



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina



Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas,
Odontológicas y de la Salud
Campo de conocimiento en Ciencias Sociomédicas
Campo disciplinario en Antropología en salud

Sobrepeso y obesidad como proceso biocultural y su relación con la salud sexual-reproductiva

TESIS

Para optar por el grado de
Maestro en Ciencias

Presenta:

Leonardo Bastida Aguilar

Tutora

Dra. Edith Yesenia Peña Sánchez

Instituto Nacional de Antropología e Historia

Comité

Dra. Lilia Hernández Albarrán
Instituto Nacional de Antropología e Historia

Dra. Elia Nora Arganis Juárez
Facultad de Medicina UNAM

Ciudad de México a 30 de enero de 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A Mamá, Papá
Iván y Paco,
eternos

A Anita, por las enseñanzas y los aprendizajes, y esa gran
experiencia de vida

Fran y Tiz,
Gracias

A las Dras. Yesenia y Lilia, por la guía, los consejos,
el apoyo y las oportunidades.
Gracias

A Xochitl

Flor de alegría, sabiduría, bondad, amor, amistad,
dulzura, honestidad,
gracias por llevarme de tu mano durante este recorrido,
con altas y bajas, pero siempre con cariño y amor.

Gracias por el aprendizaje dado, la
apertura de los ojos, el sembrar las dudas
para encontrar las mejores respuestas,
el saber que las realidades se pueden cambiar
desde todos los ámbitos posibles.

El enseñarme que el cambio será feminista o no será,
pues sólo a partir de ahí pudo surgir una investigación como esta.
Gracias eternas.

Resumen

La presente investigación está enfocada en analizar, identificar y conocer los contextos medicalizados y estetizados alrededor de los cuerpos con sobrepeso u obesidad. Desde la antropología, en especial, la de la salud y la de la sexualidad, ha sido posible plantear un modelo biocultural de estudio de la situación de personas consideradas con obesidad en la ciudad de México a fin de conocer las formas en cómo construyen su imagen corporal y viven su sexualidad y erotismo en medio de un contexto en el que se cuestiona la diversidad corporal y estética

El análisis se hace desde diferentes niveles: macro, meso y microsocioal con el objetivo de conocer el impacto de los discursos, las políticas públicas y las prácticas relacionadas con la obesidad en la cotidianidad de las personas; las maneras en que estas son aterrizadas por las instituciones de salud y de otra índole e implementan medidas para buscar una solución a la situación, y las formas en que estos mecanismos impactan en las vidas de las personas, en sus tomas de decisiones, y en muchos otros aspectos, entre ellos, el de su salud sexual y el ejercicio de su sexualidad.

Al plantear un modelo biocultural de análisis de la obesidad se tomaron en cuenta aspectos sociales, políticos, culturales, económicos, ambientales, emocionales, corporales, alimentarios, entre otros, que permitan comprender y analizar las respuestas dadas por quienes han sido diagnosticados con obesidad y a través de la vivencia de su sexualidad pueden repetir ciertos patrones impuestos, pero también cuestionarles. Algunos de los resultados a presentarse, muestran la forma en que estas personas han dado respuesta a la exigencia de moldear sus cuerpos conforme a ciertas medidas y estereotipos.

Por lo tanto, las trayectorias de vida y de ejercicio de la sexualidad y de cuidado de la salud sexual y reproductiva compiladas para esta investigación muestran las diferentes formas de asimilación de un discurso hegemónico sobre los cuerpos, pero también, las resistencias ante dichos discursos y los contrapesos elaborados por las propias personas para derribar los mitos existentes alrededor de la obesidad y la sexualidad.

Ante un fenómeno complejo y multicausal como la obesidad, se requieren más investigaciones de corte cualitativo con una perspectiva antropológica en la que se aborden las intersecciones de categorías como el género, el cuerpo, la sexualidad, la salud sexual y reproductiva, la autopercepción, la imagen corporal, entre otros aspectos, hasta el día de hoy, relegados a un segundo plano.

