de instrumentos como herramientas y signos que permiten entender los procesos sociales; en cuanto al aprendizaje y desarrollo, señalan que el ser humano cultural hace arreglos para que otros se conviertan en seres culturales. Mediante el nivel de desarrollo potencial, donde se enseña a otros como resolver un problema y lo soluciona, otra forma de aprendizaje es, a través de la zona de desarrollo próximo, bajo la guía de un adulto o de un compañero más capaz que le lleve a alcanzar el desarrollo potencial.

Para entender qué es, o como se da una socio cultura, Díaz-Guerrero, (1990) en sus estudios transculturales mediante entrevistas y pruebas psicológicas a personas mexicanas y de otras nacionalidades, encontró muchas de las características y la manera de ser de los mexicanos, por ejemplo al inicio los estudios mostraban lo que se ha dicho, que los mexicanos tienen un complejo de inferioridad, a medida que avanzaba en sus resultados, lo que pudo confirmar es que el mexicano no sabe valorar la importancia del individuo, para esta sociedad lo más importante es la familia que éste forme, o a la que pertenezca. También se creía que los mexicanos son inseguros pero los estudios mostraron que los adolescentes mexicanos se sienten muy seguros emocionalmente siendo parte de una familia, ya que en la familia todos los miembros tienden a ayudarse entre sí. Estos y otros descubrimientos son una muestra de que su forma de ser, sus creencias, sus sentimientos, los simbolismos y los significados están fundamentados y se originan en su cultura.

Una manera de entender una sociocultura es a través de un sistema de premisas socio culturales Para Díaz-Guerrero (1990. p.150-161):

Estas normas y gobiernan los sentimientos, las ideas, la jerarquización de las relaciones interpersonales y los roles sociales que se desempeñan al interactuar dentro de la familia, grupos sociales, instituciones, ya sean educativas, religiosas o gubernamentales. Estas son una manera de percibir a la humanidad, afirmaciones que se consideran lógicas, de tal forma que cuando las personas piensan, sienten o actúan, todas sus acciones se realizan basadas en estas premisas, como mecanismos fundamentales de su función dentro de la mente humana, derivadas de una atmósfera de significado. Su función es equipar a los individuos para una comunicación más fácil y son aprendidas como afirmaciones de la gente significativa de la sociedad o de los grupos familiares, estas perderán aceptación cuando no haya respaldo del grupo por la falta de sentido de las mismas. También hay que tomar en cuenta que toda comunicación humana es cultural y está basada en acuerdos de lo que se comunica.

Si nos avocamos al tema que nos ocupa, las premisas socioculturales respecto a la obesidad son un ejemplo de como el entorno social y la interacción con los otros, influye en el aprendizaje, en las creencias y valoraciones que tienen los individuos y su forma de entender el mundo, justo en estas premisas mucho tienen que ver los estereotipos impuestos por las modas, la publicidad, el culto a la delgadez, donde las personas que no cumplan con las normas o reglas dictadas por los mismos grupos puede ser rechazadas o peor aún estigmatizadas.

Al respecto circulan varias premisas culturales en la mayoría de las sociedades o grupos, que tratan de dar una explicación a la obesidad, de acuerdo con León, Jiménez, López y Barrera (2013) es común que se piense que el peso corporal es responsabilidad del individuo, generalmente se juzga porqué: -Tienen conductas relacionadas con la pereza y la gula; faltos de voluntad -desorden alimenticio; -adicción a la comida; etc. Generalmente se culpabiliza a la persona sin considerar otros factores como el reflejo de una época donde no hay tiempo para cuidar la salud, aunado a los intereses comerciales y un ambiente saturado de comida, empleos sedentarios, uso del tiempo libre para la inactividad entre otros.

Si bien la obesidad tiene mucho que ver con un aprendizaje del grupo familiar y social donde se nace, rodeado de un entorno que influye en la construcción de la obesidad, en una interacción con otros, donde se va adquiriendo el gusto, las preferencias y las conductas que al final se asumirán como propia. Es probable también que estén cumpliendo el deseo del otro, o que aprendieron a comer ante cualquier malestar emocional, es probable que los significados que le dan al exceso de peso no les hagan sentir, que están en riesgo de perder la salud.

Entonces partiendo de una sociocultura habría que entender a la obesidad no solo como un problema individual sino también social. Realizar intervenciones médicas o psicológicas al grupo familiar, donde lo más importante será escuchar a la persona con estas características cómo se percibe, cómo se piensa y cómo se siente mediante su propia narrativa.

3.2. Obesidad desde el psicoanálisis

Si bien los seres humanos se consideran entidades biológicas donde todos somos similares, de acuerdo a Ramírez (2005), que desde otro paradigma como es el psicoanálisis señala que el ambiente y la cultura nos hacen diferentes en cuanto a costumbres, lenguaje, afectos, y gustos, donde al nacer, se tienen muchas necesidades básicas como el hambre, el sueño o el deseo sexual, existen también otras necesidades de amor, ternura, afecto y dependencia, que el menor demanda de la madre, y cuando se ha sobreprotegido o sobre satisfecho un área, en deterioro de otras áreas importantes para el adecuado desarrollo del menor. Estos deseos serán cubiertos de acuerdo a las características del grupo familiar. En muchas ocasiones se enseña a comer en exceso al hijo, tratando de reparar el pasado de privaciones de la madre o de la familia.

3.3 Trastornos psicológicos

Para hablar de los problemas mentales, se inició por la definición de lo que es un trastorno psicológico, también conocido como trastorno mental, o como un patrón de síntomas psicológicos y de comportamiento que afectan varias áreas de la vida y/o crean alguna clase de malestar emocional en la persona que lo padece.

El DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) define un trastorno mental como: *“un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”* (DSM-5, 2014, p. S 8).

Respecto a la obesidad, varios estudios dan cuenta de la relación que existe entre obesidad y salud mental, donde la obesidad puede ser causa o consecuencia de trastornos psicológicos como: baja estima, hábitos alimentarios erróneos, frigidez e impotencia (Alvarado, Guzmán y González, 2005). Ansiedad, depresión (Martínez, Tovilla, López,

Juárez, Jiménez, González y Pool, 2014). Estigmatización social y los efectos emocionales secundarios de la obesidad como son la falta de habilidades sociales, la visión distorsionada del cuerpo, los pensamientos suicidas y el autocastigo (Tamayo y Restrepo, 2014).

3.4 Obesidad y Autoestima

Si se presta atención al dialogo interno, ya sea positivo o negativo respecto a las experiencias vividas y de acuerdo con la evaluación que de ellas se hagan, aumentará la valía y confianza o por el contrario, aumentará la inseguridad y se verá reflejado en la autoestima. Al respecto Branden (2000) afirma que la autoestima tiene dos componentes, un sentimiento de capacidad personal y otro de valor personal, tener una buena estima significa sentirse confiadamente apto para la vida, capaz y valioso, con la sensación de merecer la felicidad, en cambio una autoestima baja, es sentirse inepto, con culpa, con miedo a participar en la vida, desacertado como persona e inseguro. Por otro lado es importante considerar que la autoestima se construye también con lo que dicen los demás de cómo es una persona y de cómo la perciben, proviene principalmente desde la infancia.

La autoestima se divide en baja autoestima y buena autoestima, para Alvarado, et al (2005) la baja autoestima se refiere a aquellas personas que necesitan la aprobación de los demás, ya que suelen tener diversos complejos que pueden ocasionar un sentimiento de inferioridad y timidez en sus relaciones interpersonales. En cambio, la buena autoestima es característica de quienes tienen una buena aceptación de sí mismos además de un equilibrio emocional, que son capaces de disfrutar situaciones sociales, pero también de la soledad, que tienen autoconfianza, menor temor ante los fracasos, pocos pensamientos negativos y buena motivación.

La obesidad puede tener implicaciones e influir en la autoestima de las personas que viven con exceso de peso, e incluso puede ser causa de un desajuste psicológico, dentro de estas implicaciones de acuerdo con los señalamientos de Alvarado et al. (2005), la gente obesa muestra miedos e inseguridad personal, baja estima, frigidez, impotencia, infertilidad,

perturbación emocional, así como tristeza e infelicidad. Se considera que la autoestima es el sentimiento valorativo de la persona, de la manera de ser, de quién se es, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad. También señaló que la obesidad no se puede explicar únicamente desde la genética, sino que está relacionada con una forma de vida de los países industrializados que fomenta una ingesta de alimentos con alto contenido de grasas.

Por el contrario, en su investigación Cárdenas, Alquicira, Martínez y Robledo, (2014) a partir de cuestionarios, destacaron que en un grupo de 100 alumnos universitarios, con edad promedio de 23 años, no se encontraron diferencias significativas entre personas con un peso normal y personas con sobrepeso respecto a los factores emocionales, es decir la obesidad en este estudio no fue detonante de problemas emocionales tales como la autoestima, depresión o ansiedad, por lo que afirman que no hay un perfil psicológico que determine a la persona con obesidad.

En el mismo sentido, uno de los hallazgos que llaman la atención, es lo planteado por Meza y Moral (2011) que, para muchas personas con obesidad, su exceso de peso puede representar una función positiva, ya que es utilizada como mecanismo de compensación para sortear una vida frustrante y estresante, es usado también como mecanismo de adaptación a la realidad externa de la persona.

3.5 Obesidad y emociones

Las emociones juegan un papel importante en los seres humanos, Lange (2001) afirma que son las formas para poder manifestar o expresar nuestro sentir, aunque un mal manejo de ellas, puede también generar trastornos psicológicos e incluso enfermedad, las emociones básicas son el amor, la ira o la rabia, la tristeza, la alegría y el miedo, si bien las emociones básicas negativas no son bien aceptadas socialmente que sean expresadas, acallarlas tampoco es la solución.

En el caso de las personas con problemas de obesidad, las emociones están relacionadas principalmente con la comida. Meza y Moral (2013) resaltan el significado simbólico otorgado a la comida, como una manera de expresar sentimientos que no pueden ser expresados, por ejemplo: una forma de dar amor, de completar una falta, de premiar o castigar, una manera de interacción social. La comida puede también usarse como falta de apoyo familiar cuando la persona obesa trata de bajar de peso, se puede apreciar el tipo de relaciones establecidas dentro de la familia.

El estado emocional de las personas está asociado a los hábitos de alimentación, de acuerdo con Reséndiz, Hernández, Sierra y Torres (2015) se come de manera desproporcionada cuando se está alegre, triste o enojado y cuando se experimenta soledad, frustración o estrés. También se relaciona con una mayor dependencia de los alimentos preparados, comidas rápidas, carencia de frutas y verduras, el aumento en el tamaño de las porciones, el tipo de composición y la calidad de los alimentos, mayor consumo de comida chatarra, dulces y refrescos, con consecuencias “positivas” a corto plazo, hacen que los hábitos de alimentación no adecuados se mantengan, y satisfagan las necesidades o placeres a corto plazo. También resaltaron que las mujeres mostraron una mayor tendencia a sentir “culpa o tristeza después de comer”, “sentirse estresadas debido a la manera de comer”. Y los hombres a “tomar refresco”.

Emociones que pueden incluso llevar a los trastornos alimentarios como lo menciona Abramson (1999) que la falta de lazos sociales, la soledad en momentos críticos, la ansiedad a veces causada por las dietas o por el consumo de comida calórica, el aburrimiento, la falta de estímulo, la ira, las tensiones de pareja, la infidelidad, la crisis en el hogar como el desempleo, la tensión financiera, deudas, estrés, el divorcio y la depresión, son problemas emocionales que impactan al ser humano y que muchas veces le llevan a comer de más, éste fenómeno es más frecuente en las mujeres que en los hombres. Sostiene, además, que las dietas pueden ser autodestructivas, ya que generan emociones negativas como vergüenza, culpa y auto-recriminación por el fracaso.

También los eventos importantes de la vida, así como los problemas cotidianos pueden desencadenar emociones negativas que conducen a la ingesta emocional. Tamayo y Restrepo, (2014) indican que la depresión aparece debido a que la obesidad genera la ridiculización y condena de sus víctimas. Durante la infancia y la adolescencia la actitud social negativa hacia los obesos puede generar tristeza o rabia, derivada de la discriminación, los efectos emocionales secundarios más comunes de la obesidad son: la falta de habilidades sociales, la visión distorsionada del cuerpo, los pensamientos suicidas y el autocastigo”

3.6 Obesidad e imagen corporal

El cuerpo es en la actualidad tema de estudio de distintas áreas como: la sociología, la psicología, el arte, la comunicación, y la medicina, según lo encontrado por Silva (2013) el cuerpo se ha convertido en un objeto de deseo y contemplación de una sociedad narcisista y mercantilista, donde la apariencia física es capaz de construir impresiones y proporcionar información para los otros a partir de la percepción, por ello, lograr un cuerpo sano, y atractivo es un objetivo de muchas sociedades, aunque cabe resaltar que la percepción del cuerpo del otro cambia, de acuerdo con los aspectos sociales y culturales.

En su estudio sobre la percepción del cuerpo, Silva (2013) utilizó cinco imágenes de siluetas femeninas entre ellas la silueta oval, con mayor concentración de grasa en la cintura, esto llevó a los entrevistados a considerarla gorda y desagradable, la falta de una cintura delineada y la concentración de grasa en el abdomen hizo que la perciban como inactiva e indisciplinada, además de reflejar el menosprecio por su propia imagen corporal. La figura con una cintura bien definida y medidas proporcionadas fue la más aceptada, aunque fue catalogada también de manera negativa, como una persona superficial, artificial que se ocupa demasiado de su cuerpo.

La imagen corporal es una construcción psicosocial, de acuerdo a Meneses y Moncada (2008) se interrelaciona con la percepción, con aspectos emocionales y conductuales, ya que evitar escenarios donde se muestre el cuerpo desnudo o semidesnudo,

como playas, gimnasios, piscinas etc. usar ropa entallada que resalten algunas zonas del cuerpo o bien que las cubra, son conductas que tienen que ver con el autoconcepto, con el nivel de satisfacción y la manera de percibir el cuerpo. Para las personas con la imagen corporal distorsionada, no coincide la percepción que tienen del tamaño o la forma de su cuerpo con la realidad, esto entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal.

Una percepción distorsionada puede ocasionar trastornos y desórdenes alimentarios e insatisfacción corporal, es frecuente que sientan vergüenza y estén inconformes con su cuerpo, ese malestar lo viven tanto en público como a solas. Así mismo, en su investigación Meneses y Moncada (2008) evaluaron mediante escalas, la satisfacción con la imagen corporal actual y deseada, en 126 universitarios, 44 hombres y 82 mujeres, encontraron que las mujeres están más insatisfechas con su imagen corporal que los hombres, y buscan cambiarla, mientras que los hombres dijeron estar de acuerdo con su imagen actual. Resaltaron que este trastorno no es exclusivo de mujeres y que la valoración es distinta para ambos sexos, mientras ellas quieren adelgazar, a ellos les gustaría tener más músculo.

Otros trastornos mentales severos que tienen su origen en la Insatisfacción de la imagen corporal según datos del Servicio de Salud de Castilla la Mancha (2014) son: La Vigorexia (adicción a la actividad física y consumo de esteroides); Megarexia (obesos desnutridos, que no se perciben obesos) Ortorexia (obsesión por la comida sana, excluye de su dieta las carnes y las grasas); Pica (comen sustancias no aptas para consumo humano, como pasta dental, yeso, barro, colillas entre otros); Diabulimia (el enfermo de bulimia omite o manipula sus inyecciones de insulina para perder peso) es importante mencionar que algunos de los trastornos de la conducta alimentaria son potencialmente mortales.

EL deseo por adelgazar que hay en algunas mujeres, quizá tenga que ver con la imagen del cuerpo ideal que impone la sociedad y los medios de comunicación, en su intento por perder peso pueden desarrollar trastornos psicológicos que les lleve a la bulimia, anorexia nerviosa u otros que pongan en riesgo su salud. También la economía puede verse afectada al tratar de construirse un cuerpo ideal mediante cirugías, tratamientos reductivos y estéticos,

o una sobre exigencia de ejercicio en gimnasios y deportivos. Así mismo, la comparación entre la imagen ideal y la imagen percibida se ve reflejada en el sentimiento valorativo de ser o no atractiva y que ha sido impuesta por la sociedad en la que vives.

3.7 Obesidad y estigma social

Inaceptables, inferiores, devaluadas discriminadas así son tratadas las personas estigmatizadas que no encajan en categorías creadas por el entorno, por una sociedad que vulnera la identidad. De acuerdo con Goffman (2006) hay tres tipos de estigma, el que hace referencia al cuerpo y a sus defectos físicos, otro que hace alusión a los defectos de carácter (falta de voluntad, de honestidad), el tercero referente a lo tribal (raza, religión).

Uno de los riesgos que Goffman (2006) advierte es que la persona estigmatizada puede estar dispuesta a realizar situaciones extremas y con ello puede ser víctima de aquellos que ofrezcan quitar su “defecto”. También puede intentar corregir su condición en forma indirecta, desarrollando otras capacidades que serían inaccesibles para quienes posean su “defecto”. O bien que utilice su condición para obtener beneficios secundarios, como justificación y excusa por la falta de éxito, que sufre a causa de otras razones.

Los prejuicios han sido evidentes, al descalificar a las personas con obesidad de todas las edades incluyendo niños, Para De Domingo y López (2014) han sido juzgadas a partir de ideas o creencias negativas y juicios despectivos como indisciplina, desidia, ociosidad etc. También sufren discriminación en escuelas, en el área laboral, en las relaciones interpersonales, e incluso con los profesionales de la salud. La obesidad también ha sido motivo de discriminación y se ha presentado en ambos géneros, pero afecta tres veces más a las mujeres que a los hombres, en algunas sociedades, son las mujeres quienes tienen menores posibilidades laborales, menor ingreso, menores niveles educativos, menos probabilidad de tener pareja que los hombres, e incluso que las mujeres con peso normal.

El estigma social contra las personas con exceso de peso puede derivarse de los estereotipos negativos, que de acuerdo con Baile y González (2013, p.34) se refleja en ideas como: “son personas perezosas, con pobre fuerza de voluntad, falta de autodisciplina poco inteligentes”. Así mismo a la persona obesa se le responsabiliza por comer mucho, porque no sabe comer o porque no quiere comer saludablemente, por su exceso de grasa y su falta de voluntad (León, Jiménez, López y Barrera 2013). En cuanto a niños y adolescentes con esta condición, también se reportan consecuencias como: marginación, bullying, bajo rendimiento escolar, limitaciones funcionales tanto físicas como psicosociales (Reyna, 2012).

3.8 La obesidad y la adicción a los alimentos

Aunque ciertamente la obesidad no se incluyó en la última revisión del DSM-5, para el diagnóstico de dependencia, para Basurte y Szerman, (2016) existen síntomas y comportamientos similares a las personas con un trastorno por consumo de sustancias, como son el deseo, el uso compulsivo, la tolerancia, el síndrome de abstinencia, el autocontrol y la recompensa, asociados a los sistemas neuronales, sin embargo todavía no se tiene evidencia que demuestre que un alimento específico produzca adicción, en cambio, se ha relacionado la conducta alimentaria patológica, con la pérdida de la capacidad de regular el consumo de alimentos altamente procesados.

Aunque el chocolate puede producir efectos similares a los producidos por la marihuana, de acuerdo con Dotto, (2017) éstos serán en menor medida, el deseo de comer chocolate de manera frecuente tiene que ver con el neurotransmisor dopamina, implicado en el desarrollo de las adicciones y el circuito placer-recompensa, el efecto tanto del chocolate como de la marihuana, activan ciertas sustancias que actúan en el sistema cannabinoide del cerebro como la anandamida sustancia que se encuentra de manera natural en el cerebro, con el consumo de chocolate se elevan sus niveles y se estimula la sensación de placer, bienestar, relajación y alivio del dolor. Participa además en la regulación de hambre y saciedad.

Así mismo, al consumo frecuente de alimentos procesados, los científicos le han llamado conducta adquirida, de acuerdo con Basurte y Szerman, (2016) estos productos son ricos en carbohidratos refinados, grasas, sal, azúcares y cafeína, etiquetados como adictivos, sus propiedades podrían hacer que las personas susceptibles desarrollen una adicción a esos alimentos gratificantes sobre todo en la combinación de azúcares, sal y grasa como reforzador de la adicción a la comida procesada y que pueden incidir en la prevalencia significativa de la obesidad en la población.

La boca entera se ve gratificada por el azúcar, de acuerdo con Moss (2016) la lengua, el paladar y en cada una de las diez mil papilas gustativas existen receptores que detectan los sabores, salado, ácido, amargo y en especial el dulce, que están conectados a las partes del cerebro conocidas como zonas del placer, aunque últimamente se identificó que también había relación con el estómago y el páncreas, ligados con el apetito, la industria alimentaria sabe que el azúcar es irresistible, por ello la utiliza tanto en la comida como en las bebidas ya sea que provenga de la caña de azúcar, la remolacha o el jarabe de maíz.

Si además se agrega sal y grasa, tenemos los tres componentes adictivos. Moss (2016) resalta que en los años setentas, investigadores realizaron un experimento con ratones para estudiar los mecanismos cerebrales que subyacen al deseo por los alimentos calóricos, la fórmula que utilizaron para su experimento fue el tipo de dieta. Encontraron que después de alimentarlos con galletas, leche condensada, y barras de chocolate, fueron incapaces de resistirse a lo dulce y a las pocas semanas estaban obesos.

Si bien, la comida chatarra son alimentos con poco valor nutricional, que contiene grandes cantidades de azúcares, harinas, grasas y sal, que se encuentran en botanas, refrescos, pastelillos, dulces y cereales refinados, para Oliva y Fragoso (2013) este tipo de alimentación concentran muchas calorías, se vuelven perjudiciales cuando se convierten en un hábito, ya que el exceso de energía trae como consecuencia el sobrepeso y la obesidad, señalan que si se comieran de forma esporádica no producirían riesgos para la salud.

Si este tipo de alimentación es de consumo frecuente quizá se ha desarrollado una adicción, de acuerdo con Prospero (2014) parece que es inevitable que los humanos en su búsqueda de la felicidad caigan en el terreno de las drogas y las adicciones como un atajo al placer y a la felicidad. También es conocido que la censura hacia las personas que son dependientes de las drogas, no se hace esperar, generalmente se les acusa de ser débiles y faltos de voluntad, sin considerar que ellos, poco pueden hacer por evitar caer en el uso cuando han desarrollado una dependencia a ciertas sustancias, cuando su cerebro vulnerable ha modificado sus funciones cerebrales. Así mismo, en el terreno de la obesidad, algunas personas con exceso de peso reciben los mismos adjetivos por su manera comer y por el volumen de su cuerpo.