Índice general

Introducción	6
Capítulo 1. Del planteamiento del problema a la estrategia metodológica	18
1.1 Los debates alrededor de la obesidad. Un problema a discusión	18
1.2 ¿Por qué hablar de obesidad y sexualidad?	20
1.3 Preguntas, objetivos e hipótesis	27
1.4 Justificación	32
1.5 Estrategia metodológica	37
Capítulo 2. La obesidad como un problema biocultural	50
2.1 Los múltiples significados de la obesidad	50
2.2 ¿Medicalización del cuerpo?	52
2.3 ¿Estetización del cuerpo?	58
2.4 Estilos de vida, identidades y discursos disidentes	62
2.5 Visión antropológica	64
2.6 La obesidad como problema de salud biocultural	75
Capítulo 3. Obesidad, sexualidad, identidad y biopoder/biopolítica	86
3.1 Cuerpo, género y violencia	86
3.2 Transición económica y alimentaria De rico y pobres ¿Economía y alimentación?	92
3.3 Cuerpo obeso: biopolítica, biopoder e identidad	99
3.4 Sinónimo de emergencia y la respuesta sanitaria	105
Capítulo 4. Contexto sociohistórico y cultural de la obesidad en México	117
4.1 Gordura, sinónimo de salud en el pasado y enfermedad en el presente	117
4.2 El aumento gradual de las cifras de sobrepeso y obesidad	120
4.3 El contexto sociopolítico y económico. Un panorama obesogénico	126
4.4 Políticas públicas y programas de acción	129
Capítulo 5. La obesidad en el contexto microestructural	136
5.1 Características sociodemográficas de las personas participantes	136
5.2 Participantes y sus trayectorias del padecimiento. La experiencia de vivir la condición de obesidad	142
5.3 ¿Cómo me percibo? Obesidad, cuerpo, identidad, género y sexualidad	146
5.4 ¿Cómo me perciben? Biopolítica y obesidad	152
5.5 Representaciones y prácticas sobre obesidad y salud en general	159
5.6 Representaciones y prácticas sobre la obesidad y la salud sexual y la reproductiva	164
Discusión y reflexiones finales	174
Referencias bibliográficas	182
Anexos	201
1. Carta consentimiento	201
2. Entrevista semiestructurada	202
3. Entrevista a profundidad/Historia de vida	207

Índice de figuras, cuadros y tablas

Cuadro 1. Fases y objetivos de la investigación	38
Cuadro 2. Desgloce de preguntas, objetivos, enfoque y metodologías	40
Cuadro 3. Estructura de investigación	45
Cuadro 4. Análisis contextual	45
Cuadro 5. Selección de personas participantes	48
Cuadro 6. Actividades del objetivo general	48
Cuadro 7. Personas participantes	136
Cuadro 8. Características sociodemográficas	137
Figura 1. Estrategia metodológica	40

Introducción

El encabezado del anuncio era contundente, se llevará a cabo un estudio clínico para evaluar la eficacia y seguridad en la pérdida de peso corporal y composición corporal en pacientes con sobrepeso con comorbilidades u obesidad de la Ciudad de México. Como parte de la información complementaria se informaba que la investigación estaba avalada por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitario y que parte de los beneficios de participar en el mismo eran: seguimiento médico mensual, tratamiento, estudios clínicos cada 3 meses, así como una guía alimenticia y recomendaciones de actividad física.

Los requisitos para participar eran:—hombres y mujeres entre los 18 y 65 años de edad que vivan en la Ciudad de México o zona conurbada; tener sobrepeso u obesidad con o sin comorbilidades y un índice de masa corporal de entre 27.5 y 45; estar en posibilidad de ir a una cita mensual de seguimiento y acudir en tiempo y forma a sus análisis de laboratorio y gabinete; en el caso de las mujeres No estar embarazada o tener deseos de embarazo en el próximo año y medio; no estar participando en otro estudio clínico y no consumir drogas.

El objetivo de la investigación era demostrar la reducción de; peso corporal, índice de Masa Corporal (IMC), perímetro de cintura-cadera, glucosa, insulina, colesterol, hemoglobina glicosilada y triglicéridos.

Si se cumplían estas características o la persona considera tenerlas, podía escribir a los números de whatsapp colocados al final del anuncio. En mi caso, decidí intentarlo para saber en qué, consistía el estudio y bajo que parámetros se iba a llevar a cabo la investigación.

Tras un primer contacto, fui citado en una clínica particular al noroeste de la capital mexicana para que se me realizará una evaluación. Después de llegar al lugar, tras esperar algunos minutos fui conducido a un consultorio médico para que se me explicarían algunos detalles del estudio. La doctora encargada de la evaluación me comentó que la investigación consistía en probar un medicamento para bajar de peso durante 13 meses. Me indicó que debido a que era un estudio clínico, habría un grupo de personas que recibirían el fármaco en una determinada dosis, otros en otra más baja, y un último grupo, sólo recibiría placebo. Tras conocer la información, firmé el consentimiento informado al respecto.

Mientras ella preparaba la báscula para tomarme algunas medidas, pude ver de reojo en sus hojas que el activo a probar era la catina o D-norpseudoefedrina, indicado para

provocar la sensación de saciedad. Después de invitarme a pasar a la báscula y registrar mis datos, me indicó que debíamos contestar un cuestionario.

La primera pregunta fue a qué edad había comenzado mi vida sexual. Posteriormente, si tenía familiares con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, hiper o hipotiroidismo o algún tipo de cáncer o si yo ya había sido diagnosticado con alguna de esas enfermedades. El siguiente bloque de reactivos era muy insistente en cuestiones relacionadas con ataques de ansiedad, de depresión o de cualquier otro trastorno psiquiátrico. Una de sus últimas preguntas era si al desesperarme comía regular, mucho, demasiado o en exageración. Tras insistir en que no tenía registro de alguna situación grave de salud mental ni en antecedentes de algún otro tipo de enfermedad, salvo que, en mi familia, la mayoría de quienes la componemos presentamos sobrepeso u obesidad, fui solicitado para desfajarme y subir un poco mi playera.

Con cinta métrica en mano, la doctora me tomó algunas medidas y regresó a su escritorio para hacer algunos cálculos. Me pidió que recompusiera mi ropa y me invitó a sentarme de nueva cuenta. Una vez sentado me comentó que no era candidato a participar en la investigación porque mi IMC excedía el rango impuesto para la misma. Me dijo que excedía las medidas por casi cuatro kilos y me hizo la recomendación de bajar esos kilos para poder ser vuelto a tomar en cuenta en el estudio. Incluso, me entregó una serie de menús para seguirlos e intentar reducir mi peso en un mes. En caso de lograrlo, me sugirió volver a escribir al número de whatsapp y solicitar una nueva cita de evaluación.

Estudios y situaciones como la anteriormente descrita ocurren en un espacio geográfico como México, en el que en las últimas dos décadas, las tasas de sobrepeso y obesidad se han incrementado de manera sustancial, considerándole un problema de salud pública, debido al aumento de comorbilidades asociadas a la obesidad como la diabetes e hipertensión, pero también a que durante el periodo de entre los años 2000 a 2018, la obesidad aumentó en un 42.2 por ciento, equivalente a 2.3 puntos porcentuales por año, hasta llegar en el año 2018 a 35.6 por ciento del total de la población (Barquera *et al.*, 2020). Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018 indican que la prevalencia de sobrepeso en la población mexicana fue de 39.1 por ciento (36.6 por ciento en mujeres y 42.5 por ciento en hombres), y de obesidad de 36.1 por ciento (40.2 por ciento en mujeres y 30.5 por ciento en hombres). Ubicándose una mayor prevalencia en el norte del país (41.6 por

ciento), con respecto al centro (33 por ciento) o el sur de la República mexicana (36.1 por ciento). En un ejercicio estadístico más reciente, se mostró una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 76 por ciento en mujeres y 72.1 por ciento en hombres (ENSANUT Continua, 2020).