El cerebro también genera drogas, Prospero (2014) menciona que dentro de los neurotransmisores están las endorfinas, los endocannabinoides, acetilcolina, dopamina y noradrenalina que se asemejan a la morfina, cannabis, nicotina y cocaína respectivamente, además existen otras que el cuerpo sintetiza llamadas exorfinas que se liberan por la leche materna, y la caseína derivado de la leche de vaca, el chocolate es considerado como la marihuana por sus efectos y la sensación de placer y bienestar,, otros se encuentran en el trigo con el gluten, el arroz y las espinacas que contienen morfina. Así el cerebro reconoce los estímulos naturales para la sobrevivencia humana, gratos y placenteros como el comer, beber, el sexo, el arte, las relaciones interpersonales, los logros ya sean económicos, intelectuales o deportivos, ya que activan las fuentes de placer a través de las vías de recompensa.

También ocurre lo mismo con las sustancias de abuso que desencadenan satisfacciones psíquicas y psicológicas en el individuo. Prospero, (2014) en cuanto al síndrome de abstinencia, destaca que cuando la persona ha desarrollado dependencia y está dominado por la adicción, la ausencia de la droga le provoca síntomas físicos como taquicardias, sudoración, hiperventilación, dolor de cabeza, o ansiedad, si la dependencia es fuerte, el síndrome de abstinencia puede ir acompañado de convulsiones u otros síntomas que ponen en riesgo su vida,

Al parecer el síndrome de abstinencia también se presenta en los adictos a la comida calórica, según Jampolis, (2011) ante la prohibición o cambio de régimen alimenticio, el organismo entra en crisis de estrés y de ansiedad, generando hormonas de cortisol y adrenalina, es por este síndrome que la mayoría de las personas obesas rompen el régimen y consumen nuevamente la comida que les ha llevado a ganar peso, para aliviar la abstinencia, el pico de secreción de insulina que provoca la ingesta, contrarresta el cortisol, la hormona del estrés que hay que superar.

En conclusión, se encontró que en diversos estudios de psicología se les atribuyen a las personas con exceso de peso, características casi siempre negativas, por ejemplo: carente de autoestima, de voluntad y de motivación. Si bien es cierto que no se puede generalizar ni sugerir que las personas con obesidad sufren de baja estima, tampoco podemos asegurar qué fue primero si la obesidad o la baja estima, sobre todo si no hay evaluaciones psicológicas previas, por lo tanto es importante considerar que los estudios realizados solo son indicadores de la relación existente entre obesidad y trastornos psicológicos, pero no son exclusivos de personas con exceso de peso, o ¿acaso las personas con normo-peso están a salvo de tener baja estima?

No todas las personas con obesidad o sobrepeso son personas perezosas, en ocasiones es estigmatizada por un entorno poco favorable, que le demanda estándares socioculturales de salud, belleza, conocimiento y de imagen, al verse imposibilitada para cubrir tantas demandas, quizá opten por desarrollar otras capacidades como bailar, cantar, tocar algún instrumento musical, desarrollar el sentido del humor o el intelecto, quizá, así puedan justificar su exceso de peso resaltando otras virtudes y dejen de pelear con el peso de su cuerpo en un intento de aceptación

De mejorar la autoestima, las adicciones, la estigmatización no causaría ningún impacto en la persona con sobrepeso, el mayor sufrimiento es quizá la falta de auto-aceptación y de amor propio. Se esperaría que los psicólogos puedan intervenir y generar procesos de cambio, donde la persona con exceso de peso, asuma una trayectoria posible y

pueda integrarse a actividades grupales, como el baile, donde está presente la motivación, el contacto y las relaciones afectivas con otras personas, que puedan desarrollar habilidades sociales. Encontrar beneficios en el ejercicio que quizá no han tomado en cuenta, como: disminuir el estrés, la fatiga, la ansiedad, la irritabilidad, mantenerse alejado de las enfermedades crónicas, mejora la autoestima, la competencia y el logro, además de generar endorfinas que producen felicidad.

Objetivo

Explorar un conjunto de significados, creencias y subjetividades de las personas que viven con obesidad o sobrepeso

Pregunta de investigación

¿Por qué, a pesar de tantas investigaciones científicas, diversas estrategias, programas, y campañas gubernamentales para prevenir o disminuir el problema de la obesidad y sobrepeso éste sigue en aumento?

Hipótesis de investigación

H1 La obesidad y el sobrepeso son considerados como enfermedad por las personas que la padecen.

H2 Afecta su vida cotidiana ésta condición.

H3 Existen opiniones externas o aspectos positivos que van reforzando la conveniencia de mantenerse con sobrepeso u obesidad.

H4 Existen diferencias de género respecto a la obesidad.

MÉTODO

Participantes

Se seleccionaron tres participantes que viven con obesidad de una base de datos conformada por entrevistas conversación, realizadas previamente a personas que presentaban algún padecimiento o alteración en su salud. Dos personas de sexo masculino y una de sexo femenino, quienes cubrieron los criterios de ser mayores de 15 años y tener sobrepeso u obesidad.

De acuerdo con los criterios de la APA (sexta edición, 2012) se conservó el anonimato de las personas, por lo que se usaron pseudónimo que nada tienen que ver con sus nombres reales para proteger su identidad.

Caso número 1:

JM de 17 años de edad, soltero, estudiante de bachillerato, pesaba 124 kg, medía 1.80 m, a los 11 años desarrollo su exceso de peso, vivía con su papá y hermana de 22 años en la Ciudad de México, al momento de la entrevista.

Caso número 2:

LC de 34 años de edad, soltero, Vivía solo, contaba con un negocio de internet, con horario laboral de 6 am a 9 pm L-V, pesaba 155 kg, no se obtuvo el dato de la talla, desde los primeros meses de vida desarrolló obesidad. Se encontraba viviendo en el Estado de México, al momento de la entrevista.

Caso número 3:

HM de 22 años de edad, soltera, estudiante de derecho, al momento de la entrevista trabajaba en un Call Center de 15 a 21 horas, vivía en la Ciudad de México con su papá y su hermano, respecto a su peso y talla no se obtuvo el dato, sólo que después de haber bajado 10 kilos era talla 40, o XL. Desarrollo obesidad desde pequeña, cuando iba a la primaria, también en esa etapa se volvió anoréxica, volviendo a subir nuevamente de peso.

Procedimiento

Se llevaron a cabo varias entrevistas por participante, el número de sesiones varió de entre 3 y 8, la duración fue desde 30 minutos hasta 1 hora con 3 minutos por cada sesión. El total de tiempo de la entrevista a nivel individual fue el siguiente: en el caso de JM la duración fue de 5 horas con 5 minutos, con LC de 2 horas con 24 minutos y para HM fue de 4 horas con 16 minutos, haciendo un promedio general de 5 entrevistas por participante de 46 minutos cada una.

El formato utilizado fue entrevista a profundidad, cada una de las sesiones fueron grabadas, al igual que el consentimiento informado con la aceptación de los participantes, también se explicó de manera detallada el uso que se le daría a la información obtenida. Éstas, fueron dirigidas y llevadas a cabo por seis entrevistadores, cinco de sexo femenino y uno de sexo masculino, dos por cada participante. Los entrevistadores invitaron a cada uno de los participantes a describir con el mayor detalle posible sus vivencias, esto les permitió conocer al ser humano en todas sus áreas y no únicamente como portador de obesidad.

Se comenzó por analizar la información, se escucharon las audio-grabaciones de todos los participantes, esta actividad se repitió aproximadamente diez veces por cada sesión, la primera vez, se escucharon todas las entrevistas para conocer como abordaron los entrevistadores el problema de obesidad, e identificar los tópicos de conversación, las siguientes veces, fueron para transcribir parte de su discurso, sin dejar de considerar que las narraciones no son lineales, que surgen un montón de relatos que se entremezclan entre sí, donde el eje tiempo también cuenta para comprender los significados del relato, por ello, esta práctica exigió mayor cuidado para su clasificación, posteriormente se trató de dar sentido a toda la información, se dividió en fragmentos de conversación tratando de hacerla manejable, éstos se plasmaron en columnas, para conformar los tópicos.

Mediante análisis y criterios de selección, una vez obtenidos los tópicos, se identificaron palabras o frases ilustrativas que pudieran servir de citas textuales, a medida

que el proceso de selección continuaba, fueron surgiendo los conceptos, que finalmente dieron origen a las categorías y sub-categorías, mismas que se fueron transformando y recodificando hasta hacerlas más explícitas, una vez codificado todo el material, se volvieron a escuchar las entrevistas completas, esta vez para trabajar en la interpretación de los significados, las semejanzas y las diferencias de los tres casos y poder así caracterizar sus formas de vida. Este trabajo se realizó en un lapso de tiempo aproximado de seis meses.

- El trabajo previo que se realizó con la información obtenida y de acuerdo con Braun y Clarke, (2006), Se pudo Identificar, organizar y analizar en detalle las frases o palabras que dieron origen a los temas o categorías que permitieron una mejor comprensión e interpretación del sobrepeso y la obesidad.
- Así mismo, para este proyecto se utilizó la técnica de Análisis Semántico, una vez que las categorías fueron creadas, que de acuerdo con Marceliano, (2017) el Análisis Semántico:

Se identifican las palabras o frases más frecuentes en los relatos de las personas, los cuales han sido previamente categorizados a partir del análisis de comparación constante. Estas nos enseñan el sentido del relato y a partir de ellas se configura el significado que le otorgan las personas a las formas de vida. Mediante la creación de figuras en donde se condensan las palabras y se estructuran de acuerdo al tópico al que se está haciendo referencia (p.51).

RESULTADOS

Los resultados se presentaron mediante un análisis temático de donde se obtuvieron las seis categorías (Ver tabla 2) y mediante un análisis semántico, que dio origen a las figuras las cuales muestran el sentido de su relato para cada uno de los tópicos o categorías, seis figuras para cada uno de los participantes, cabe mencionar que en el caso de HM, se omitieron las categorías *Tradiciones culinarias en la familia* y *Estética corporal en la familia*, por ser hermana de JM y pertenecer a la misma familia.

Análisis Temático

Mediante este análisis se realizó la creación de categorías, que para todos los casos fueron comunes. Se encontró que éste análisis es el que permitía una mejor exposición de los datos obtenidos para este objeto de estudio.

En la tabla 2 se presentan las categorías obtenidas a partir de los tópicos que surgieron de las narraciones de los participantes y que fueron utilizadas en los tres casos.

Tabla 2. *Categorías y sus criterios de selección utilizados para todos los casos.*

CATEGORÍA	CRITERIOS DE SELECCIÓN
Alimentación	-Cómo es su alimentación en la vida cotidiana.
Tradiciones culinarias en la familia	-La selección de la alimentación y la forma de preparación se basa en los sabores, gustos y los hábitos aprendidos en la familia.
Cuerpo	-No están implicados con la forma de su cuerpo, no hablan de su exceso de peso
La Estética corporal en la familia	-En el ámbito familiar existen frases u opiniones que van reforzando la conveniencia de mantenerse Obeso. -No existe crítica por el tamaño de su cuerpo. -No hacen visitas médicas de prevención al sector salud.
Relaciones interpersonales	-Relaciones sociales, y significativas
Sedentarismo/Tecnología	-Evitación de actividad física -Uso de las nuevas tecnologías como factor de Obesidad.

Análisis Semántico para el Caso 1. JM

Mediante la creación de figuras que condensan las palabras y dan estructura a su discurso las siguientes figuras fueron el resultado del análisis semántico obtenido para las categorías de *Alimentación* figura 7; *Tradiciones culinarias en la familia* figura 8; *Cuerpo* figura 9; *Estética corporal en la familia* figura 10; *Sedentarismo/Tecnología* figura 11; *Relaciones interpersonales* figura 12, del participante JM.

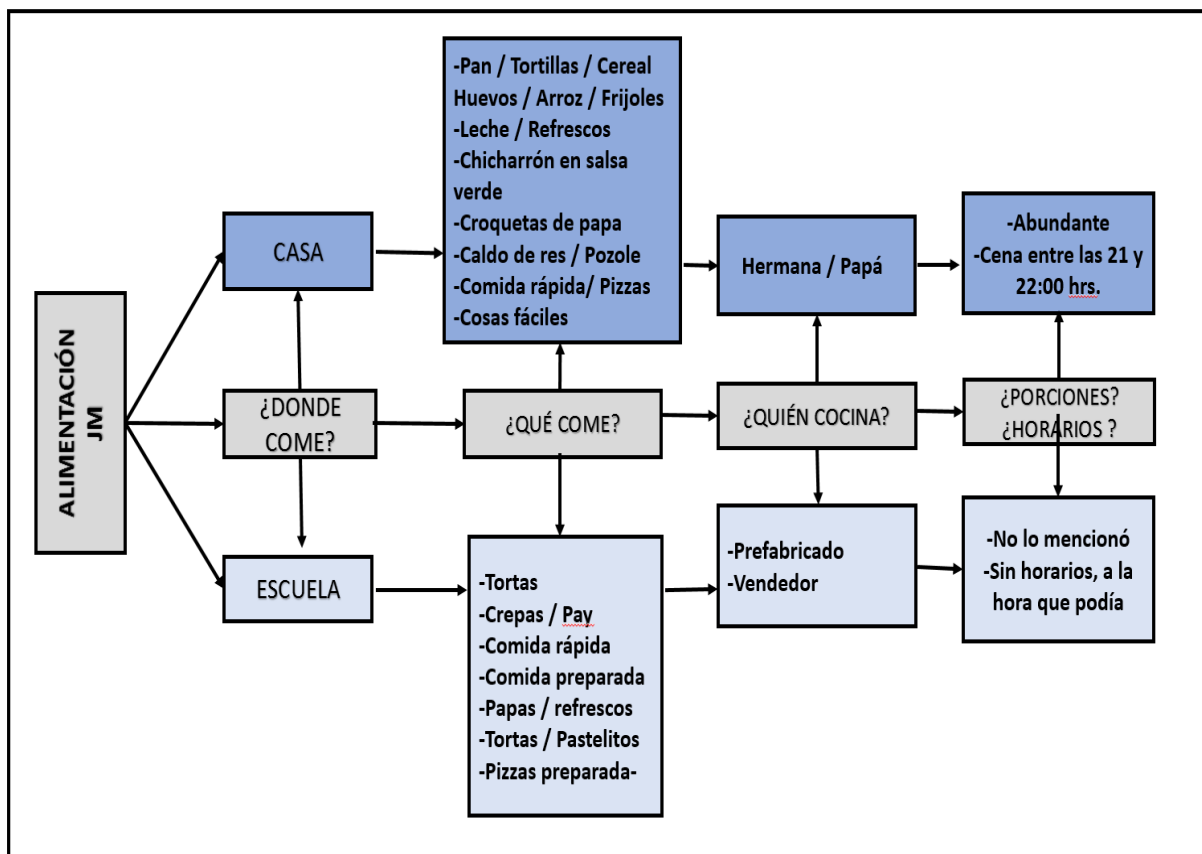


Figura 7. Análisis semántico de la categoría “Alimentación”. Para el caso JM.
La lectura inicia con el recuadro de la izquierda

El criterio de selección utilizado para la categoría “Alimentación” fue conocer cómo se alimentaba en la vida cotidiana, para esquematizar sus relatos se dividió en dos subcategorías, “Casa” y “Escuela”, identificadas como los lugares donde pasaba la mayor parte de su tiempo. Se creó también una ramificación al centro de ambas, ésta contiene los factores relacionados con sus hábitos en torno a la alimentación por ejemplo, saber dónde comía, el tipo de alimentación que consumía, el tamaño de las porciones, los horarios, y quien cocinaba, estos datos se consideraron importantes porque generalmente depende de quién está a cargo de elegir los alimentos la combinación de los diferentes grupos, la forma de prepararlos, así como la calidad de los productos utilizados para su elaboración, todos estos son factores que pueden influir en la ganancia de peso.

En la ramificación superior se abordó la subcategoría “Casa”, en esta se describe las elecciones que hizo respecto a la alimentación, a los horarios, se encontró que el único que era fijo fue la hora de la cena, ésta se llevaba a cabo después de las 21 horas, cuando llegaban a casa el resto de la familia, la relación estuvo mediada por la comida, generalmente cenaban el guisado que se había preparado para la comida de medio día, el tamaño de las porciones era abundante y quién estuvo a cargo de la preparación era su papá o su hermana.

La subcategoría “escuela”, se ubicó en la ramificación inferior, ésta se identificó como el segundo lugar donde pasaba varias horas, en sus relatos mencionó el tipo de alimentación que consumía fuera de casa, generalmente era comida procesada, comprada en la tienda o en la calle, el control de los productos para su elaboración y la forma de preparación no estuvieron bajo su cuidado, tampoco los horarios de comida fueron fijos, estos se llevaron a cabo a la hora que pudo y no mencionó el tamaño de las porciones.

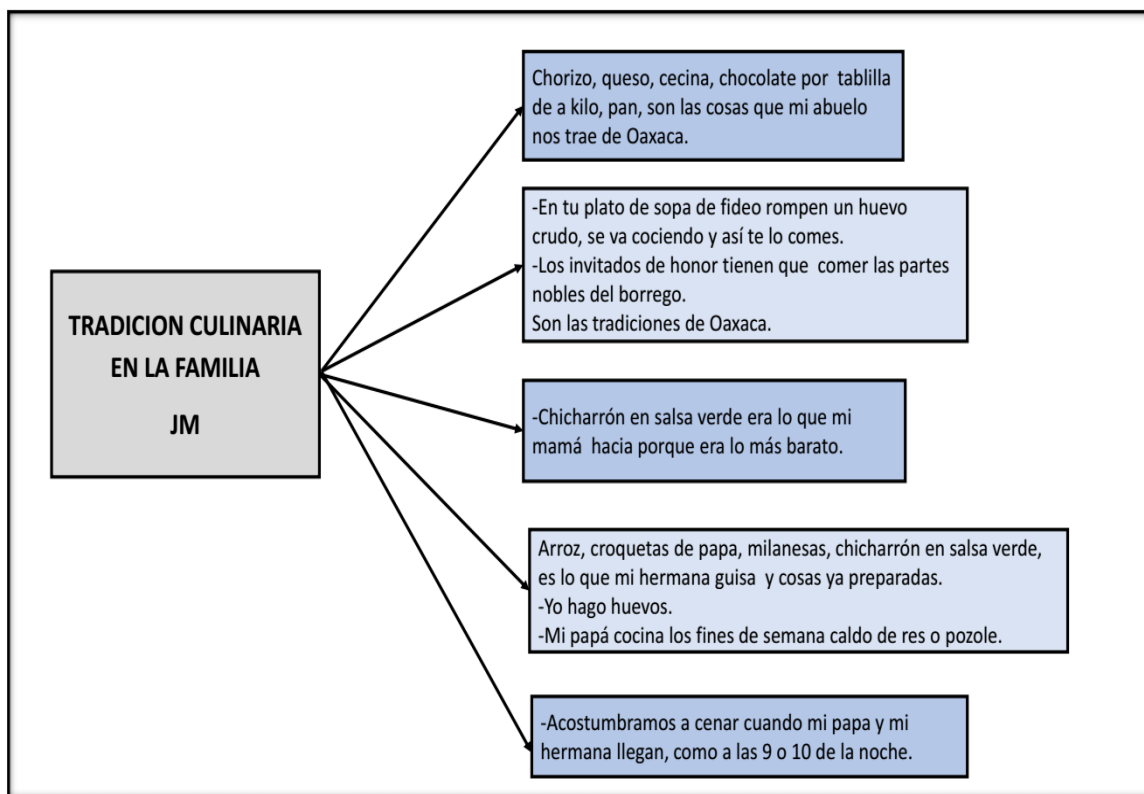


Figura 8. Análisis semántico de la categoría “Tradición culinaria en la familia”. Para el caso JM.
La lectura inicia con el recuadro de la izquierda

El criterio que se utilizó para la categoría “Tradicición culinaria en la familia”, fue que la selección de la alimentación y la forma de preparación, se basó en los sabores, gustos y los hábitos aprendidos en la familia, más que en la nutrición, se seleccionó por ser uno de los tópicos que surgió a lo largo de su discurso y porque la influencia que tiene la familia en la manera de alimentarse y en la forma de preparar los alimentos, se transmiten y se repiten por generaciones, éstas generalmente no son cuestionadas.

No se utilizaron sub categorías, sólo se tomó parte de sus relatos para esquematizar el tipo de comida que tradicionalmente se prepara en casa, los gustos, los sabores y los alimentos que disfruta. Es también aquí donde se condiciona al hipotálamo respecto al tipo de alimentación.