Un valor que se añadió al análisis del sobrepeso y la obesidad fue el de la adiposidad abdominal, considerada como “la cantidad de grasa intraabdominal, determinada por medio del perímetro de la cintura” (Aguilar-Salinas, 2007: 37), y que, de acuerdo con la ENSANUT 2018, en la sociedad mexicana hay un índice de adiposidad abdominal de 81.6 por ciento (88.4 por ciento en mujeres y 72.1 por ciento en hombres). Para esta medición, se establece como punto de corte una circunferencia de cintura menor o igual a 80 centímetros en mujeres y menor o igual a 90 centímetros en hombres.

Si se aplica un análisis sobre la situación con base en el sexo o el género de las personas, se observa la prevalencia de obesidad mórbida fue mayor en mujeres que en hombres, una tendencia que se ha registrado desde la década de los 90. También se ha proyectado que el riesgo de obesidad de las mujeres es 57 por ciento mayor que en los hombres cuando estos no tienen talla baja, mientras que, en caso de talla baja, el riesgo de obesidad en mujeres es más del doble del riesgo que en hombres (Barquera *et al.*, 2020).

Una propuesta de factores individuales y sociodemográficos asociados con mayor prevalencia de obesidad son pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, vivir en condiciones de inseguridad alimentaria, tener talla baja o ser mujer (Barquera *et al.*, 2020).

Sin embargo, otras mediciones como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, mostraron que, con respecto a la autopercepción del peso no saludable, prácticamente la mitad de la población (48.4%) se identificó con sobrepeso y una minoría con obesidad (6.7%). Otros datos divididos por género de las personas mostraron que 44.6 por ciento de los hombres y 52.4 por ciento de las mujeres se asumieron con sobrepeso; 3.2 por ciento y 9.7 %, respectivamente, con obesidad, y alrededor de una tercera parte de ambos géneros se asumió como normal (Uribe-Carvajal, *et al.*, 2018).

De igual manera, alrededor de 25 por ciento de las personas, independientemente de su género, consideró que era probable desarrollar obesidad en los próximos cinco años y casi 45 % afirmó que era poco probable. Alrededor de seis de cada 10 personas afirmaron que es muy grave, y un tercio, calificó a la obesidad como grave. En cuanto a hábitos y estilos de

vida, siete de cada 10 participantes, afirmó que eran personas físicamente activas. Mientras que seis de cada 10 refirió que su alimentación era sana (Uribe-Carvajal, *et al.*, 2018).

A pesar de que el 40% de los encuestados afirmó que la obesidad es de carácter hereditario, casi su totalidad la asocia al consumo de bebidas azucaradas (88.3%), no comer verduras y frutas (84.3%), ver televisión o usar computadora (89.3%), y el no realizar actividad física (94.8%) (ENSANUT, 2016).

Como lo muestra la ENSANUT 2016, a pesar de que más de 70% de la población mexicana presenta alguna situación de sobrepeso u obesidad, menos del 10% se asume con obesidad, por lo que existe una diferencia entre las percepciones médicas y sociales de la obesidad. Desde la antropología, en especial, la de la salud y la de la sexualidad, ha sido posible plantear un modelo biocultural de estudio de la situación de personas consideradas con obesidad en la ciudad de México a fin de conocer las formas en cómo construyen su imagen corporal y viven sexualidad y erotismo en medio de un contexto en el que se cuestiona la diversidad corporal y estética, influyendo así en su salud sexual y reproductiva.