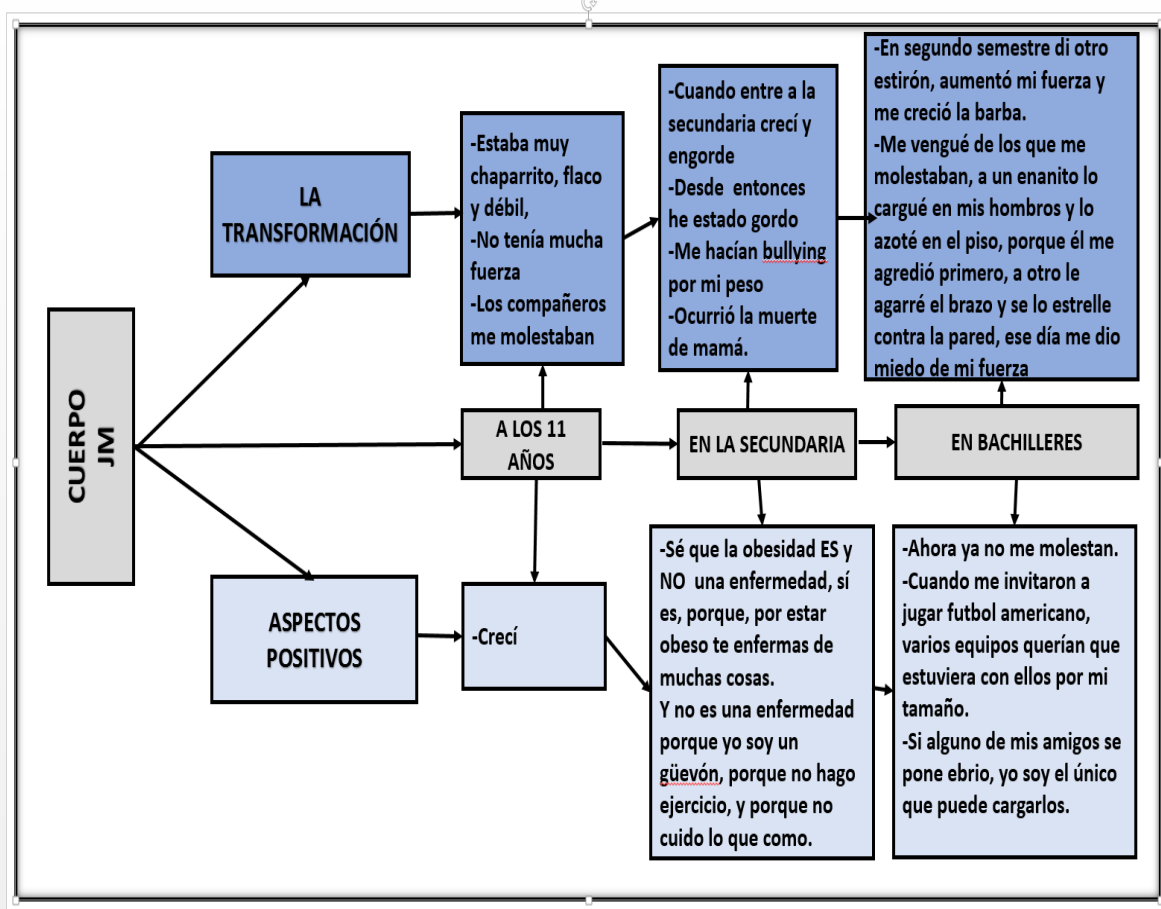


Figura 9. Análisis Semántico para la categoría “Cuerpo” para el caso JM

La lectura inicia en el recuadro de la izquierda

Para la selección de la categoría “Cuerpo” y de acuerdo con su narrativa, dio cuenta de qué aspectos conforman este tópico, se encontró que el tamaño de su cuerpo no le generó conflicto, e incluso JM consideró tener ventajas cuando su cuerpo creció, por ello se creó la subcategoría “Aspectos positivos” en la ramificación inferior.

Otra de las dos subdivisiones se denominó “La transformación” en la ramificación superior, en ella describió cómo en su trayecto de vida fue percibiendo su exceso de peso, el cual se expresó a lo largo del análisis semántico. Al centro de ambas, se creó otra ramificación, la cual se dividió en periodos de tiempo, así mismo se especificaron los lugares específicos señalados por él, como el antes y el después de la obesidad.

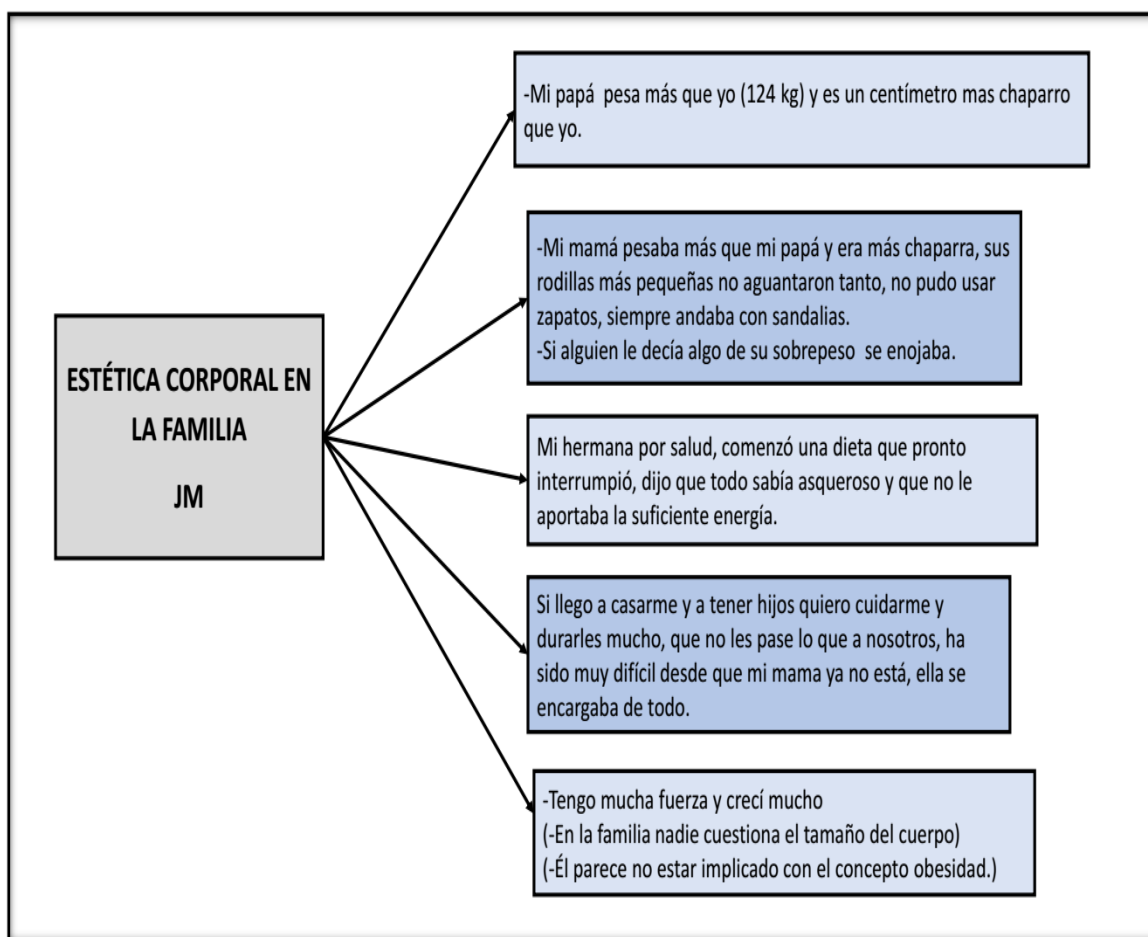


Figura 10. Análisis Semántico para la categoría “Estética corporal en la familia” para el caso JM
La lectura inicia en el recuadro de la izquierda

El criterio que se dio a ésta categoría “Estética corporal en la familia” fue que en el ámbito familiar han existido frases u opiniones que van reforzando la conveniencia de mantenerse obeso. Por ello se consideró importante, resaltar que, de acuerdo con esta categoría, toda su familia padecía obesidad, aunque de esta característica no se habló específicamente como un problema dentro del núcleo familiar. Parecía que no estaban implicados con su cuerpo ni con el riesgo que la obesidad representaba. En este caso, se consideró que es común que la familia proteja, encubra e incluso fomente la obesidad.

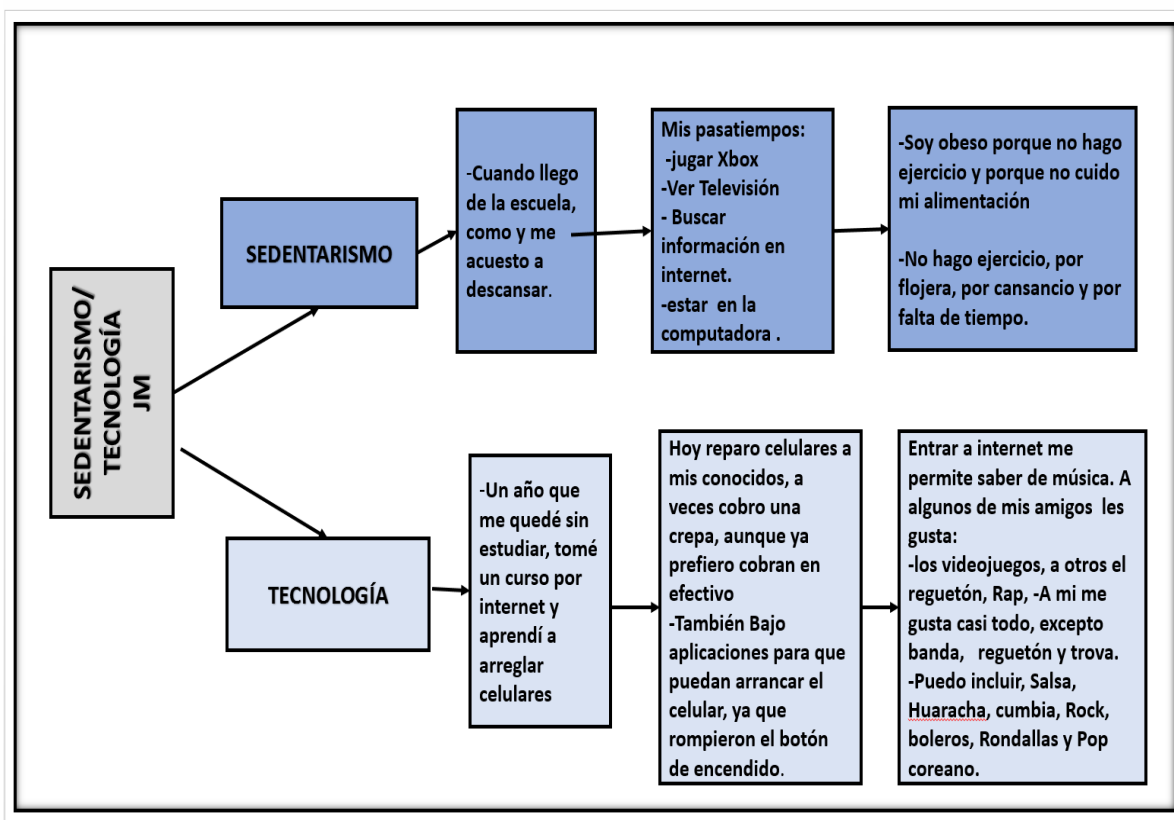


Figura 11. Análisis semántico de la categoría “Sedentarismo/tecnología” para el caso JM

La lectura inicia por el recuadro de la izquierda

Para ilustrar esta categoría “Sedentarismo/tecnología” y los aspectos que conformaron sus criterios fueron, la evitación de la actividad física en la subcategoría denominada “Sedentarismo” otro de los criterios fue, el uso de las nuevas tecnologías como factor de obesidad, aplicado a la subcategoría “Tecnología” se encontró que la combinación de ambos factores se ha convertido en una práctica común que puede fomentar la obesidad.

La ramificación superior dio cuenta, de cómo JM en las actividades que realizaba, lo hacía sentado o acostado, sin gran movilidad, no estaba interesado en realizar actividades físicas como hacer ejercicio o caminar, explicó que, por cansancio, por flojera o por falta de tiempo. Aun sabiendo que estas prácticas le han llevado a ganar peso, parece que saber no es suficiente para hacer cambios

En la ramificación inferior, la subcategoría “Tecnología” dio cuenta que pasaba muchas horas sentado frente a la computadora, televisión, tableta o celular, estos medios tecnológicos ocupaban la mayor parte de su tiempo, tanto de estudio como de recreación.

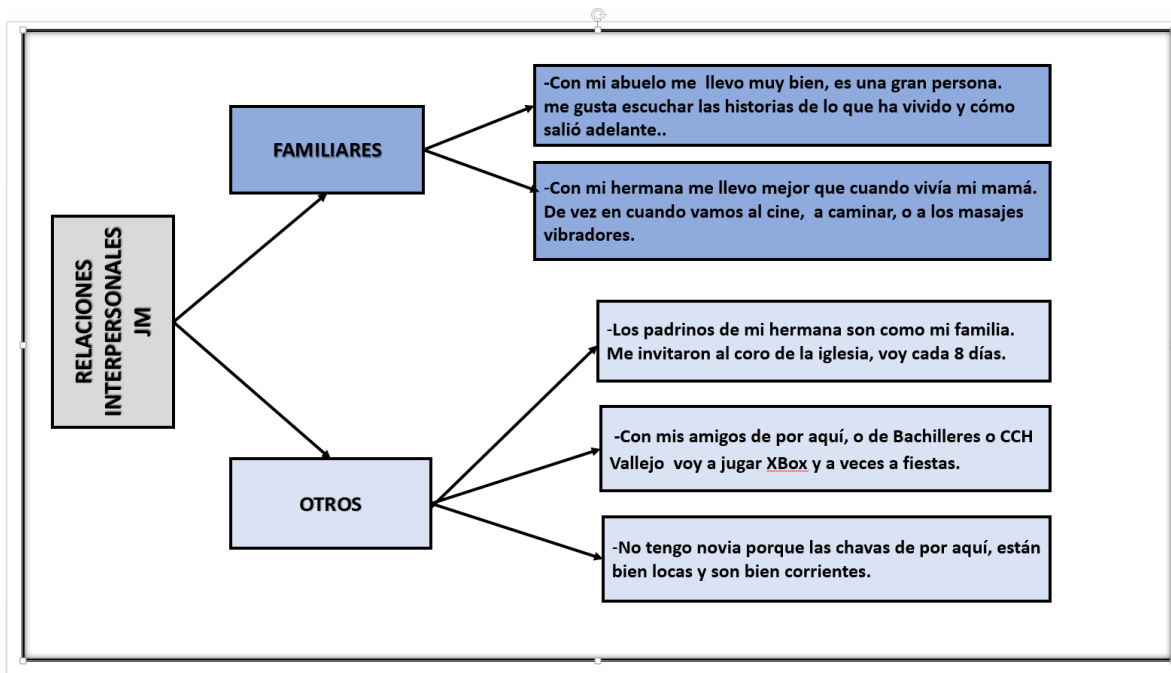


Figura 12. Análisis semántico de la categoría “Relaciones interpersonales” para el caso JM

La lectura inicia por el recuadro de la izquierda

En esta categoría “Relaciones interpersonales” el criterio utilizado fue tratar de identificar las relaciones significativas ya sea en la familia o con otros. se dividió en dos subcategorías denominadas “Familiares” y “Otros” En la ramificación superior se describen las relaciones dentro del núcleo familiar, existiendo relaciones significativas, como es la relación con su abuelo paterno a quien JM, quiere y admira, así como la relación con su hermana.

En la ramificación inferior se ilustra la subcategoría “otros” donde JM ha tenido una vida social activa, al respecto narró actividades con varios grupos de amigos y otros parientes como padrinos, de distintos entornos.

Análisis Semántico para el Caso 2. LC

Mediante la creación de figuras que condensan las palabras y dan estructura a su discurso las siguientes figuras fueron el resultado del análisis semántico obtenido para las categorías de *Alimentación* figura 13; *Tradiciones culinarias en la familia* figura 14 *Cuerpo* figura 15; *Estética corporal en la familia* figura 16 *Sedentarismo/Tecnología* figura 17; *Relaciones interpersonales* figura 18, del participante LC.

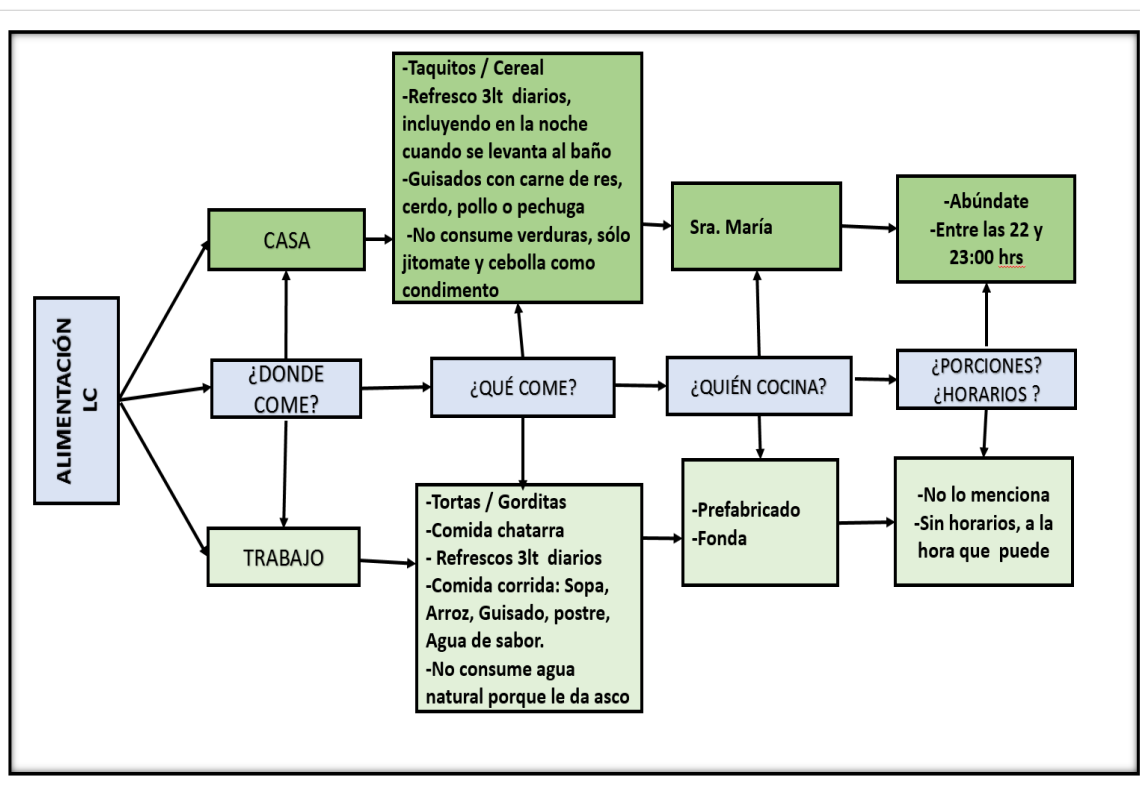


Figura 13. Análisis semántico de la categoría “Alimentación”. Para el caso LC.
La lectura inicia con el recuadro de la izquierda

La categoría “Alimentación” se eligió por ser uno de los tópicos de mayor incidencia en sus relatos, el criterio utilizado fue conocer como es su alimentación en la vida cotidiana. Ésta se dividió en dos subcategorías “Casa” y “Trabajo” que es donde pasa el mayor tiempo,

se creó además una ramificación central, en ella se utilizaron preguntas para poder esquematizar mejor sus relatos, como son: el lugar donde comía, lo que comía, quien cocinaba, el tamaño de las porciones y los horarios para el consumo de los alimentos.

En la ramificación superior se abordó la subcategoría “Casa”, en esta se describe las elecciones que hizo respecto a la alimentación, se encontró un alto consumo de carnes, carbohidratos, comidas procesadas, su adicción por las grasas y su alto consumo de refrescos, además de excluir de su dieta las verduras y vegetales, solamente utilizaba cebolla y jitomate como condimento para las carnes. Las porciones fueron abundantes y su horario para la cena fue previo a irse a dormir.

La subcategoría “Trabajo” fue abordada en la ramificación inferior, lugar donde pasa aproximadamente 15 horas diarias, esta categoría da cuenta del tipo de alimentación que consume, generalmente es comida procesada, o comprada en la calle, también comida corrida, que en México generalmente incluye sopa, arroz, guisado, postre y agua de sabor o refresco, Los horarios para la comida fueron irregulares, la forma de preparación no estuvo a su cargo, generalmente se usan productos de baja calidad por económicos.

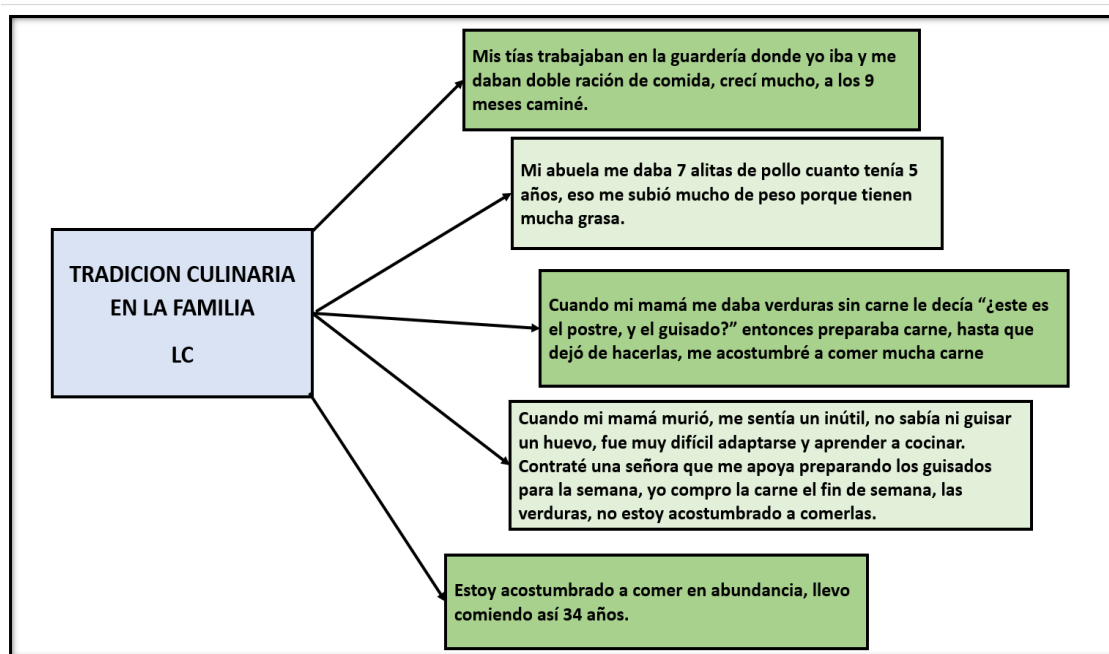


Figura 14. Análisis semántico de la categoría “Tradición culinaria en la familia”. Para el caso LC. La lectura inicia con el recuadro de la izquierda

La categoría “Tradición culinaria en la familia” se seleccionó porque fue uno de los tópicos que, de acuerdo a su narrativa, influyeron de manera determinante en la ganancia de peso, para esquematizar sus relatos se tomaron algunos trozos de información para resaltar como las relaciones con la madre y con la familia extensa estuvieron mediadas por la comida.

La cultura alimentaria, es una práctica que se inicia en el primer grupo social denominado familia, de quienes se aprende en la trayectoria de ser hijos, los sabores, los olores, los alimentos que se disfrutaban y que condicionan al hipotálamo para percibir cierto tipo de alimentos como placenteros, esta categoría da cuenta que la alimentación de LC, fue similar a la que preparaba su mamá, las tradiciones culinarias fueron adoptadas ya por la siguiente generación.

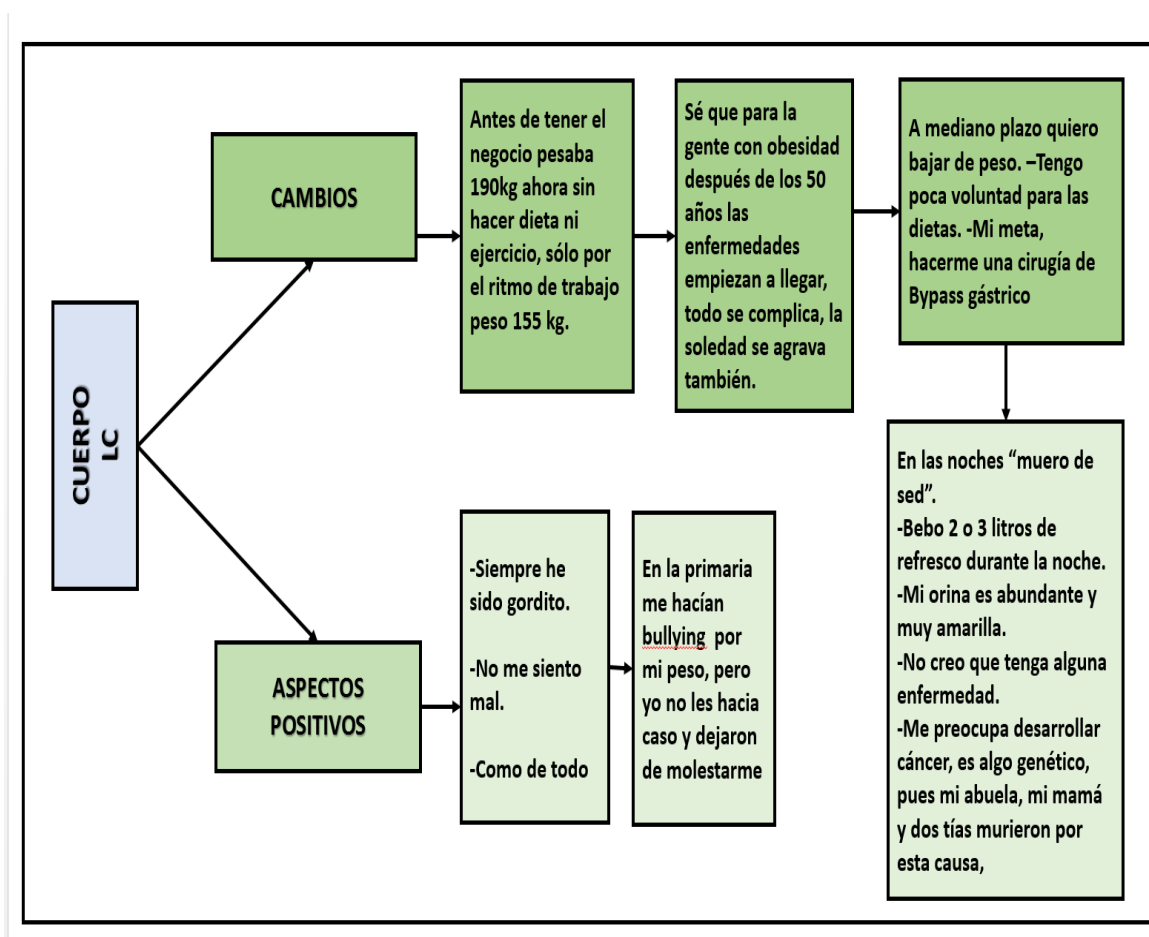


Figura 15. Análisis Semántico para la categoría «Cuerpo» para el caso LC.

La lectura inicia en el recuadro de la izquierda

La categoría *cuerpo* fue seleccionada porque de acuerdo con su narrativa, la obesidad en sí, no le preocupa, dijo no sentirse mal y haber sido gordito desde niño, se encontró que el tamaño de su cuerpo no le generó conflicto. Para ilustrar su discurso se utilizaron dos subcategorías, una denominada “Cambios” y la otra “Aspectos positivos” así mismo por su relato, dio la impresión de estar disociado de su cuerpo. Por ello el criterio utilizado fue que no parecía estar implicado con la forma de su cuerpo.

En la ramificación superior su relato fue sobre un cuerpo que cambia, que no ha sido escuchado ni atendido, de acuerdo con los signos y síntomas, es probable que haya desarrollado ya, diabetes tipo II, En la ramificación inferior con la subcategoría “Aspectos positivos” el beneficio era ser gordito y no sentirse mal, en cuanto a la discriminación por el exceso de peso y principalmente durante el trayecto escolar, dijo no haberles hecho caso y dejaron de molestarlo. En su discurso no dio ningún ejemplo de la discriminación vivida.

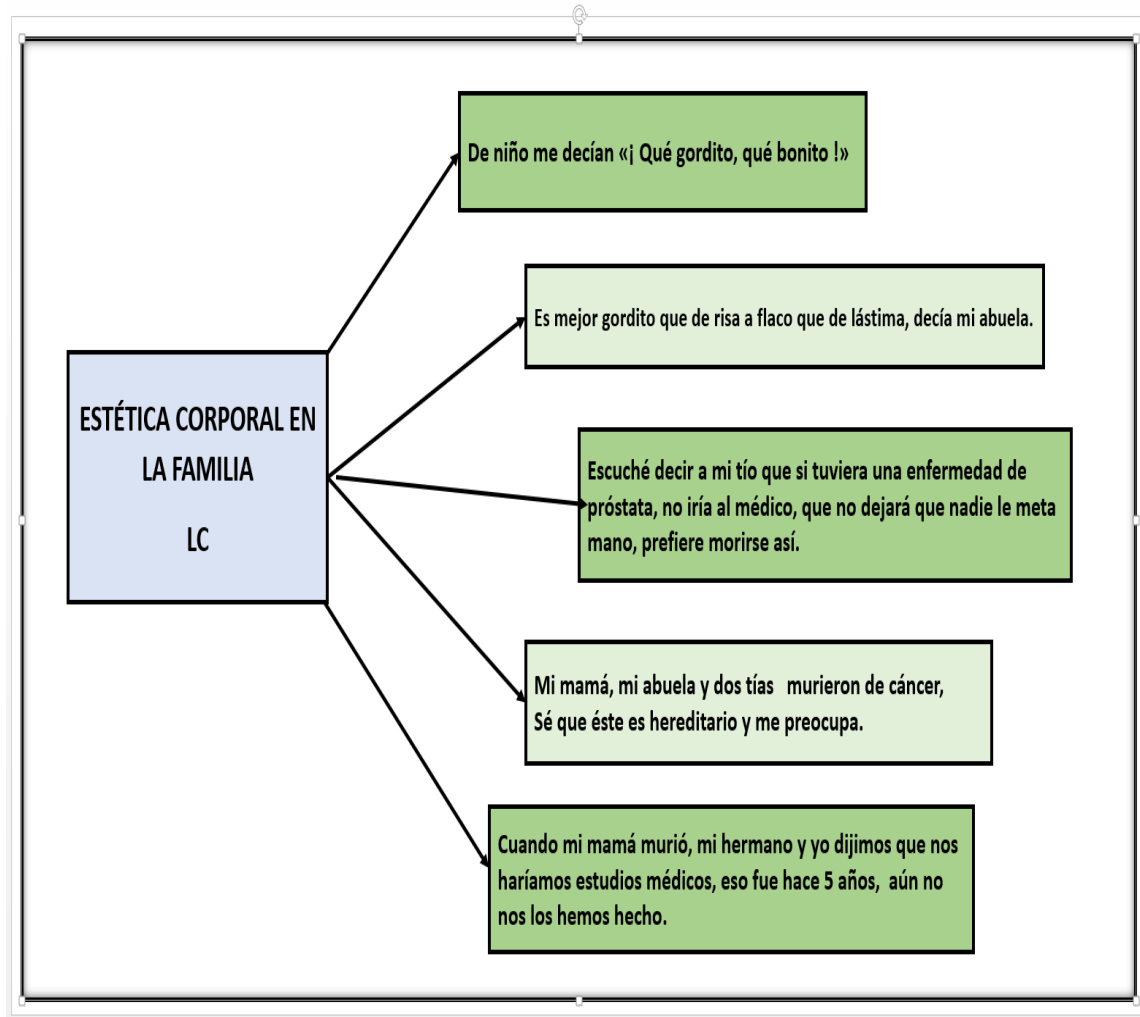


Figura 16. Análisis Semántico para la categoría “Estética corporal en la familia” para el caso LC.

La lectura inicia en el recuadro de la izquierda

El análisis semántico para la categoría “Estética corporal en la familia” se abordó directamente sin subcategorías, el criterio utilizado fue que en el entorno familiar existen frases u opiniones que van reforzando la conveniencia de mantenerse obeso. Que no existen los límites ni la crítica por los kilos va ganando, tampoco existe el cuidado del cuerpo mediante visitas médicas de prevención.

A partir de la selección de sus relatos, que dieron cuenta de cómo se construyó la obesidad a través de la influencia y participación de la familia, no únicamente desde la alimentación sino con opiniones o frases que van fomentando y justificando el exceso de

peso. Las visitas al sector salud, no es algo que la familia haya practicado, el cáncer ha estado presente en la familia materna, donde su mamá, su abuela y dos tías murieron por esta causa, En el caso de LC al igual que su familia no adquirió este hábito.

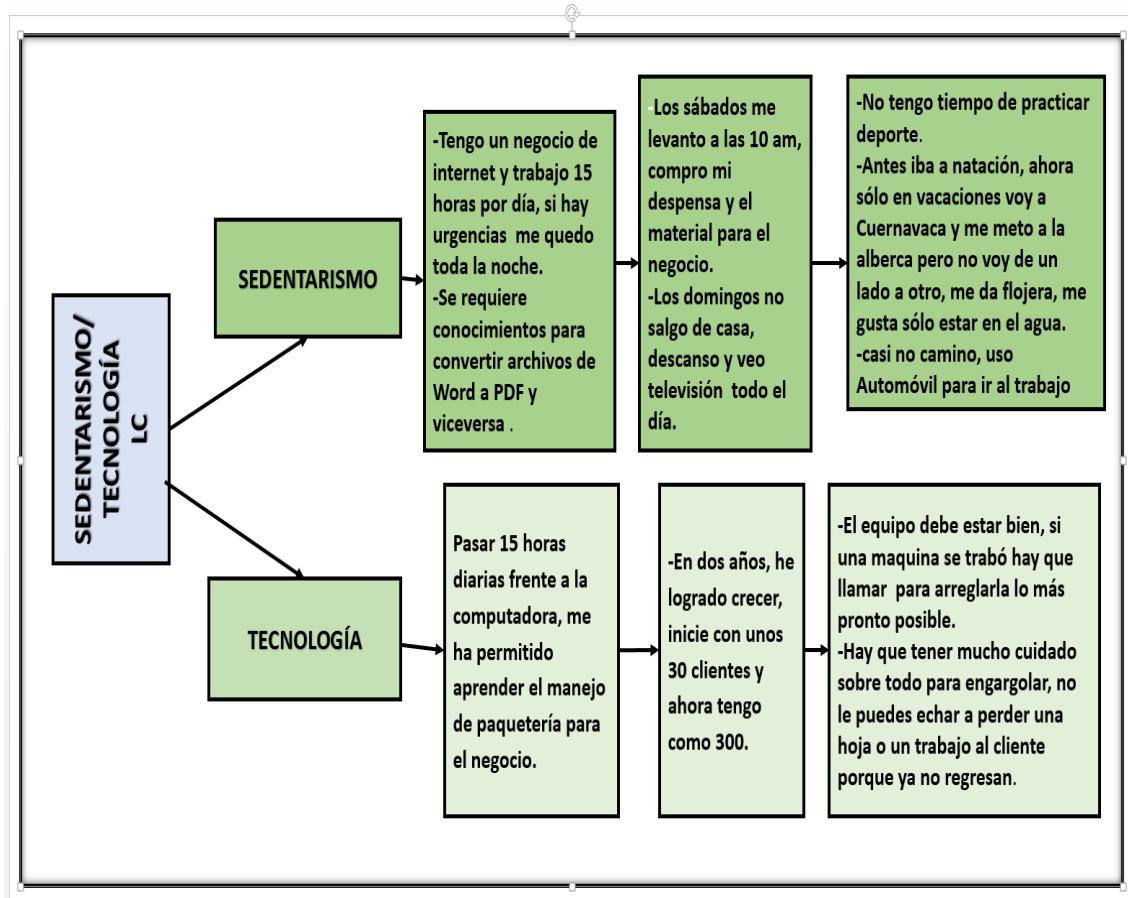


Figura 17. Análisis semántico de la categoría “Sedentarismo/tecnología” para el caso LC
La lectura inicia por el recuadro de la izquierda

Para ilustrar esta categoría “Sedentarismo/tecnología” se dividió en dos subcategorías, una denominada “Sedentarismo” y la otra “Tecnología” se encontró que su combinación se ha convertido en un factor común, que puede generar obesidad. En la ramificación superior el criterio utilizado fue la evitación de actividad física.

Según lo descrito, la categoría, dio cuenta que las actividades que realizó, fueron sin gran movilidad, acostado, sentado o en auto, no practicó ningún tipo de ejercicio y mencionó que el uso de su tiempo libre también lo utilizaba para estar acostado viendo televisión y algunas veces para acudir al cine.

En la ramificación inferior, la subcategoría “Tecnología” el criterio utilizado fue el uso de las nuevas tecnologías como factor de obesidad, en ella se describió que estar sentado frente a la computadora, fue la principal actividad en el área laboral. Aunque esta actividad no le ayuda en el gasto de calorías, si le ha traído beneficios que se vieron reflejados en eficiencia para su negocio y, por ende, en retribuciones económicas para él.

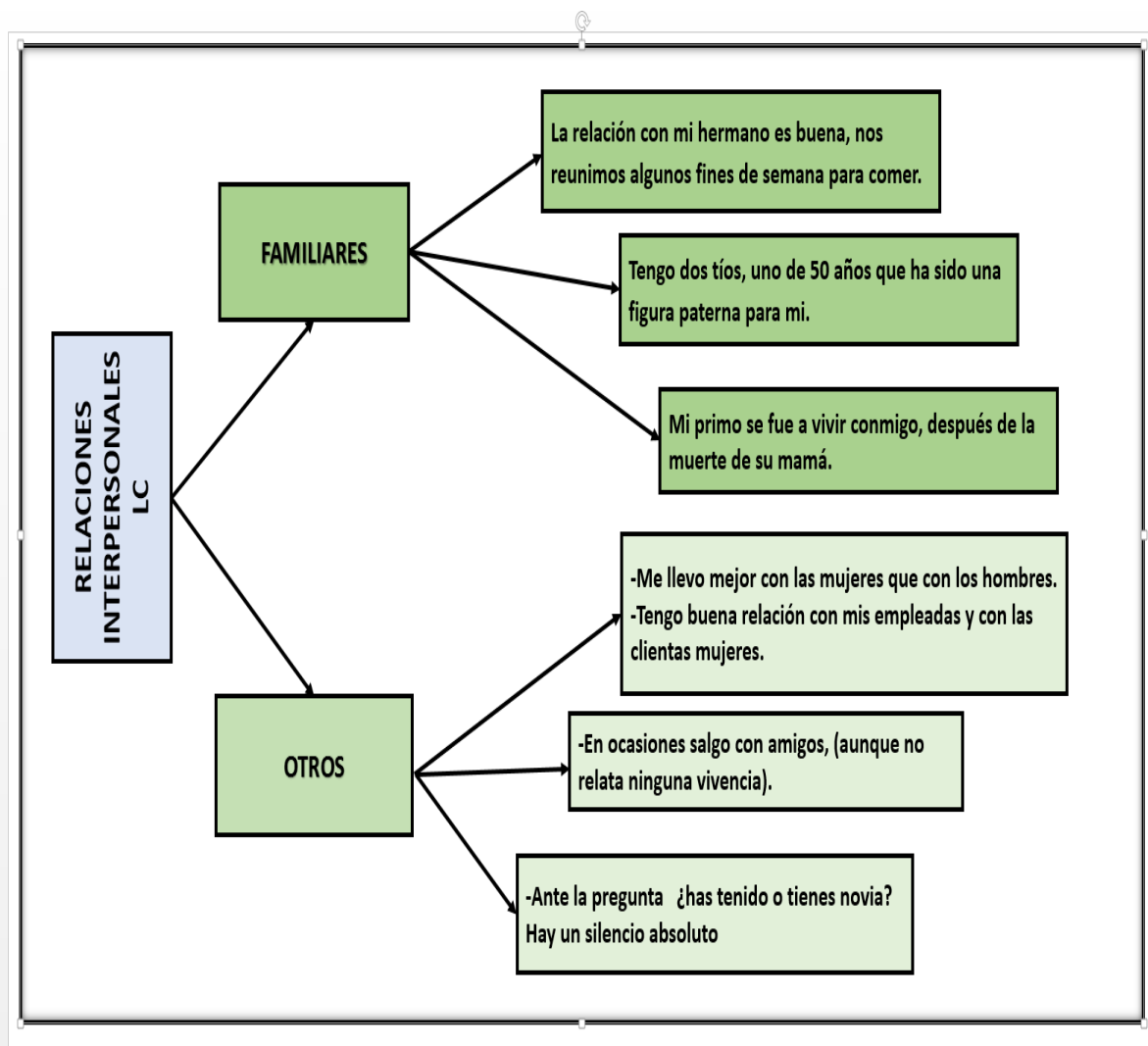


Figura 18. Análisis semántico de la categoría “Relaciones interpersonales” para el caso LC.

La lectura inicia por el recuadro de la izquierda

El criterio utilizado en la categoría “Relaciones interpersonales” fue encontrar las relaciones significativas tanto en la “familia” como en “otros”. Se consideró agrupar en dos subcategorías su relato, “familiares” y “otros” ya que participa en varios contextos sociales. En la ramificación superior, se describieron las relaciones que tenía con su familia, destacando la de su hermano y un tío quien fungió como su figura paterna durante la adolescencia. En la ramificación inferior se describió la relación con sus empleadas, con las clientas y con sus amigos, aunque no mencionó a ninguno, ni tampoco alguna vivencia, al parecer no tiene ninguna relación significativa en esta subcategoría, en cuanto a las relaciones amorosas, se infiere que no ha tenido novia, pues omitió responder esta pregunta.

Caso 3. HM obesidad femenina, integrante de una familia de obesos

Como un complemento al estudio de obesidad y sobrepeso que al inicio se pensó sólo en participantes del sexo masculino, se consideró interesante incluir el caso de una mujer, sobre todo porque a lo largo de la investigación fueron surgiendo interrogantes, de si pasaba lo mismo con las mujeres, aunque al final, se dio más importancia a que se trataba de la hermana de JM, y de acuerdo al relato de éste, surgió el dato de que tanto los padres como los dos hijos padecían obesidad, por lo que el interés se centró en conocer la trayectoria del síntoma, cómo se fue construyendo el exceso de peso en la familia, por lo cual las interrogantes empezaron a surgir:

- ¿Cómo las familias construyen su obesidad y sobre todo cómo se transmite a los hijos, es acaso por herencia genética o es a través del aprendizaje, en donde se heredan los gustos, los sabores, las costumbres las tradiciones y hasta el patrón social de comportamiento?.
- ¿Acaso las mujeres también encuentran aspectos positivos al tener obesidad?
- Se cree que las mujeres sienten mayor aprecio por su cuerpo ¿y si padecen obesidad, ocurre lo mismo?

- ¿Dentro de las familias con obesidad existe la crítica, los límites o la autorregulación de lo que comen, de cuánto comen, o de los kilos que van ganando, será que ante el exceso de peso se acostumbraron a guardar silencio o tener sobrepeso se les ha hecho normal?
- ¿El tipo de alimentos que consumen, lo hacen por costumbre, por desconocimiento o por placer?
- ¿Las mujeres viven mayor estigmatización por su sobrepeso que los hombres, o es acaso que son más expresivas que ellos?
- Estadísticamente en el mundo hay más mujeres con sobrepeso u obesidad 53% que hombres 50% (OMS, 2016) ¿será que las mujeres acuden al médico con mayor frecuencia que los hombres y por ello cuentan más en las estadísticas?

Con este caso, se trató de dar respuesta a las interrogantes antes mencionadas, a través del análisis temático de cuatro categorías, sin dejar de tomar en cuenta que un caso no es suficiente para generalizar los datos. Sin embargo, el estudio a profundidad trae una mejor comprensión.

Análisis Temático para el caso HM

Para éste caso, se partió de los tópicos que dieron origen a las 4 categorías. Se omitieron los tópicos “tradición culinaria en la familia” así como “Estética corporal en la familia” ya que coincidió la información con la proporcionada por JM, ya que se trata de la misma familia.

A continuación, en la tabla 3 se muestra las categorías que se obtuvieron del caso, con sus respectivos criterios.

Tabla 3. *Categorías y sus criterios de selección para el caso de HM.*

CATEGORÍA	CRITERIOS DE SELECCIÓN
Alimentación	Cómo es su alimentación en la vida cotidiana.
Cuerpo	-No están implicados con la forma de su cuerpo. No habla de su exceso de peso.
Sedentarismo/Tecnología	-Evitación de actividad física / El uso excesivo de las nuevas tecnologías como factor de Obesidad.
Relaciones interpersonales	-Relaciones sociales, y significativas con la familia.