Al buscarse las causas de la obesidad, gran parte de la literatura especializada vigente pone en el centro de la discusión al comportamiento individual de las personas como uno de los principales factores de origen. Sin embargo, este enfoque resulta demasiado simple al sólo centrarse en la persona y dejar a un lado elementos de corte biológico, epigenético y psicosocial, y los contextos ambientales comerciales y sociales (Ralston *et al.*, 2018: 1385). Desde un punto de vista evolutivo, la obesidad se define como “una condición enteramente genética determinada por la selección de individuos capaces de proveer alimentos a través de la caza y la agricultura con el menor gasto de energía posible y la posibilidad de almacenarla como grasa” (Liuzzi y Di Blassio, 2013:12). O como una situación derivada de “la complejidad surgida entre la genética y el metabolismo humanos en interacción con factores exógenos variables” (Rigby, 2014:11). Incluso, una mirada histórica plantea que es producto de un viraje del consumo de las dietas ancestrales, a las que las personas y el cuerpo humano aún estaban acostumbradas (Rigby, 2014:13).

El debate es aún más profundo, ya que hay dos posturas, con respecto a la pertinencia o no de considerar a la obesidad como una enfermedad. A favor de dicha consideración, se argumenta que ya se han descrito las características fisiopatológicas de la misma, se han creado subespecialidades médicas, la Asociación Médica Americana la ha reconocido como

tal, el índice de masa corporal ha sido reconocido como el estándar de medidas corporales, se han asociado ciertos malestares cardiovasculares o enfermedades metabólicas al aumento de peso corporal, se han ideado estrategias preventivas de salud y se han ideado diferentes formas de clasificación de la misma, más precisas, entre otras formas de control médico de la misma, y su reconocimiento como tal implica que se tomen medidas de salud pública (Apovian y Mechanick, 2013: 367-368). En contraparte, se argumenta que la obesidad, no es una enfermedad debido a que no todas las personas con un alto índice de masa corporal desarrollan enfermedades metabólicas, ni estas están estrictamente asociadas al peso de las personas. En caso de considerársele una patología, no se pueden reconocer todos los factores asociados a ella de carácter no médico, pues modelos como el de desequilibrio energético, el de carbohidratos – insulina o el del gen ahorrador (Katz, 2014; Sánchez Graillet, 2022) no explican todos los factores sociales, económicos, ambientales, y culturales, entre otros.

A nivel social, en las últimas dos décadas se han modificado los patrones sociales de convivencia y de configuración individual al que se le ha denominado como hipermodernidad, caracterizado por el liberalismo universal, una individualización vertiginosa y la comercialización de los modos de vida, dando prioridad al consumo en exceso y a la comunicación de masas, en tiempo real (Lipovetsky, 2014).

En términos de salud hay una normalización médica y una preocupación en todos los grupos de edad, apelando a la longevidad de la vida, pues las ciencias médicas intervienen en el cotidiano con un discurso a favor del cuidado de la salud, la prevención de enfermedades y la modificación de los estilos de vida, entre ellos, los hábitos alimenticios, el peso corporal, la vigilancia de ciertos valores fisiológicos y anatómicos. En cuestión alimenticia, los productos alimenticios se enfocan en la “autenticidad”, en una comercialización con base en el mercado de masas, que impone ciertos gustos, ciertas normas de higiene y de seguridad (Lipovetsky, 2014).

Los comportamientos individuales están atrapados en el engranaje de lo extremo, por un lado, y en una medida sin precedentes, los individuos se preocupan por su cuerpo, están obsesionados por la higiene y la salud, y se someten a las prescripciones médicas y sanitarias, y por el otro, proliferan las patologías individuales, el consumo desmedido, los comportamientos anárquicos (Lipovetsky, 2014: 58).