Análisis Semántico para el Caso 3. HM

Mediante la creación de figuras que condensan las palabras y dan estructura a su discurso las siguientes figuras fueron el resultado del análisis semántico obtenido para las categorías de *Alimentación* figura 19; *Cuerpo* figura 20; *sedentarismo/Tecnología* figura 21; *Relaciones interpersonales* figura 22. La lectura comienza por el recuadro de la izquierda hacia la derecha, aunque la lectura no es unidireccional, se puede hacer de cualquier recuadro y seguir las líneas de conexión, para la participante HM

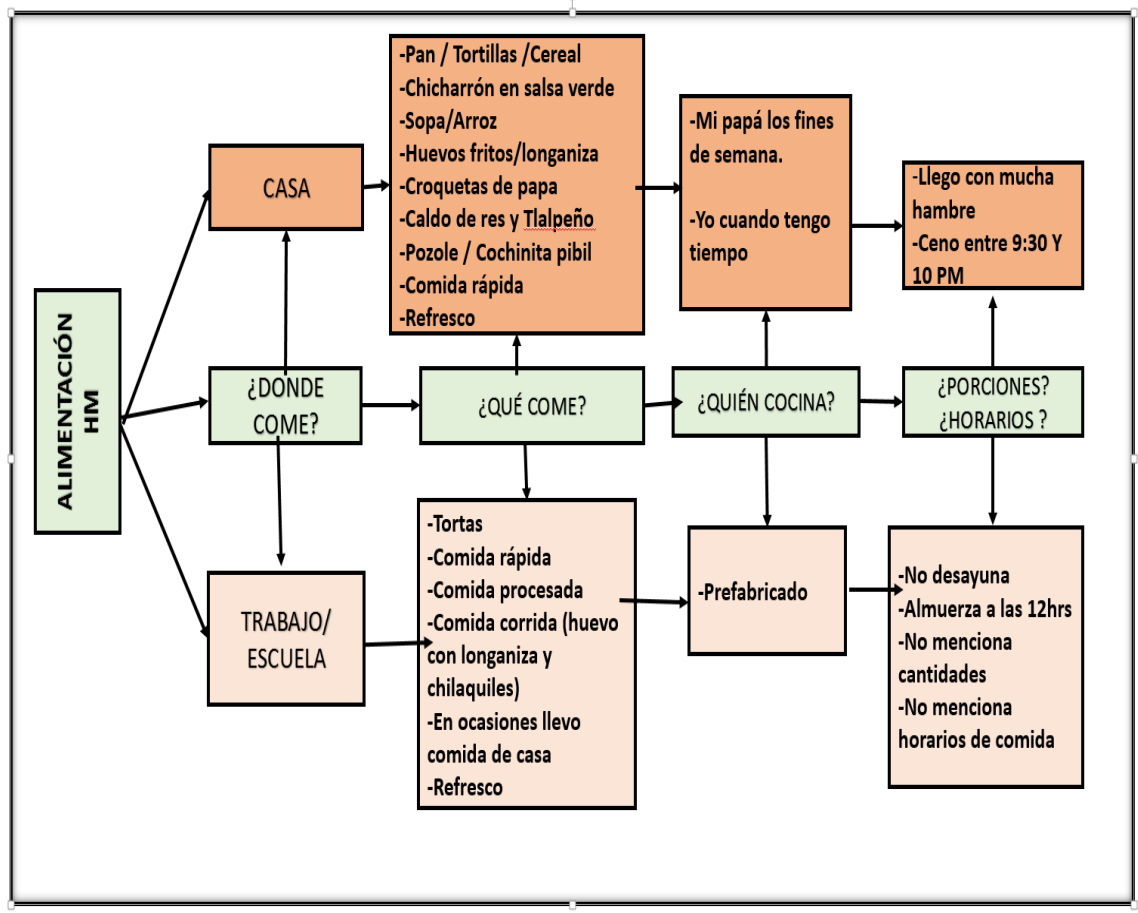


Figura 19. Análisis semántico de la categoría “Alimentación”. Para el caso HM.

La lectura inicia con el recuadro de la izquierda

El criterio de selección para la categoría “Alimentación” se basó en saber cómo era su alimentación en la vida cotidiana. los tópicos que surgieron de su narrativa, para esquematizar sus relatos se dividió en dos subcategorías, “Casa” y “Escuela/trabajo” se creó además una ramificación central, porque se consideró importante destacar los factores que se dan a partir de la comida y que pueden generar obesidad, por ejemplo, saber dónde comía, el tipo de alimentación que consumía, el tamaño de las porciones, los horarios, así como quien cocinaba, porque generalmente es quién está a cargo de elegir tanto los alimentos como la combinación de los distintos grupos alimenticios, la forma de prepararlos, así como la calidad de los productos utilizados para su elaboración y el tamaño de las porciones.

En la ramificación superior se abordó la subcategoría “Casa”, en esta se describen las elecciones que hizo para su la alimentación, en cuanto a los horarios, el único fijo fue el de la cena, este se llevó a cabo despues de las 21:30 horas, cuando llegaban a casa ella y su papá, generalmente cenaban el guisado que preparaban para el medio día o si ella o su papá no habían guisado entoneces compraban comida rápida y las porciones generalmente eran abundantes. La ramificación inferior dio cuenta que pasaba mucho tiempo fuera de casa, su alimentación se basó principalmente en la comida procesada, comida corrida, refrescos y comida chatarra y no había control de los horarios, su primera ingesta la hacía alrededor de las 12 horas.

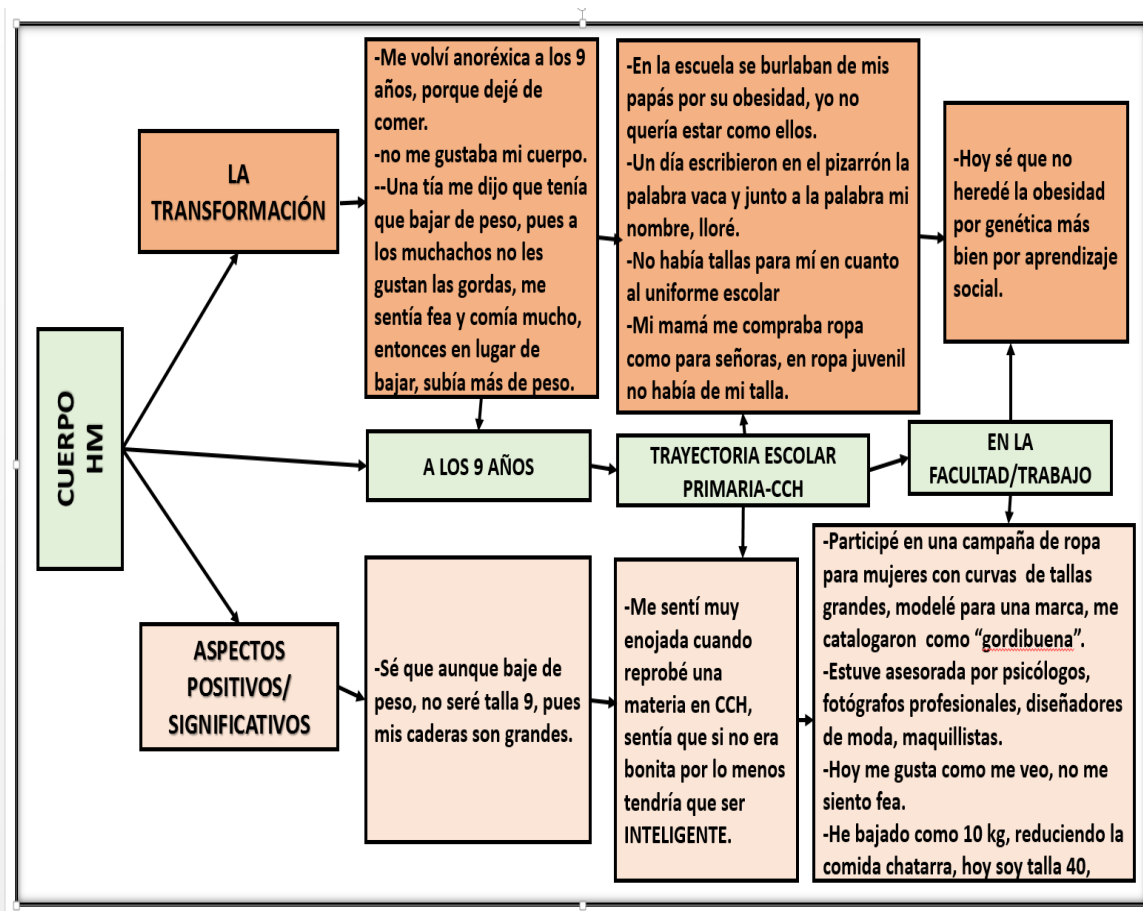


Figura 20. Análisis semántico de la categoría “Cuerpo” para el caso HM.

La lectura inicia por el recuadro de la izquierda

Para la selección de la categoría “Cuerpo” y de acuerdo con su narrativa se encontró que el tamaño de su cuerpo no le generó conflicto, para ilustrar su discurso se utilizaron dos subcategorías, una denominada “La transformación” y la otra “Aspectos positivos/significativos” al centro de ambas se creó otra ramificación para agrupar de acuerdo a lo descrito en la categoría, los eventos importantes o significativos, ésta se dividió en periodos de tiempo y lugares específicos, señalados por ella.

En la sección superior, narró su trayectoria de vida desde la infancia marcada por la obesidad, incluyendo el trayecto de ser estudiante, relacionado con la estigmatización que dejaron huella en lo referente al cuerpo, como no le gustaba su exceso de peso, vivió trastornos de la alimentación desde muy pequeña

En la ramificación inferior encontró aspectos positivos al tener obesidad, incluso le han considerado “gordibuenas” por sus curvas, señaló que recibió una oportunidad de cambiar su percepción respecto al tamaño de su cuerpo, cuando fue aceptada para modelar una marca de ropa para mujeres de talla grande, donde el requisito era estar gorda, pero con curvas.

A partir de ese evento y con la asesoría de varios profesionales de la moda y de la salud, aprendió a aceptar su cuerpo como es, de acuerdo con lo descrito en esta categoría, hoy le gusta cómo se ve y cómo se siente. Aprendió a amar su cuerpo y por ello a cuidarlo y no al revés, bajar de peso para que la amen, a lo largo de varios meses bajó 10 kilos sólo reduciendo el consumo de comida chatarra.

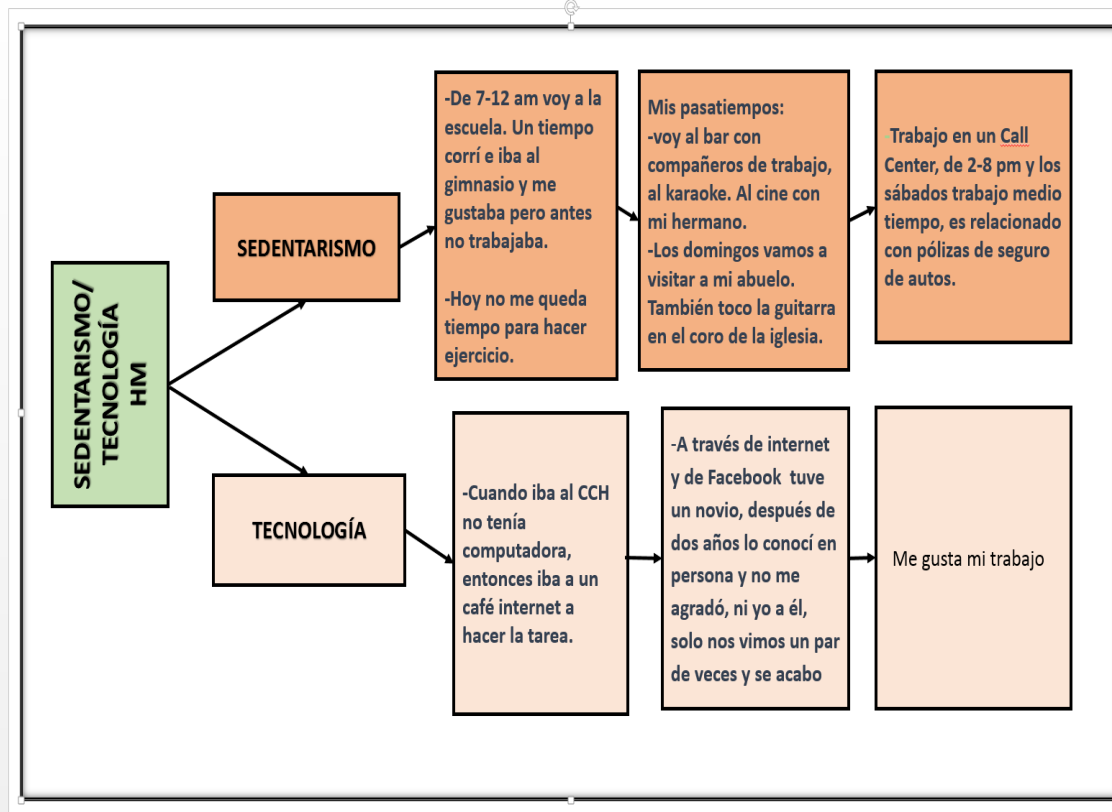


Figura 21. Análisis semántico de la categoría “Sedentarismo/tecnología” para el caso **HM**.

La lectura inicia por el recuadro de la izquierda

Para ilustrar esta categoría “Sedentarismo/tecnología” se utilizaron dos subcategorías, una denominada “Sedentarismo” y la otra “Tecnología” se encontró que su combinación se convierte en un factor común que puede fomentar la obesidad. La ramificación superior el criterio utilizado fue la evitación de la actividad física. Ésta dio cuenta de cómo HM, en las actividades que realizaba, tanto de escuela como de trabajo las hacía sentada, de acuerdo con lo expuesto en esta categoría no le quedaba tiempo para ejercitarse físicamente, en sus días de descanso también practicaba actividades sin gran movilidad.

En la ramificación inferior, la subcategoría “Tecnología” se utilizó el criterio el uso de las nuevas tecnologías como factor de obesidad. Ésta dio cuenta que cada vez más los tipos de empleos, al igual que las actividades escolares y de recreación se desarrollan sentados frente a una computadora, tabletas o celulares.

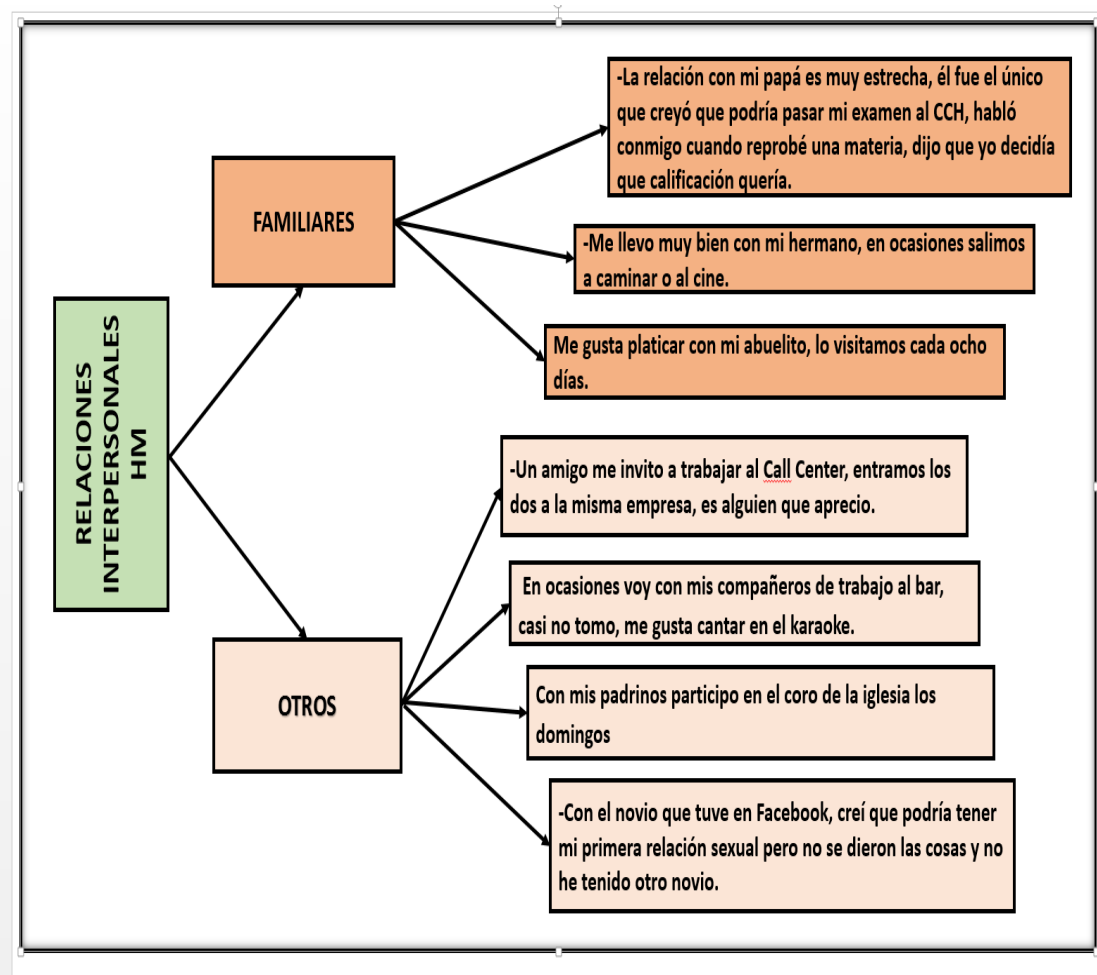


Figura 22. Análisis semántico de la categoría “Relaciones interpersonales” para el caso HM.
La lectura inicia por el recuadro de la izquierda

En la categoría “Relaciones interpersonales” se consideró agrupar en dos subcategorías su relato, “familiares” y “otros” ya que participa en varios contextos sociales. En la ramificación superior, se describieron las relaciones que tenía con familiares, destacando la de su papá, su hermano y su abuelo paterno, En la ramificación inferior sus contextos fueron con un amigo, con sus compañeros de trabajo y con sus padrinos, así mismo con un novio virtual a través de Facebook, con quien después de dos citas personales, la relación concluyó.

ANÁLISIS DE RESULTADOS POR CATEGORÍA

Al inicio de esta investigación se planteó como objetivo, comprender a las personas en su manera de entender el mundo, a través de sus relatos y sus historias de vida en torno a la obesidad, incluyendo los significados, las creencias, y las subjetividades que les han llevado a ganar peso. Para ello, se incursionó en sus estilos de vida y se abarcaron las distintas áreas en forma particular de cada participante, se encontró, que el significado de la obesidad es distinto para ellos, que para el sector salud, debido a que no lo consideraban como problema. Respecto a sus creencias, no las han cuestionado, solo las han asumido y han vivido en consecuencia a ellas, estas se ponen de manifiesto en las distintas áreas abordadas, como lo relacionado a la comida, al tamaño de su cuerpo, a su fuerza y al igual en otras áreas que se analizarán en este apartado. Todo esto permitió cumplir con el objetivo.

Asimismo, las preguntas que dieron origen a ésta investigación fueron: ¿Por qué las campañas contra la obesidad no habían funcionado? Y ¿Por qué a pesar de tantas investigaciones científicas la obesidad ha ido en aumento? De la misma forma, para aceptar o rechazar las hipótesis trazadas. El primer planteamiento fue saber si los participantes consideraban la obesidad y el sobrepeso como enfermedad. Si ésta afectaba su vida cotidiana. O si había opiniones externas que facilitan autopercepciones favorables a la obesidad y la última hipótesis fue saber si existían diferencias de género respecto a la obesidad.

Como ya se mencionó antes, y como una aportación de este trabajo, el haber abordado las distintas áreas del diario vivir de las personas que padecen obesidad, permitió dar respuesta a estas interrogantes, para ello se tomaron 4 de las 6 categorías, donde se encontraron más elementos que contribuían a la ganancia de peso, las cuales fueron analizadas y expuestas a continuación. Cabe aclarar que el análisis de resultados, se llevó a cabo por categoría, donde convergen todos los casos de esta investigación.

Categoría alimentación

La categoría *Alimentación*, antes que nada, está muy relacionada con la disciplina; con los horarios; el tamaño de las porciones; la combinación o la carencia de los grupos de alimentos; el poco o nulo consumo de agua natural y el incremento en el consumo de las comidas rápidas, comidas procesadas que no aportan nutrientes ni agua, como lo hace la comida natural y fresca, la forma de preparación también contribuye a que la comida sea nutritiva o no, comidas fritas, capeadas o empanizadas, crudas, a la plancha o al vapor. En esta categoría se consideró importante destacar estos factores en torno a la alimentación de los participantes.

Aunque ciertamente la alimentación no fue la única causa responsable de su sobrepeso, sí fue, un factor que influyó de manera importante y permitió comenzar a dar respuestas de manera parcial a la pregunta de investigación de ¿Por qué no bajan de peso? se encontró que independientemente de la edad, el estatus social, laboral o económico, coincidieron los tres, en alimentarse de manera similar, sus ingestas ya sea en casa o fuera de ella, se caracterizaron por un alto consumo de carbohidratos, comidas rápidas, procesadas, comidas calóricas, su adicción por la grasa, la manteca y su alto consumo de refrescos.

Coincidieron los tres, en no tener control de los horarios para el consumo de los alimentos, generalmente fue a la hora que pudieron y a veces lo que podían comer, en cuanto al horario de la cena coincidieron los tres en cenar tarde, previo a irse a dormir, éstas no fueron ligeras y en los tres casos eran abundantes. Si bien las relaciones están mediadas por la comida y cargadas de simbolismos, principalmente se relacionan con el castigo o con el afecto, con el amor que se demuestra con la comida, amenizada con el diálogo, la pertenencia al grupo, la aceptación, el sentirse querido, cuando alguien le prepara o le compra su comida favorita, con un escenario así, es difícil renunciar a la cena, aunque ésta contribuya a la obesidad, sin embargo, no se deben cancelar estos encuentros de nutrición emocional, sólo elegir cenas ligeras, porciones pequeñas y de ser posible, cenar más temprano.

Es importante considerar, que al interior del organismo, existen consecuencias físicas y biológicas que puede traer el cenar previo a irse a dormir, los procesos metabólicos pueden alterarse, los nutrientes se almacenan en los depósitos de grasa (adipocitos) y debido a que la actividad de dormir no requiere grandes cantidades de energía, la digestión se hace lenta, ya que todos los órganos entran en una etapa de reposo y esto altera el metabolismo, con la repetición de éstos hábitos los adipocitos se multiplican trayendo como consecuencia el crecimiento del tejido adiposo, el sobrepeso y la obesidad.

En cuanto a quien cocina, coincidió que ninguno de los hombres lo hacía, esa actividad la encomendaban a las mujeres, tanto JM como LC no se responsabilizaban de la preparación, por lo que es difícil cuidar la alimentación si no se involucran, este dato puede estar mediado por una cultura machista, pues en México todavía hay pocos hombres que cocinan, en ambos casos, la alimentación y la preparación no son temas de su interés, aunque esta combinación de factores si puede llevarles al incremento de peso.

Respecto a ¿por qué las campañas gubernamentales para prevenir o disminuir la obesidad no han tenido los resultados esperados? Se encontró que, debido a la globalización, en México se han instalado empresas de la industria alimentaria que han creado un ambiente obesogénico, éstas son productoras de bebidas y alimentos procesados, azucarados, con alto contenido de grasas y de gran aporte calórico, con poco o nada de nutrientes, franquicias de comida rápida, que han tenido mayor crecimiento en los últimos años y aceptación del público, tanto en México como en el mundo, aunque sean productos que afectan el estado de salud y generan obesidad.

Este tipo de comida ha permeado en todas las zonas geográficas, de acuerdo con Bertran (2010), la dieta tradicional indígena (tortillas, frijoles, salsa, algunas legumbres, pocas veces carne) que aporta hidratos de carbono, proteínas en la combinación de frijol y maíz, y buena fuente de calcio, hoy la población prefiere comida industrializada. Aunado a ello, las crisis económicas sufridas por la sociedad mexicana, generaciones que tuvieron grandes limitaciones económicas y que ahora tienen a su alcance tal variedad de productos,

entre ellos, los refrescos, que pueden compartir con los suyos cada vez que lo deseen, quizá como una sensación de logro y de poder económico. Contribuye también al aumento de peso.

Su mayor éxito es que son productos económicos, accesibles y adictivos. Además, se les ha permitido realizar un gran despliegue publicitario de sus mercancías, (De acuerdo con Flores (2019) 13 mil anuncios de 42 marcas distintas entre 2014 y 2017,) en distintos medios de comunicación, que influyen en las preferencias y crean adicción. La gran exposición publicitaria, aunado a la oferta y a la demanda de estos productos, también influye en la ganancia de peso. Al mismo tiempo, esta publicidad se contrapone a las campañas gubernamentales contra la obesidad, tanto en tiempo como en frecuencia. Se encontró que los tres participantes han consumido de manera continua este tipo de alimentos.

Una de varias campañas creadas contra la obesidad en México fue “Chécate, Mídete, Muévete”, que promovía un estilo de vida saludable. De acuerdo con Salazar-Coronel, et al (2018) sólo el 11% de los adultos conoció la campaña, de ellos, solo el 10% comprendió de que se trataba. Aunque ciertamente, representa un esfuerzo del sector salud, (de acuerdo con flores (2019) se aportaron casi 700 millones para su publicidad junto con la campaña “Prevención de la diabetes”). Existieron diferencias significativas tanto en los resultados como en el alcance, 10% la comprendió, contra 73% de la población que padecía sobrepeso u obesidad, no obstante, una cosa es comprender y otra llevarla a la práctica. La falta de educación nutricional, es un tema a considerar, las diferencias significativas se observan también en la publicidad de las campañas y una explicación de por qué no han dado resultado, y por qué, no bajan de peso.

Respecto a si dichos productos pueden generar adicción, varios autores como Moss (2016) han señalado que la formula adictiva que contienen y los vuelve irresistibles, son: azúcar, grasa y sal y en algunos casos, cafeína. Mediante las papilas gustativas se conectan con el cerebro a través de la zona de placer. Así mismo Basurte y Szerman, (2016) llaman al consumo de comida procesada, conducta adquirida, los síntomas del deseo, el uso compulsivo, la tolerancia, el síndrome de abstinencia, el autocontrol y la recompensa, se

asocian a los sistemas neuronales, generando incapacidad de regular el consumo, síntomas similares por el consumo de sustancias. El consumo como un atajo al placer y a la felicidad que los humanos buscan, de acuerdo con Prospero (2014) parece que es inevitable caer en el terreno de las adicciones. Poco se puede hacer para evitar el consumo, cuando el cerebro ha modificado sus funciones.

Los argumentos expuestos respecto a las adicciones y a la comida procesada, acaso tenga que ver con las personas que padecen obesidad, ya que en los tres casos de estudio, coinciden en ser consumidores de la comida procesada y de bebidas azucaradas, aunque LC ha intentado dejar estos productos, mencionó tener poca fuerza de voluntad para cambiar su alimentación, es complejo renunciar a la comida cuando ésta, se relaciona con el condicionamiento y con la demanda de placer, cuando hay pocas actividades en la cotidianidad de la vida, que puedan reemplazar la gratificación que se ha encontrado en la relación con la comida.

En el caso de HM, señaló que, aunque dejar de consumirlos, le ha llevado a bajar 10 kilos, todavía consume estos productos cuando no ha llevado comida de casa. Este volver al consumo, da cuenta de su necesidad de carbohidratos que el hipotálamo demanda y que la llevan a comer tortas, comida rápida o comida procesada. Es posible que, en los tres casos, su hambre está en otro lugar; hambre de practicar cosas de humanos como nadar, bailar o patinar; hambre de vivir relaciones significativas, sexuales y amorosas, quizá buscando la felicidad han encontrado un atajo en el consumo de la comida calórica. Cabe preguntar hasta donde la obesidad constituye un escudo o un pretexto para no intimar y establecer relaciones que pueden detonar miedo al rechazo.

Categoría tradición culinaria en la familia,

Respecto a la categoría *tradición culinaria en la familia*, se encontró que la forma de cocinar es relevante durante el trayecto de ser hijos, es aquí donde la persona queda

condicionada a los sabores, los olores, las texturas, la percepción de los alimentos y para algunos fisiólogos es una manera de educar el hipotálamo. Tanto la cultura, como las costumbres, son aprendidas en casa y heredadas a los descendientes, la forma de preparación de los platillos tradicionales, y la preferencia por ciertos alimentos, dependerá también, de aspectos socioeconómicos y étnicos, esa forma de alimentarse que a veces dura toda la vida y se repiten por generaciones sin cuestionarse y que les llevan a la obesidad. Los aspectos de esta categoría pocas veces son tomados en cuenta, a la hora de querer perder peso.

En el caso de JM su adicción a las grasas, la manteca, y las harinas, las aprendió en casa, así mismo se destaca en esta categoría que la mamá de JM y HM daba prioridad a la economía y cocinaba “lo más barato”, entonces la forma de preparación y el tipo de alimentación que han consumido como grupo familiar ha sido ¿por barata, por costumbre, para saciar el hambre, para complacer al paladar y la nutrición? Sus prácticas de consumo y sus creencias no fueron cuestionadas dentro del grupo familiar, de acuerdo con ésta categoría se pudo apreciar que el tipo de alimentación hecha por su hermana, es similar a la que preparaba su mamá, para ellos no ha sido importante el efecto que este tipo de alimentación produzca en su cuerpo, sin reflexionar por qué comen lo que comen, las tradiciones culinarias pasaron ya a la siguiente generación, a la de la de JM y HM

En el caso de LC, los hallazgos indican que la familia ha influido en la construcción de su obesidad a partir la alimentación, ya que desde muy pequeño y estando en la guardería donde sus tías trabajaban, le daban doble ración de comida, también su abuela lo complacía dándole siete alitas de pollo a los cinco años, su mamá lo procuraba con grandes raciones de carne, aquí, en el núcleo familiar quedó condicionado al consumo excesivo de comida, sobre todo de alimentos calóricos y con alto contenido de azúcar como son los refrescos, cuyo consumo es de 6 litros diarios, acostumbrado o condicionado a los sabores, los olores y la poca variación de los alimentos donde rara vez se incluían vegetales, esas tradiciones que iniciaron en la infancia, a sus 34 años, LC las sigue practicando.

Aunque reconoce que las mujeres de su sistema familiar lo sobrealimentaban, no se ha cuestionado el por qué, o qué significaba para ellas darle exceso de comida, tampoco se pregunta por qué él sigue practicando los mismos hábitos de alimentación, es posible que percibía un significado afectivo en este acto, desde la infancia sentirse especial, sentirse querido por todas la familia, es posible que en su interpretación comida sea equivalente al amor, ya que cuando se reúne con su hermano algunos fines de semana, lo hacen para comer, sus relaciones están mediadas por la comida. Un dato adicional. Cuando su mamá murió LC dejó de comer varios días, quizá una respuesta lógica y simbólica, la angustia desbordada por la pérdida o separación de las personas significativas.

Categoría cuerpo

En relación a la categoría *cuerpo*, es importante resaltar que esta categoría nos da una explicación más, de por qué no bajan de peso, y de hecho es una de las aportaciones de esta investigación, los resultados mostraron, que se sienten bien en su cuerpo, que encontraron aspectos positivos al tener obesidad, en el caso de los hombres, se percibieron grandes y fuertes, consideraron que por el tamaño de su cuerpo no eran molestados. Se comprobó que no es cuestión de género sentirse bien, teniendo exceso de peso, se encontró que también HM descubrió positividad al tener obesidad, esta categoría mostró, cómo los otros la veían, el cómo la percibían y cómo, a partir de la percepción de los otros, ella pudo reconstruirse a sí misma con otra mirada, pudo percibirse y asumirse “gordibuenas”, desde la aceptación sentirse bien consigo misma, con el tamaño de su cuerpo y con sus curvas.

En el caso de JM esta categoría muestra una “transformación” de su cuerpo, en su narrativa recordó, que a los 11 años era flaquito y chaparrito, aunque esto es poco probable por los hábitos de consumo y la escasa movilidad que se practicaba en su familia. Quizá se percibía delgado comparado con los miembros de su familia donde todos tenían obesidad, pero ¿se sentiría igual en el contexto escolar comparado con los compañeros de su edad?

Otro de los datos respecto a la transformación dio cuenta que a los 12 años cuando entró a la secundaria su cuerpo creció y engordó, este acontecimiento podría explicarse a partir de lo señalado por ENSANUT (2012) donde se indicó que 1 de cada 3 adolescentes de entre 12 y 19 años presenta sobrepeso u obesidad, además de lo encontrado por Dávila-Torres et al (2015) quienes explicaron que un adolescente con obesidad o sobrepeso, tiene mayor riesgo de ser un adulto con exceso de peso, debido principalmente a que comparte dietas inadecuadas y estilos de vida poco saludables de sus padres, esta fue quizá una de las razones principales de por qué JM fue ganando peso.

Sentirse aceptado por sus amigos a quienes podía cargar si éstos se excedían con el alcohol, fue otro dato que se resaltó en esta categoría respecto a JM. En relación a sus percepciones o a sus creencias, respecto a al exceso de peso, ninguno de los participantes se cuestionó, más bien han encontrado razones para que su cuerpo siga ganando peso, es posible que cuando eliminen las causas, de porqué quieren tener un cuerpo grande, cuando comprueben, que no sólo los hombres con obesidad son fuertes, cuando dejen de usar la grasa de su cuerpo como protección para que nadie los moleste y cuando puedan tener otros amigos a quienes no necesiten cargar para que sean aceptados, Cuando LC encuentre otras fuentes de amor que no le lleven a ganar peso, o bien cuando HM compruebe, que puede pesar menos y mantenerse con curvas. Entonces quizá, podrán eliminar la obesidad. Aunque al parecer ese, no ha sido un tema prioritario en sus vidas. Se consideró que es difícil bajar de peso si han encontrado una razón para mantenerse obesos.

Un dato a tomar en cuenta fue, que a medida que se avanzaba en la investigación se decidió incluir el caso de HM, donde las diferencias de género era un tema que atraía, pero lo que llamó totalmente el interés de investigar e incluir a HM fue que, a través del relato de JM se encontró que toda la familia padecía obesidad, por lo que el interés creció y cambió entonces a investigar el problema como grupo familiar, conocer cuánto tenía que ver con la herencia genética, las formas de vida o bien con las lealtades que pudieran estar en juego al interior de la familia. Al respecto se pudo comprender que la familia no enseñó la autorregulación, los límites o la crítica por los kilos que iban ganando, por la vida sedentaria

que practicaban, ni por el cuidado del cuerpo, visitas al sector salud, ni como atención y menos de prevención, en este caso se puede decir que es común que la familia proteja, encubra e incluso fomente la obesidad.

En cuanto a LC, se encontró que la obesidad en sí, no le ha preocupado, dijo no haberse sentido mal y haber sido gordito desde niño, recordó que cuando era pequeño, le decían ¡Qué gordito!, ¡Qué bonito! Pero esta categoría también dio cuenta de un cuerpo que “Cambia”, por los signos y síntomas que presentó, quizá su narrativa sea de un cuerpo que enferma. En los últimos dos años, bajó 35 kilos sin razón aparente, mencionó que diariamente se ha levantado unas 7 veces al baño, su orina ha sido amarilla y abundante y muere de sed, para saciarla, bebe refresco cada vez que se levanta al baño, su consumo aproximado es de 6 litros diarios. Aunque LC no mencionó la Diabetes como posibilidad, es probable que ya haya desarrollado esta enfermedad hiperglucémica. No obstante, esto no pareció preocuparle, como tampoco le ha preocupado si sube de peso.

La diabetes tipo II, de acuerdo con Diez (2006) se debe a la insuficiencia de la hormona insulina o bien a la resistencia de las células a la misma, sus síntomas principales: orina abundante y frecuente, sed excesiva debido a la deshidratación, hambre constante, cansancio, entre otros, sus posibles causas, la predisposición genética, los estilos de vida inadecuados, los malos hábitos alimentarios y el sedentarismo, aumentan el riesgo de adquirirla. Es posible que LC siga bajando de peso, no por autorregulación, sino como consecuencia de una enfermedad que le lleve a sentir su cuerpo, del cual parece estar disociado.

El temor de LC no está en el desarrollo de la diabetes, éste se encuentra en otro lugar, de acuerdo con esta categoría, ha tenido miedo a desarrollar cáncer por motivos genéticos, pues su abuela, su mamá y dos tías murieron a causa de éste padecimiento, siente temor que aparezcan enfermedades, pues sabe que a la gente con exceso de peso, las enfermedades le empiezan a llegar después de los 50 años, además la soledad y la tristeza se agravan, en cuanto al cuidado de la salud, no es un tema prioritario para él, LC no ha ido al médico y

nunca se ha realizado ningún estudio, cree que si llegará a desarrollar cáncer, será por herencia genética, no concibe su exceso de peso como posible causa. Al parecer la prevención no es un tema de interés tampoco para JM, al respecto mencionó que, si llegara a casarse y a tener hijos, se cuidaría, para no dejarlos solos como le pasó a él, su salud está condicionada a factores externos, no mencionó como se cuidaría.

En relación a la discriminación por el exceso de peso, de acuerdo a los hallazgos mostrados en la categoría cuerpo, se trató de responder las dudas que surgieron a medida que la investigación avanzaba, una de ellas, era conocer si había diferencias de género respecto a cómo vivían y percibían su obesidad, sobre todo cuando algunos autores han mencionado que las mujeres son más sensibles y más estigmatizadas que los hombres. Esta categoría permitió analizar lo siguiente: en el caso de los hombres, dijeron haber vivido bullying y principalmente durante el trayecto escolar, pero que, al no hacer caso de las críticas de sus compañeros, éstos dejaron de molestarlos, ninguno de los dos dio algún ejemplo. En el caso de HM aunque en su presente ya no es así, en su trayectoria de vida desde la infancia, ha estado marcada por la estigmatización en torno a su cuerpo debido a la obesidad. A continuación se muestra un fragmento de su narrativa:

Recuerdo que cuando tenía 8 o 9 años, padecí anorexia, pues dejé de comer cuando mis compañeros se burlaban de mí por ser gorda, también se burlaban de la obesidad de mis padres, fui una niña introvertida, avergonzada, viví por mucho tiempo descalificaciones por mi cuerpo, un día cuando estábamos haciendo dictado, en el pizarrón escribieron la palabra “vaca” y junto a esta palabra pusieron mi nombre, esto por supuesto me hacía llorar y me tumbaba emocionalmente,

La escuela no me gustaba, un tiempo me enfermé y dejé de ir, aunque reprobé, sentí un gran alivio de no tener que acudir a un entorno que era adverso, No tenía amigas en ningún lado, me sentía

fea, distinta a las demás, mi mamá me vestía como señora, pues nunca encontrábamos ropa bonita de mi tamaño, ni uniforme escolar que me quedara, al ver que no podía bajar de peso, cada vez comía más, sobre todo después de la anorexia, mis papás me decían que no les hiciera caso a mis compañeros, que no valía la pena, siempre me sentí muy sola, por mucho tiempo viví con la certeza que a las gordas nadie las quiere, como me dijo mi tía.

Parece que la diferencia de género que se percibe en estos hallazgos, no está en que las mujeres sean más sensibles o más estigmatizadas que los hombres, se cree, que la diferencia de género está en otro lugar, está en la cultura, en el paradigma social que señala que los hombres no lloran, pues el llanto en ellos es percibido como un signo de debilidad. En cambio, las mujeres, pueden hablar y expresar emociones al narrar eventos dolorosos que van marcando una vida, donde está presente la descalificación y el rechazo de un entorno social adverso, que juzga y critica a las personas con exceso de peso. La diferencia de género en este estudio fue que ellas se permitieron narrar y ellos solo generalizar. Con esta comparación se acepta la Hipótesis-4 ya que sí se encontraron diferencias de género respecto a la obesidad, aunque en este caso las diferencias consistan en permitirse comunicar.

Así mismo, se considera pertinente destacar las consecuencias de la estigmatización en adolescentes, que de acuerdo con Reyna (2012) señaló: bajo rendimiento escolar, marginación, limitaciones funcionales tanto físicas, como psicosociales. Proposición que se pudo comprobar al menos en el relato de HM de como la obesidad ha sido motivo de estigmatización que afecta la identidad de las personas, independientemente del género, aunque existen estudios como el de Meneses y Moncada (2014) quienes mencionaron que hay diferencias de género respecto a cómo perciben la obesidad, señalaron que las mujeres son más sensibles que los hombres y les preocupa más el exceso de peso, ya que lo relacionan con la estética corporal.

Otro hallazgo a analizar fue que en los tres casos, han desarrollado otras capacidades y habilidades, quizá tratando de corregir su condición de forma indirecta, como lo señaló Goffman (2006) respecto a la estigmatización de los defectos físicos, los tres han desarrollado conocimiento en la tecnología, en el caso de ellos adquiriendo cursos y temas diversos, navegación por internet y en cuanto a ella, el conocimiento tecnológico le permitió tener un empleo y conseguir un novio virtual a través de las redes sociales. Además, señaló que estaba convencida de que, si ya era fea, por lo menos debía ser inteligente.

Después del análisis de la categoría *Cuerpo*, ésta nos permitió rechazar la Hipótesis-1 ya que ninguno de los tres se consideró “enfermos de obesidad”, no tienen conflicto con el tamaño de su cuerpo, por sus relatos aceptamos la Hipótesis -3, ya que, en los tres casos, encontraron aspectos positivos con el tamaño de su cuerpo, aunque esto contradice los adjetivos y las características negativas que generalmente se les asigna a las personas con exceso de peso. Si bien el tamaño de su cuerpo no les causó conflicto, será importante hacerles notar que la obesidad les coloca en riesgo y con altas probabilidades de contraer enfermedades crónicas que deterioran el cuerpo, la salud y la forma de vida.

Categoría sedentarismo y tecnología

La categoría *sedentarismo y tecnología* dio cuenta que ambos son factores que se han entrelazado y sumado a la etiología de la obesidad, respecto a los tres participantes, la inactividad física forma parte de su proceso de obesidad, pues cada vez son más las ofertas de empleos donde se requiere cierto conocimiento en tecnología, así como desarrollo cognitivo para conseguir un empleo donde se pasan muchas horas del día sentado frente a una computadora, también en el contexto escolar ocurre lo mismo, ya que pasan varias horas sentados en la escuela y otras en la computadora, tableta o celular, para las tareas, la recreación o el uso del tiempo libre, mismo que se invierte sentado o acostado, viendo televisión, recorriendo las redes sociales o simplemente jugando, en los aparatos que ha traído el progreso y que llevan al sedentarismo. Aunque ciertamente sólo al sedentarismo físico, no al cognitivo.

La subcategoría Sedentarismo dio cuenta, que en los tres casos ya sea por trabajo, por estudio o por recreación, las actividades que realizaban las hacían sentados, acostados, en auto, o en transporte público, sus horas laborales o de escuela que pasaban sentados, iban de 10 a 17 horas, ver televisión, estar en las redes, visitar a la familia o ir al cine como recreación en su tiempo libre, hasta el desplazamiento donde podían caminar, preferían utilizar algún tipo de transporte.

Ninguno de los tres estuvo interesado en realizar actividades físicas, argumentaron que, por flojera, por cansancio o por falta de tiempo. Con esta categoría se rechaza la Hipótesis-2, ya que en las actividades que realizan, en su mayoría sedentarias, el exceso de peso no afecta en sus actividades cotidianas.

Respecto a la subcategoría Tecnología, mostró que los tres participantes, pasan muchas horas en el uso de los aparatos tecnológicos, en el caso de los varones, han tomado cursos por internet ya sea para el uso de herramientas computacionales o para reparar celulares, esta actividad les ha traído beneficios económicos y cognitivos, Mientras que a HM, obtuvo un empleo, en un Call Center, donde pasa sentada 6 horas diarias, con una computadora y un teléfono, en cuanto a las redes sociales también ha invertido tiempo en el Facebook, esto le permitió tener un “novio virtual” relación que duró dos años, no mencionó cuantas horas dedicó a esa actividad, que la mantuvo sedentaria, solo comentó que cuando se conocieron personalmente no se gustaron y la relación virtual, terminó. De acuerdo a su relato pensó que podía tener su primera experiencia sexual con él, pero no fue así.

Los resultados de ésta categoría indicaron que a ninguno de los tres participantes les atrae las actividades físicas, su interés está en la tecnología y por ello encuentran aspectos positivos, sin embargo estos no son tomados en cuenta en las lecturas revisadas sobre sedentarismo, y a ellos no les lleva a la movilidad física, ni al gasto de calorías, resulta poco probable que decidan cambiar las actividades que les proporcionan aprendizaje, satisfacción, logro, empleo, dinero y diversión, por actividades físicas que no han puesto en práctica.

Beneficios que probablemente no han tomado en cuenta como: disminuir el estrés, la fatiga, la ansiedad, la irritabilidad, mantenerse alejado de las enfermedades crónicas, fomenta las relaciones afectivas reales, personas a las que se puedan saludar y abrazar, mejora la autoestima, la auto aceptación, las respuestas psicosociales, la competencia y el logro, genera endorfinas que producen felicidad, etc. Por lo que el ejercicio no se concibe únicamente para bajar de peso sino como parte permanente de la vida cotidiana.

A manera de complementar éste análisis lo que me enseñan los participantes con sus historias de vida, es que la obesidad tiene que ver con una circularidad dialéctica, es decir, situaciones interrelacionadas entre sí, como la marginación laboral, el autoempleo sedentarios, marginación social, por no mostrar su cuerpo ni su manera de comer, uso del tiempo libre para la inactividad y finalmente la alimentación.

De acuerdo a De Domingo y López (2014), existe una marginación o discriminación laboral en las personas con exceso de peso, si partimos de esta hipótesis los casos de estudio no mencionan esta problemática pero se puede inferir que una persona con más de 100 Kilos la poca movilidad que practica y la poca variedad de ropa que existe en tallas extra grande, aunado a la presentación que demanda el pedir empleo, quizá complique tanto la búsqueda como la contratación, lo cierto es que los casos de estudio, han sorteado este problema con el autoempleo.

El tipo de actividad que desempeñan en ambos casos, es de muy poco desgaste físico, si consideramos como modelo, el autoempleo, existe una gran gama de éstos, que usan como recurso las personas marginadas laboralmente, o que como alternativa realizan esta práctica, aunque la mayoría de estos empleos les llevan al sedentarismo, confinados a un pequeño espacio y con poca movilidad, aunado a ello los fines de semana y sus ratos de ocio los ocupan para descansar, aunque la pregunta es, descansan de estar inactivos físicamente en el trabajo y llegan a casa a seguir sentados o acostados, es decir inactivos.

También se percibió que existe marginación social, aunque dicen tener amigos con quien salir, pero no salen, en el desarrollo de sus relatos se encontraron inconsistencias, pues dicen que los fines de semana descansan y ven televisión, o realizan una actividad ya sea solos o en familia y regresan a casa, parece que no hay grupos sociales para la diversión y el esparcimiento, en algunos pasajes de su relato se considera como si hablaran de un yo ideal más que de un yo real.

No se encontró reflexión al respecto, aunque estas formas de marginación pudieran ser autoimpuestas, quizá por falta de habilidades sociales para hacer amigos, o el conflicto de mostrar su cuerpo o que los otros critiquen su manera de comer.

Estas características también se presentan en personas con anorexia, el problema de mostrar el cuerpo, la socialización y el miedo a la crítica por sus hábitos alimenticios está presente si su peso está por debajo o por encima del normo peso.

DISCUSIÓN

Para poder comparar los hallazgos de esta investigación, respecto al objeto de estudio, con los antecedentes de investigaciones previas, se comenzará por recordar que el interés principal que se tenía al inicio de este proyecto, era conocer por qué los niveles de obesidad y sobrepeso se incrementaban día con día, si existían otros factores que no se habían tomado en cuenta, o si la obesidad tenía relación con los aspectos psicológicos y emocionales, y muchas dudas que surgieron al intentar decir algo sobre obesidad desde una área distinta a la médico biológica, aclarar si era verdad una serie de características negativas, que tanto población en general, como algunos profesionales de la salud, habían planteado respecto a las personas con obesidad. Conocer si en su etiología de obesidad había más similitudes que diferencias. Todas estas interrogantes se fueron aclarando a medida que se avanzaba en la investigación.

Partir de una investigación cualitativa, permitió describir la realidad desde una dimensión personal, mediante estudios de caso, esto generó algunas ventajas, como el tener varias entrevistas con la misma persona, acceder a una infinidad de relatos y mediante la hermenéutica interpretar no sólo sus historias de vida, sino a percibir cómo se construyen y se significan a través de sus relatos. Así mismo, mediante sus trayectorias de vida se analizaron los procesos que les llevaron a construir su historia donde está presente la obesidad y el sobrepeso. Otra de las dudas que surgió fue, si con tres casos se podría dar respuesta al objeto de investigación y si éstas, se podrían generalizar.

Sin embargo, la respuesta no fue fácil, hubo antes que comprender que la investigación biográfico narrativa es un proceso complejo, donde el investigador es copartícipe en la interpretación y reconstrucción de la historia, en un proceso de dar significado a las experiencias narradas, donde las historias de vida están compuestas por las palabras que se cuentan, por los silencios y por lo que no se dice, pero está. De acuerdo con Bruner (1988, 27) “El objeto de la narrativa, son las vicisitudes de las intenciones humanas”.

Esto permitió responder que las historias de vida no se pueden generalizar, éstas son historias de aprendizaje donde lo particular les puede servir a otros.

Así mismo, con las narraciones de los participantes se construyeron análisis semánticos por cada categoría, éstas, integraron las distintas áreas de la vida de las personas que les ha llevado al exceso de peso y a través de ellas, se encontraron respuestas a las preguntas previamente planteadas, así mismo se contrastaron los datos con investigaciones previas como se muestra a continuación. Cabe aclarar que la disertación se llevó a cabo por categoría.

La primera contrastación antes de entrar al tema y que se consideró importante resaltar fue, que si bien, existen otras investigaciones que han abordado el objeto de estudio desde los estilos de vida, como Quirates, Ramírez, Meléndez y Pérez (2009), Quienes utilizaron los factores alimentación y sedentarismo como explicación de la obesidad, o bien como Macías, Díaz, Sánchez, Rodríguez, Herrera y Moreno (2012) que, en su estudio sobre obesidad infantil y estilos de vida, aluden el consumo excesivo de azúcar y muchas horas frente al televisor como predictores de obesidad. En este estudio se consideraron diversas áreas de las vidas de las personas, con el fin de abordar factores poco estudiados que han contribuido a la ganancia de peso, como son: las categorías cuerpo, estética corporal en la familia, tradiciones culinarias en la familia y relaciones interpersonales, Además de la alimentación, sedentarismo y tecnología.

A través de la categoría *alimentación*, se pudieron identificar los hábitos y preferencias de los participantes, principalmente por las comidas con alto contenido calórico, comida, rápida, comida procesada, el consumo de refrescos, la escasa combinación de los distintos grupos de alimentos, así como el alto consumo de carbohidratos, además de otros factores relacionados como el lugar donde come, el tamaño de las porciones y los horarios, que también influyeron en el desarrollo de la obesidad.

Estas características coincidieron con lo mencionado por Reséndiz et al. (2015), Que se come de manera desproporcionada, dependencia de los alimentos preparados, comidas rápidas, carencia de frutas y verduras, mayor consumo de comida chatarra, dulces y refrescos, señaló que el estado emocional está relacionado con los hábitos de alimentación, resaltaron que las mujeres mostraron mayor tendencia a sentir culpa o tristeza debido a su manera de comer, coincidió también, en que los hombres mostraron mayor tendencia al consumo de refresco. En esta categoría uno de los participantes consume 6 litros de refresco en 24 horas. Ya anteriormente, Alvarado, Guzmán y González (2005) advertían que la obesidad no se puede explicar únicamente desde la genética, sino que está relacionada con una forma de vida de los países industrializados que fomenta una ingesta de alimentos con alto contenido de grasas.

Respecto a la adicción por los alimentos procesados, ricos en carbohidratos refinados y elaborados con la “formula” grasas, sal, azúcares y cafeína, resultan gratificantes al paladar y etiquetados como adictivos que pueden incidir en la prevalencia de la obesidad, productos que los tres participantes consumen en su dieta diaria, de acuerdo con esta categoría mencionaron, no haber podido renunciar a este tipo de alimentación, por tener poca fuerza de voluntad.

Se encontró que estas características coincidían con lo mencionado por (Basurte y Szerman, 2016). Aunque es verdad que la alimentación no se reconoció en el DSM-5 como diagnóstico de dependencia, existen síntomas y conductas similares a las personas dependientes de sustancias, como: el deseo, el uso compulsivo, el síndrome de abstinencia, la pérdida de la capacidad de regular el consumo de alimentos altamente procesados, asociados a los sistemas neuronales.

Eso también concuerda con lo señalado por Moss (2016) que la lengua, el paladar y las papilas gustativas detectan los sabores, en especial el dulce, y están conectados a las partes del cerebro conocidas como zonas del placer que las hace adictivas.

Coincidieron también con Prospero (2014) quien señaló que, en el terreno de las adicciones, a las personas dependientes, generalmente se les acusa de ser débiles y faltos de voluntad, sin considerar que ellos, poco pueden hacer por evitar caer en el uso cuando han desarrollado una dependencia.

Respecto a la categoría *cuerpo*, se consideró importante destacar los resultados de esta categoría, ya que éstos mostraron que se sienten bien en su cuerpo, que encontraron aspectos positivos al tener obesidad, en el caso de los hombres, se percibieron grandes y fuertes, consideraron que por el tamaño de su cuerpo no eran molestados. Se encontró que no es cuestión de género, sentirse bien teniendo exceso de peso, también HM descubrió positividad al tener obesidad, esta categoría mostró, que, a partir de la percepción de los otros, ella pudo reconstruirse a sí misma con otra mirada, pudo percibirse y asumirse “gordibuenas”, desde la aceptación, se sintió bien consigo misma, con el tamaño de su cuerpo y con sus curvas.

Estos hallazgos coincidieron con lo expresado por Meza y Moral (2011) que para muchas personas con obesidad, su exceso de peso puede representar una función positiva, ya que es utilizada como mecanismo de compensación para sortear una vida frustrante y estresante, es usado también como mecanismo de adaptación a la realidad externa de la persona, Es posible que en los casos de estudio, si se iniciara un tratamiento terapéutico, se podrían encontrar los mecanismos de defensa que mencionan las autoras, pues la percepción de JM de que por el tamaño de su cuerpo ya no lo molestan, se infiere que usa la grasa como una protección a un entorno agresivo, mientras que HM, hace alusión a la estigmatización que vivió de niña, de cómo en lugar de bajar, su cuerpo más ganaba peso, en el caso de LC el ritmo de vida que tiene, donde el trabajo aunado al transporte le absorben 17 o 18 horas de su tiempo diariamente, le impiden otras actividades. Por ahora coincidimos en que encontraron aspectos positivos al tener obesidad.

Reafirman también estos hallazgos Cárdenas, et al. (2014) Quienes destacaron que, en un grupo de 100 alumnos universitarios, con edad promedio de 23 años, donde evaluaron

aspectos emocionales entre personas con peso normal y con sobrepeso, no se encontró a la obesidad como detonante de problemas emocionales tales como baja autoestima, depresión o ansiedad, por lo que afirman que no hay un perfil psicológico que determine a la persona con obesidad.

A diferencia de Alvarado et al. (2005), quien señaló, que la gente obesa muestra miedos e inseguridad personal, baja estima, frigidez, impotencia, infertilidad, perturbación emocional, así como tristeza e infelicidad. Mencionaron que la obesidad puede ser causa de un desajuste psicológico. De manera similar Igualmente Tamayo & Restrepo (2014) encontraron que Las personas con obesidad mórbida son psicológicamente diferentes, ya que está asociada con consecuencias psicosociales debilitantes como depresión, ansiedad y baja autoestima.

Este estudio no coincide con las características, mencionadas por Alvarado et al. (2005 ni de Tamayo & Restrepo (2014), lo que se encontró fue, que los tres participantes estudiaban, trabajaban y han estado en constante desarrollo cognitivo, además se integraban en distintos entornos sociales. En el caso de JM el tamaño de su cuerpo y su fuerza le han permitido sentirse útil y el que diga que no tiene novia porque las mujeres de su colonia “son locas y corrientes” se infiere que no se relaciona con quien no le gusta, por lo que no se considera que tenga baja estima. LC, no presentó problemas con su cuerpo, dijo siempre haber sido gordito y no sentirse mal, mientras que HM, al considerarse “gordibueno”, dijo aceptarse como es y saber que no llegará a ser talla 9 pues sus caderas son anchas. En su narrativa no se percibió perturbación emocional.

Respecto a los signos y síntomas físicos y corporales, en caso de LC mencionó, que descansa poco, pues se levanta 5 o 6 veces a orinar durante la noche, consume refresco cada vez que se levanta al baño, debido a la sed que siente y que en los últimos dos años ha bajado 35 kilos sin razón aparente, por lo que se creyó que LC tiene altas probabilidades de padecer Diabetes tipo II, una enfermedad que no contemplaba, de lo que ha tenido miedo es de contraer algún tipo de cáncer, algo que hay que resaltar es que sus creencias de que el cáncer

es hereditario, no le permiten cuestionar el riesgo en que le pone su exceso de peso y sus hábitos de consumo.

A partir de los hallazgos antes descritos, coincidimos con Diez (2006) cuando señala que el exceso de glucosa en sangre derivada de los alimentos se puede desarrollar diabetes, sus síntomas principales son, orina abundante y frecuente, sed excesiva debido a la deshidratación, menciona también que, aunque ésta enfermedad puede tener un origen genético, los estilos de vida inadecuados y los malos hábitos de alimentación aumentan de manera importante el riesgo de adquirirla,

Respecto a la estigmatización, Goffman (2006) señaló que ésta vulnera la identidad de las personas que no encajan en estándares creados por una sociedad, señala que uno de los tres tipos de estigmas hace referencia al cuerpo y sus defectos físicos y considera que la persona estigmatizada puede ser víctima de aquellos que ofrezcan quitar el defecto. Menciona también que la persona puede intentar corregir su condición en forma indirecta, desarrollando otras capacidades que serían impensables para las personas con ese problema.

Los hallazgos encontrados en este estudio coinciden con Goffman (2006), aunque los participantes dijeron que en algún momento vivieron discriminación o fueron estigmatizados por su obesidad, los varones dijeron que no les afectó, sin embargo, a HM, le causó varios problemas, emocionales incluyendo trastornos en la conducta alimentaria como fue la anorexia además de los problemas físicos con el exceso de peso y no poder bajar. Es indudable que con el exceso de peso el cuerpo se deforma. Estos resultados se relacionan y coinciden con lo expuesto por Urrejola (2007) que cuando los adipocitos se llenan de grasa (hipertrofia) se crean otros, que siguen acumulando el exceso de grasa (hiperplasia) estos adipocitos ya no se eliminan, seguirán ahí, aunque se reduzca de peso y esto facilitara el volver a engordar.

Ante una sociedad que dicta que lo aceptable es un cuerpo delgado, entonces un cuerpo obeso es un defecto físico que hay que corregir. También para eliminar la obesidad,

se puede ser víctima de las cirugías estéticas y productos “milagro” para adelgazar, etc. En el caso de los participantes, coinciden con lo mencionado por Goffman, (2005), que han desarrollado otras capacidades principalmente cognitivas, que les ha llevado a percibirse inteligentes y no únicamente “gordos”, o como lo señala Alvarado et, al (2005) personas perezosas depresivas y faltos de voluntad. Esta última aseveración, no coincide con lo encontrado en este trabajo.

En este estudio los hallazgos coinciden sólo parcialmente con De Domingo Y López (2014), mencionan que las mujeres, independientemente del tipo de obesidad que padezcan, presentan un mayor riesgo de padecer discriminación tanto en su entorno, en el área laboral como en el ámbito de la salud. Las mujeres son más sensibles y tienen mayor riesgo de ser estigmatizadas que los hombres. Los datos que se pudieron contrastar fue respecto a que las mujeres son mayormente estigmatizadas que los hombres, ya en otro apartado se hizo referencia a que quizá la percepción obedezca a que las mujeres son más expresivas y se permiten tocar emociones dolorosas al narrar, a diferencia de los hombres, por lo que se coincide con esta propuesta, aunque la lectura debería ser desde otro lugar, desde la comunicación y el darse permiso de narrar.

Así mismo Tamayo & Restrepo (2014) señalan que los desarrollos tecnológicos inherentes al progreso de una sociedad han fomentado el sedentarismo. Cada vez más actividades se hacen sentados frente a una pantalla, sea para estudiar, trabajar o recrearse. Acerca de este tópico la categoría Sedentarismo y *Tecnología* dio cuenta y coincidió con estos autores. Se encontró que en los tres participantes casos ya sea por trabajo, por estudio o por recreación, las actividades que realizaban las hacían sentados, acostados, en auto, o en transporte público.

Al igual que con la subcategoría Tecnología, se coincide con los autores antes descritos ya que los resultados indicaron que los tres participantes, pasan muchas horas en el uso de los aparatos tecnológicos, ya sea tomando cursos por internet, para el uso de herramientas computacionales, navegación, redes sociales en el caso de HM además de

obtener un empleo, le permitió tener un “novio virtual”. A todos los participantes, esta actividad les ha traído beneficios, económicos, desarrollo cognitivo, de logro y reconocimiento. Quizá estos aspectos positivos van reforzando la conveniencia de mantenerse en estas actividades que les llevan al exceso de peso.

CONCLUSIONES

Finalmente se pudo concluir que la obesidad tiene que ver con una circularidad dialéctica, es decir, situaciones interrelacionadas entre sí, como la marginación laboral que les lleva a la alternativa del autoempleo, éstos generalmente se caracterizan por ser sedentarios, otro factor es la marginación o auto marginación social, por no mostrar su cuerpo ni su manera de comer, y el uso de tiempo libre para la inactividad, que aunado al tipo de alimentación les lleva a la ganancia de peso.

A partir de la exploración de las construcciones simbólicas y los significados que los participantes tienen y asocian tanto a la alimentación, a sus tradiciones culinarias, a las relaciones interpersonales y familiares, al tamaño de su cuerpo y al sedentarismo, se pudo analizar y considerar que su exceso de peso es derivado de su estilo de vida, así como de su esquema de creencias, heredados de un entorno familiar, cultural y socioeconómico, que enseña, que induce y condiciona la forma de percibir, de interpretar y de vivir el sobrepeso y la obesidad y que en ocasiones dista de los conceptos, inferencias o interpretaciones que los profesionales de la salud han concebido.

El presente trabajo permitió concluir que:

- 1) El tipo de **alimentación** y las prácticas de consumo, son algunas de las causas que generan sobrepeso y obesidad, las comidas industrializadas, la adicción por los azúcares, las grasas, y los refrescos, las comidas fritas, capeadas o empanizadas, además de comer sin horarios fijos, las porciones abundantes o cenar justo antes de ir a dormir contribuyen también a la ganancia de peso, debido a que todos los órganos entran en una etapa de reposo y el metabolismo se vuelve lento, estos alimentos se acumulan como reserva de grasa. Por ello, es importante resaltar que el hecho de comer, no significa que se sabe elegir los productos que convienen a la salud corporal, o que por comer de todo, significa estar bien alimentado, o estar sano porque no se tiene

restricción alimentaria, la falta de educación nutricional se pone de manifiesto a la hora de combinar los diferentes grupos de alimentos.

En cuanto a la adicción por la comida calórica, varios autores han señalado que ésta es elaborada con la fórmula adictiva, grasa, azúcar, sal y en algunos casos cafeína, debido a su combinación este tipo de alimentación se vuelve irresistible, los síntomas como el deseo, la ingesta compulsiva, el síndrome de abstinencia y la incapacidad de regular su consumo, son similares a los presentados por el consumo drogas y poco pueden hacer cuando el cerebro y el hipotálamo han sido condicionados.

Al consumir éste tipo de alimentación, la voluntad poco puede hacer para evitarla, parece complejo renunciar a la comida cuando ésta, se relaciona con la demanda de placer, cuando hay pocas actividades en la cotidianidad de la vida, que puedan reemplazar la gratificación que se ha encontrado en la relación con la comida. Un planteamiento a considerar es que quizá, su hambre esté en otro lugar; hambre de practicar actividades que la obesidad les ha impedido, como nadar, bailar, patinar o montar en bicicleta; hambre de vivir relaciones significativas, sexuales y amorosas, que por vergüenza o por miedo a ser rechazados han restringido actividades que pudieran resultar placenteras.

- 2) Para mejorar la forma de alimentarse, hay que considerar que en el trayecto de ser hijos, es la familia quien condiciona los sabores, olores, texturas y la forma de preparar los alimentos a partir de las **tradiciones culinarias**, es aquí donde se educa al paladar y al hipotálamo, donde se construyen las preferencias por ciertos alimentos, además de los significados que están presentes en torno a la alimentación, normalmente se relacionan con el castigo o con el amor y el afecto, por ejemplo: ¿Cómo renunciar a la comida y a los postres que con tanto amor preparó mamá, o a la comida favorita, que te trajo, quien piensa ti, acaso decir que no, sería tanto como rechazar no sólo la comida, sino a la persona? Y ¿Cómo omitir la cena? si es el momento que se espera para reunirse al

finalizar el día, es aquí donde se fortalecen los lazos afectivos, el diálogo y en torno a la comida se reafirma la identidad y la pertenencia al grupo familiar.

Cuestionar las tradiciones culinarias que se aprendieron en casa, las emociones, el placer, los simbolismos y las creencias que se han construido en torno a la alimentación, es un paso para desaprender y construir nuevas relaciones con la comida, probar nuevos sabores y nuevos ingredientes, es no renunciar a la cena, no cancelar estos encuentros afectivos de nutrición emocional, sino elegir cenas ligeras, porciones pequeñas y de ser posible cenar más temprano. Otro dato que hay que resaltar es, que culturalmente, son pocos los hombres que cocinan, que eligen sus alimentos y la calidad de los productos para su preparación, esa tarea la siguen delegando en las mujeres, como una cuestión de género dado por la cultura, para no responsabilizarse de su alimentación.

- 3) En cuanto a **lo corporal**, Opiniones externas han influido en su autopercepción en favor de la obesidad y ha sido una de las causas principales de por qué no bajan de peso, cabe resaltar que es el grupo familiar quién fomenta e influye en la construcción de la obesidad, no sólo con la alimentación, lo hacen también con frases de aceptación como: ¡“que gordito, que bonito”!, ¡“Más vale gordito feliz que flaco que de lástima”!, no cuestionan su exceso de peso, no existe la crítica a los kilos que van ganando o a las cantidades de comida que consumen, pues no se tiene autorregulación ni límites, tampoco se discute su forma de vida sedentaria. Parece que aprendieron a guardar silencio, a ser permisivos, quizá como muestra de amor o de complicidad, donde cada uno de los miembros de la familia hacen lo mismo y tienen como norma el sobrepeso y la obesidad.

Padres que no enseñaron el cuidado del cuerpo, quizá porque ellos tampoco lo aprendieron, practicar medidas preventivas o correctivas, visitas médicas para buscar apoyos del sector salud que expliquen ¿por qué su cuerpo se deforma y crece?, esto parece poco probable, como poco probable resulta cuestionar lo aprendido en el sistema familiar.

Se consideró que es difícil bajar de peso cuando en su trayectoria de vida han encontrado aspectos positivos a la obesidad, como creer que por el tamaño de su cuerpo son respetados y nadie se atreve a molestarlos, o cuando han relacionado su exceso de peso con la fuerza física y han asumido que por eso son aceptados, más bien han encontrado razones para justificar que su cuerpo siga ganando peso, es posible que cuando eliminen las causas de porqué quieren tener un cuerpo grande, cuando comprueben, que se puede ser delgado y desarrollar la fuerza física, cuando puedan tener otros amigos para quienes sea más importante la persona que su fuerza o bien, cuando dejen de usar la grasa de su cuerpo como protección de un entorno discriminador. Entonces quizá, podrán eliminar la obesidad. Aunque al parecer, ese no ha sido un tema prioritario en sus vidas, sobre todo cuando han encontrado razones para mantenerse obesos.

Respecto a las mujeres, también ellas han encontrado aspectos positivos al tener exceso de peso, como sentirse bien en su cuerpo al considerarse con curvas, sobre todo cuando la mirada del otro las construye, las clasifica, las acepta y las aprueba, usando términos como “gordibuenas”. Vale la pena recordar a las mujeres que cuando cambien los motivos que las mantienen con sobrepeso, cuando comprueben, que pueden pesar menos y conservar sus curvas, cuando, en lugar de agrandar al otro, encuentren beneficios al reducir de peso y de medidas, entonces quizá podrán eliminar la obesidad.

Otro de los hallazgos del presente trabajo, fue que para los casos de estudio, la obesidad ha tenido una valoración y un simbolismo distinto al determinado por el sector salud, ya que su exceso de peso no lo perciben como problema. Se creen saludables porque no les duele nada, y porque no tienen ninguna restricción alimentaria. Habría que tomar en cuenta que la obesidad, físicamente no duele, pero al interior del cuerpo están ocurriendo cambios biológicos, según el enfoque médico se gesta un proceso de hipergénesis, donde las células del tejido adiposo crecen en tamaño para asimilar el exceso de grasa, una vez llenos los adipocitos, se multiplican y ya no se eliminan

aunque se reduzca de peso, lo cual facilitará el volver a engordar. Respecto a la distribución y acumulación de la grasa, se determina genéticamente según la forma del cuerpo (androide/manzana o ginecoide/pera).

- 4) Otras causas que se sumaron a la etiología de la obesidad fueron **el sedentarismo enlazado a la tecnología**, donde sentarse frente a los aparatos tecnológicos se ha vuelto una práctica común, actualmente la tecnología está presente y cada vez son más, las actividades que así lo demandan, por ejemplo: estudiar, trabajar, relacionarse y recrearse. Actividades que llevan a mantenerse sentados por muchas horas y se cree que difícilmente cambiarán sus intereses en la tecnología que les ha proporcionado aprendizaje, empleo, logro, dinero, satisfacción y diversión, por actividades físicas.

Si bien no se han considerado los beneficios de la actividad física como: disminuir el estrés, la fatiga, la ansiedad, la irritabilidad, mantenerles alejados de las enfermedades crónicas, fomenta las relaciones afectivas reales, la pertenencia, el contacto humano, que se puedan saludar y abrazar, también mejora la autoestima, la auto aceptación, las respuestas psicosociales, las competencias y el logro, además de generar endorfinas que producen felicidad, etc. Es importante resaltar que el ejercicio no se concibe únicamente para bajar de peso, sino como parte permanente de la vida cotidiana.

- 5) En el presente estudio, ninguno de los participantes se consideraron enfermos por tener obesidad o sobrepeso, su criterio difiere tanto del IMC como de los profesionales del sector salud, quienes en ocasiones los responsabilizan por su sobrepeso y se les considera flojos, faltos de voluntad, y de autoestima, conceptos que no se observaron en los participantes. Se espera que se intensifique un trabajo conjunto entre personas con obesidad o sobrepeso y los profesionales de la salud, donde la prevención permita aplazar o en el mejor de los casos evitar un futuro amenazado por la diabetes, el cáncer, la hipertensión, o las enfermedades cardiovasculares, entre otras.

- 6) Al parecer, no existe un consenso de si la obesidad es o no una enfermedad, a partir de los resultados que arroja el presente estudio, se propone entender la obesidad como una consecuencia de un estilo de vida poco saludable y aclarar que las personas con obesidad no son las únicas responsables de su sobrepeso, sino que un entorno obesogénico también contribuye, el poco control que existe en cuanto a políticas públicas sobre la industria alimentaria, misma que ha modificado la alimentación de la población con productos con alto contenido calórico, un gran aporte de carbohidratos, grasas y azúcares, la proliferación de comida rápida, sin valor nutricional, pero que tiene gran demanda por ser barata y accesible.
- 7) Aunque en México se han implementado algunas medidas fiscales como: el impuesto a las bebidas azucaradas y a los productos con alto contenido calórico, el etiquetado con el contenido nutricional de los productos, la prohibición de venta de comida chatarra en las escuelas, la regulación de horarios de los anuncios televisivos de productos calóricos entre otros. Todavía no se reflejan en una disminución del sobrepeso y la obesidad de la población. Se requiere mayor atención e implementar otras medidas que incluyan de manera correcta la prevención, dirigida a la población con normo peso y no sólo a las personas que ya tienen los kilos de más, conjuntamente incluir la educación nutricional de la población.
- 8) Finalmente, vale la pena reconocer que, si bien la obesidad tiene múltiples causas y por ello su tratamiento o solución no ha sido fácil, tampoco hay estudios científicos que contribuyan de manera determinante a la solución del problema de obesidad, pero hoy se sabe que existen otros factores que han sido poco abordados, y que algunos se han tocado aquí. Dejar claro que no es solamente una cuestión de cuidar la alimentación y hacer ejercicio, sino un cambio en su estilo de vida más sano y permanente.

Comprender a las personas en su contexto, entender que una intervención multidisciplinaria sería la mejor opción y la prevención, la mejor medicina. Se espera

que el presente estudio contribuya a que los psicólogos interesados en el tema de la obesidad, acompañen en el proceso de cambio, no solo en la adherencia terapéutica, sino haciendo intervención, descubrir las cargas emocionales que albergan los cuerpos grandes, el cuerpo que engorda, porque en muchos casos la obesidad es solo la punta del iceberg. Y que eso conlleve a desarrollar la autoestima de la persona, para lograr el auto cuidado de su cuerpo, como una muestra de amor a sí mismos y por ende que tengan vidas más plenas y satisfactorias.

- 9) Se espera que el área de psicología pueda intervenir y generar procesos de cambio, sin destruir aspectos que son favorables a su desarrollo humano, donde la persona con exceso de peso, asuma su responsabilidad en una trayectoria posible y pueda integrarse a actividades grupales, como el baile, donde está presente la motivación, el contacto y las relaciones afectivas, que además del ejercicio incluyan actividades artísticas donde puedan expresar emociones al pintar, cantar, tocar instrumentos y relacionarse, encontrar otros satisfactores menos sedentarios, que sean placenteros y se reflejen en una mejor calidad de vida. Sobre todo, la intervención psicológica apremia, cuando cada vez son más los estudios que resaltan que la salud, no ha sido una motivación suficiente para bajar de peso y que se pudo comprobar con los participantes de esta investigación.
- 10) Para lograr lo anterior se **sugiere** incrementar los estudios desde la psicología que aborden la obesidad, a partir de la propia perspectiva de las personas que la viven y significan, para que los psicólogos puedan contar con recursos teóricos y metodológicos más afines en un contexto donde la obesidad se incrementa día con día, generando un sinfín de problemas, económicos, sociales y de salud.

REFERENCIAS

- Abramson, E. (1999). *El comer emocional una guía práctica de control*. España: Desclée de Brouwer, S. A.
- Alvarado, A. M., Guzmán, E. y González, M. T. (2005). Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención Psicológica en Pacientes con Obesidad, *Enseñanza e Investigación en Psicología Vol. 10*, núm. 2, pp. 417-428
- Álvarez Dongo, D. Sánchez-Abanto, Gómez-Guizado y Tarqui-Mamani (2010). Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Vol. 29, Núm. 3 pp.303-313.
- Amancio, O, Origoza, J.L. y Ramírez, I. (2007) Obesidad. *El Ejercicio Actual de la Medicina*. Recuperado de:
http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2007/may_01_ponencia.html
- APA. (2012). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association*. México: Manual Moderno.
- Baile, J. I. y González, M.J. (2013). *Intervención psicológica en obesidad*, España, Pirámide
- Barquera, S., Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Pedroza, A., Rivera-Dommarco, JA. (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, 2000-2012. *Salud Publica de México* 55(2), 151-160.

- Barquera, S., Campos-Nonato, I., Rojas, R. y Rivera, J. (2010). Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México* 146:397-407. Recuperado de:
https://www.anmm.org.mx/GMM/2010/n6/38_vol_7146_n6.pdf
- Barroso, C. (2012). La obesidad un problema de salud pública. *Espacios Públicos*, 15(33), 200-215.
- Basurte, I. y Szerman, N. (2016). Food adicction: a critical reflexión. *Salud Mental* Vol. 39 no. Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000300107
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXV, núm. 4, pp. 537-546
- Bertran, M. (2010). Acercamiento antropológico de la alimentación en México. *Revista Salud Colectiva* 20(2). Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/html/4008/400838227004/>
- Bolívar, A. Domingo, J. y Fernández, M. (2001). *La investigación Biográfico-Narrativa en Educación*. España. La muralla S. A.
- Branden, N. (2000). *Cómo mejorar su autoestima*. México, Editorial Paidós Mexicana, S.A.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Utilizando el análisis temático en psicología. *Ogy Investigación cualitativa en psicología* 3(2). pp. 77-101 Recuperado de:
<https://core.ac.uk/download/pdf/1347976.pdf>
- Bruner, J. (1988). *Realidad Mental y Mundos Posibles*. Barcelona, España: Gedisa.

Cabrera, A. y Pliego, C. L. (2014) *Síndrome Metabólico*. México, Solar, Servicios Editoriales, S.A.

Campillo, J. E. (2015). *El mono obeso*, México, Paidós.

Cárdenas, L. Alquicira, R. Martínez, C. y Robledo, A. (2014). Obesidad y su asociación con factores emocionales: Estudio comparativo entre alumnos universitarios de nuevo ingreso. *Revista Unam*. Vol. 21 Num. 4. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300335>

CENAPRECE, (2015). Prevención y control de la obesidad y riesgo cardiovascular 2013-2018. *Centro Nacional de Programas preventivos y control de enfermedades*. Recuperado de: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PreencionControlObesidadRiesgoCardiovascular2013_2018.pdf

Centro de Estudios de Finanzas Públicas (2015) recuperado de: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/periodismo-de-datos/2015/11/10/resultados-del-indice-de-competitividad-internacional-2015>

Cruz, M., Tuñón, E., Villaseñor, M., Álvarez, C. y Nigh, R. (2013). Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. México. Vol. 25 ni. 57

Dailey, K. “¿Es la obesidad una enfermedad?” *BBC News Mundo*. (www.bbc.com/mundo) 25 de junio de 2013, consultada 06 diciembre 2018, https://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/06/130625_salud_obesidad_enfermedad_gtg

- Dávila-Torres, J., González-Izquierdo, J. & Barrera-Cruz, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53 (2), 240-249
- De Domingo, B. & López, J. (2014). La estigmatización social de la obesidad. *Cuadernos de bioética*, 25, 273-284
- Díaz-Guerrero, R. (1990). *Psicología del Mexicano*. México: Trillas.
- Díez, B. (2006). Consideraciones acerca de la diabetes mellitus tipo 2. *Investigación y educación en Enfermería*. Vol.24 no. 1. Medellín. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000100001
- Dotto, J. La extraña relación entre los efectos del chocolate y la marihuana. *Infobae nutriglam* (<https://www.infobae.com>) 03 de abril de 2017, consultada 30 junio 2019, [infobae.com/tendencias/nutriglam/2017/04/03/la-extrana-relacion-entre-los-efectos-del-chocolate-y-la-marihuana/](https://www.infobae.com/tendencias/nutriglam/2017/04/03/la-extrana-relacion-entre-los-efectos-del-chocolate-y-la-marihuana/)
- DSM-5 (2014). Nueva clasificación de los trastornos mentales. *Revista chilena de neuropsiquiatría en LILACS y Scielo* - Año 68, VOL 52, Suplemento N° 1, recuperado de: https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf
- Flores, L. (2019). Campaña contra la obesidad con EPN adelgazó... sólo las finanzas: medios se comieron 700 millones. 29 octubre 2017, de Sinembargo Sitio web: <https://www.sinembargo.mx/21-03-2019/3553890>

García, E., Llata de la, M., Kaifer, M., Tusie, M.T., Calzada, Raul., Vázquez V., Barquera, S., Caballero, A., Orozco, L., Velásquez, D., Rosas, M., Barriguete, A., Zacarías, R. y Sotelo, J.. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión 30 abril 2018, de Salud Pública de México Sitio web: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2008.v50n6/530-547>

García, A. y Méndez, E (2011). ¿Qué sabe ud. Acerca de... sobrepeso y obesidad? Revista mexicana de ciencias farmacéuticas. México, Vol. 42. No. 3. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-01952011000300008

Gershenson, C. y Wisdom, TN. (2013), Previniendo enfermedades crónico-degenerativas con vacunas sociales. *Cirugía y Cirujanos*, vol. 81, núm. 2, marzo-abril, 2013, pp. 83-84. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66225687001.pdf>

Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Talleres Gráficos Color Efe, Madrid.

Gómez, A. (2015). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. *Moitor Estratégico*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>

González, C. y Atalah, E. (2011). Regulación de la publicidad televisiva de alimentos para prevenir la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. Vol. 61. Núm. 3, 296-299

Grau, J. (2016). Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud & Sociedad*, Vol. 7, Núm. 2, pp. 138-166. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4397/439747576002.pdf>

Jampolis, M. (2011). La adicción a la comida comparte síntomas con la de la droga o el alcohol. Expansión. Recuperado de: <https://expansion.mx/salud/2011/09/07/la-adiccion-a-la-comida-comparte-sintomas-con-la-de-la-droga-o-el-alcohol>

Katz, D., "Obesity as Disease: Why I vote no", *Huffpost life* (<https://www.huffpost.com/life/>), 7 de diciembre de 2017, consultada 6 de diciembre de 2018, https://www.huffpost.com/entry/obesity-disease_b_3478322?guccounter=2

Kweitel, S. (2007). IMC: Herramienta poco útil para determinar el peso útil de un deportista. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* vol. 7 (28) pp. 274-289 <Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista28/artIMC18.htm>

Lange, S. (2001). *El Libro de las Emociones*. Madrid, España: EDAF, S.A.

León, R.; Jiménez, B.; López, A. y Barrera. K. (2013). *Ideas sobre las causas de la obesidad en estudiantes universitarios mexicanos y españoles*. Vol. 18, núm. 1, Xalapa, México Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29228948007.pdf>

López, F. y Cortés, M. (2011) Obesidad y corazón. *Revista española de cardiología*. Vol. 64 Núm. 02. Recuperado de <http://www.revespcardiol.org/es/obesidad-corazon/articulo/13191034/>

Macías, Díaz, Sánchez, Rodríguez, Herrera y Moreno (2012). Estilos de vida, sobrepeso y obesidad en adolescentes de enseñanza media de la Habana. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*. V.16. p.45-53. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S2173-1292\(12\)70072-8](https://doi.org/10.1016/S2173-1292(12)70072-8) Get rights and content

Malo-Serrano, M., Castillo, N., Pajita, D.. (2017). La obesidad en el mundo. 17 de noviembre de 2017, de . *An Fac med*. 2017;78(2): 173-178 Sitio web: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v78n2/a11v78n2.pdf>

Marceliano, J., "La negación del saber médico en personas enfermas", *Licenciatura, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, 2017, h146*

Martínez, Tovilla, López, Juárez, Jiménez, González y Pool, (2014). Prevalencia y gravedad de la depresión y la ansiedad en pacientes con obesidad y diabetes de tipo2: estudio en población e Tabasco, México. *Gaceta Médica de México* 2014;150 Suppl 1:101-6 https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/s1/GMM_150_2014_S1_101-106.pdf

Mejía, X. (2017) *Muertes por diabetes, mismo número que las de la Revolución*. Excelsion México 2017 recuperado de: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/11/14/1201045>

Medina, F. Aguilar, A. y Solé-Sedeño, J. (2014). Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*. 34(1) pp. 67-71

Meneses, M. y Moncada, J. (2008). Imagen corporal percibida e imagen corporal deseada en estudiantes universitarios costarricenses. 2 de junio de 2018, Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte Sitio web: <https://www.redalyc.org/pdf/3111/311126259002.pdf>

Meza, C y Moral, J. (2011). Obesidad: una aproximación desde la psicología psicoanalítica. *Revista Internacional Psicoanálisis on-line*. Número 037 2011. Recuperado de <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000686>

Miguel, P. E. y Niño, A. (2009) *Consecuencias de la obesidad*. *ACTIMED*, Vol. 20(4) recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001000006

Moss, M. (2016). *Adictos a la comida basura*. España: Artes Gráficas Huertas, S. A.

Oliva, O. y Fragoso, S. (2013) Consumo de comida rápida y obesidad, el poder de la buena alimentación en la salud. *Revista iberoamericana para la investigación y el Desarrollo Educativo*, Vol. 4, Núm. 7, pp.176-199. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4981/498150315010.pdf>

OMS, (2005). La Organización Mundial de la Salud advierte que el rápido incremento del sobrepeso y la obesidad amenazan aumentar las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales. Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr44/es/>

OMS, (2015). Epidemia de obesidad y sobrepeso vinculada al aumento del suministro de energía alimentaria. Recuperado de: <http://www.who.int/bulletin/releases/NFM0715/es/>

OMS, (2018). Enfermedades no transmisibles. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Panamericana de la Salud (OPS), “Historia Natural de la Enfermedad”, *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, (www.studocu.com/es-mx), 2018, consultada 13 de enero de 2019, <https://www.studocu.com/es-mx/document/aliat-universidades/bioetica/resumenes/historia-natural-de-la-enfermedad-ops/3898989/view>

Palomino, P., Grande, M. L., Linares, M. (2014). La Salud y sus Determinantes Sociales Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología (RIS)* Vol. 72, extra 1, 71-91. Recuperado de: <https://www.sis.net/documentos/ficha/216793.pdf>

Pérez, G., Alarcón, I. L., Yosseff, J. J. y Salguero, M. A. (2011). *Psicología Cultural*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Peris, G. (2017). Sobre la predisposición genética a padecer enfermedades. Naukas con la Cátedra de Cultura Científica de la UPV/EHU. Recuperado de <https://culturacientifica.com/2017/03/17/la-predisposicion-genetica-padecer-enfermedades/>

Prospero, O. (2014). *Las adicciones*. México: ¿Cómo ves?

Quirantes, Ramírez, Meléndez y Pérez (2009). Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. *Revista cubana Salud Pública*. V.35, N.3 Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000300014

Ramírez, S. (2005). *El mexicano, psicología de sus motivaciones*. México: De bolsillo

Revenge J. (2015). El Cerebro obeso. Blogs El nutricionista de la general recuperado de <https://blogs.20minutos.es/el-nutricionista-de-la-general/2015/08/31/nuevo-libro-el-cerebro-obeso-una-lucida-perspectiva-neuroendocrina-del-problema-y-sus-posibles-soluciones/>

Reyna, L. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. Vol. 29 núm. 3 recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/363/36325041010.pdf>

Riobó, P. (2013). Obesity and Diabetes. 8 de marzo 2018, de Nutricion Hospitalaria Sitio web: <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309229028016.pdf>

Rodríguez, E., ” Los 10 estados más obesos de México”. *El Financiero*, 30 de Julio de 2015, consultado 15 de enero de 2018, <https://www.elfinanciero.com.mx/rankings/los-10-estados-con-las-mayores-tasas-de-obesidad>

Salazar-Coronel, A., Martínez-Tapia, B., Mundo-Rosas, V., Méndez-Gómez, H. y Uribe-Carbajal, R (2018). Conocimiento y nivel de comprensión de la campaña Chécate, Mídete, Muévete en adultos mexicanos. *Revista Salud Pública de México*. Vol. 60, No. 3. Recuperado de: saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/8826/11498

Sánchez, C., Ibáñez, C. y Klaassen, J. (2014). Obesidad y cáncer: la tormenta perfecta. 10 febrero 2018, de Revista Médica de Chile Sitio web:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Secretaría de Salud (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria*. Recuperado de: ctivate.gob.mx/documentos/acuerdo%20nacional%20por%20la%20salud%20alimentaria.pdf

Secretaría de Salud (2010). Obesidad en Mexico. *Sistema Nacional de Vigilancia y Epidemiología* Vol. 27 (43). Recuperado de :
<http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/13056/sem43.pdf>

Secretaría de Salud, “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Resultados Nacionales 1998”, *Instituto de Salud Pública (www.salud.gob.mx)* 1999 consultada 8 de diciembre de 2017, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/nutricion.pdf>

Secretaría de Salud, “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Resultados Nacionales 2012”, *Instituto de Salud Pública (www.gob.mx)* 2013 consultada 8 de diciembre de 2017, <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>

Secretaría de Salud, ““Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016”, *Instituto de Salud Pública (www.gob.mx)* 31 de octubre 2016 consultada 23 de marzo 2019, <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

- Servicio de Salud de Castilla La Mancha. (2014). Trastornos de la Conducta Alimentaria. 16 junio 2018, de Servicio de Salud de Castilla La Mancha Sitio web: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/carteleria/imagenes/pdf/20140729/campana_trastornos_en_conducta_alimentaria.pdf
- Silva, CH. (2013). Imagen corporal y actitud: un enfoque cualitativo. 11 de mayo 2018, de ORBIS Revista Científica de Ciencias Humanas Sitio web: <https://www.redalyc.org/pdf/709/70926716006.pdf>
- Soto, G., Moreno, L. y Palma, D. (2016). *Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad*. Revista de la facultad de medicina de la UNAM. México. Vol. 59, no 6. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un166b.pdf>
- Tamayo, D. & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6 (1), 91-112 http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922014000100007&lng=pt&nrm=iso
- Torres, F. (2001). *El saldo del siglo XX: la inseguridad alimentaria en México*, XXI Seminario de Economía Agrícola, México. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4505671&pid=S1405-7425200700040001000030&lng=es
- Torres, F. (2003). La alimentación de los mexicanos al final del milenio: de la diversidad a la homogeneidad regional. *Notas, revista de información y análisis*, Num. 10. 2000, pp 47-58. Recuperado de <http://bvspers.paho.org/texcom/nutricion/pr27.pdf>

Torres, F. y Rojas, A. (2018). Obesidad y salud pública en México: transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos. *Problemas del desarrollo*, 49(193), 145-169. Recuperado de:
<https://dx.doi.org/10.22201/iiec.20078951e.2018.193.63185>

Urrejola, P. (2007). ¿Por qué la obesidad es una enfermedad? *Revista chilena de pediatría*. 78 (4): 421-423. Recuperado de:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-410620070004000129

Vigotsky L. (1989) Fundamentos de Defectología, Obras Completas, Tomo V, Ed. Pueblo y Educación, Ciudad de la Habana, Cuba