Hay predilección actual por los cuerpos ligeros, aquellos que demuestran una optimización de la condición de salud de la persona; una frescura, al intentar equiparse con los cuerpos jóvenes, y son reflejo de un estilo de vida totalmente enfocado a la glorificación de las tallas reducidas, y en término estéticos, al culto al cuerpo, al deseo de no envejecer, no engordar y no tener arrugas (Lipovetsky, 2016: 182).

En estos momentos, se vive en un periodo de seducción soberana, caracterizado por el reconocimiento del derecho a poner en valor los propios encantos, erotizar la apariencia, eliminar lo imperfecto, cambiar la forma del cuerpo en cualquier momento y edad, mejorar continuamente con el objetivo de gustar a las otras personas, pero, con más ahínco, a sí mismo (Lipovetsky, 2020). Sumado a una imposición de la delgadez, sustentada en el miedo al sobrepeso, la proliferación de productos, técnicas y métodos de adelgazamiento, el culto a guardar la línea y al establecimiento en el imaginario colectivo de que la delgadez es producto del dominio sobre el cuerpo (Lipovetsky, 2016:103).

En medio de este complejo modelo social vigente, se ha posicionado el discurso de asociación de la obesidad como una enfermedad, sustentado en la noción de que quienes presentan medidas corporales por encima de las estandarizadas por la medicina “son, por un lado, víctimas de una sociedad consumista y permisiva, y por lo tanto enfermos, por otro lado también son identificados como personas que transgreden los modelos normativos para evitarla –la dieta óptima y el ejercicio físico– y, en este sentido, son vistos como culpables” (Gracia, 2014: 384). Además de un claro rechazo hacia los cuerpos gordos o a todo lo que pueda estar relacionado con las grasas por contradecir las normas sanitarias (Fischler, 1987: 255). Bajo esta perspectiva, la persona podría sentirse estigmatizada, asumir el rol de enferma, e incluso, buscar una autoaceptación sexual (Gracia, 2011).

Algunos estudios han mostrado que alrededor de la sexualidad de las personas con obesidad hay muchos mitos, desde el suponer que las relaciones sexuales no son viables debido a las dificultades que podrían conllevar; pueden ser rechazadas por otras personas para ser consideradas como parejas sexuales, hay una presencia “natural” de disfunciones sexuales en sus cuerpos, se propone cierta asexualidad y la persona con obesidad “es juzgada como físicamente menos atractiva, carente de voluntad y conducta” (Chen y Brown, 2005: 117; Morín, 2008: 47). Por lo anterior, no hay aún muchos estudios en la materia, siendo en su mayoría, de corte biomédico, y en mucho menor escala, los de corte social.

Las ciencias sociales, comprendidas como ese conjunto de saberes construidos históricamente desde la segunda mitad del siglo XVIII y que, al paso del tiempo, sobre todo después de 1945, se han seccionado para “desarrollar un conocimiento secular sistemático sobre la realidad que tenga algún tipo de validación empírica” (Wallerstein, 1996: 4). A lo que se han sumado a este esfuerzo y han abordado al tema de salud, y en específico al de obesidad, en diferentes ámbitos. De acuerdo con Topp y colaboradores (2018: 65), la incorporación de las ciencias sociales al campo de la salud ha permitido el desarrollo de investigaciones de corte cualitativo que ayudan a comprender las experiencias humanas y los contextos, así como “las perspectivas, las experiencias, las relaciones, los procesos de toma de decisión de las personas dentro de los sistemas de salud y el impacto del poder, la cultura y las normas”. Pudiendo investigarse situaciones como el aterrizamiento de las políticas de salud globales y nacionales en los diferentes contextos locales o dando herramientas para que los mecanismos y recursos puedan redireccionarse o redefinirse y se reduzcan las desigualdades o se generen patrones de cambio.

También, determinar aquellas condiciones de desigualdad que impactan directamente en la epidemiología de un país, conocer las causas por la que una persona podría vivir una situación de desigualdad a causa de su condición de salud y el impacto de la acumulación de influencias positivas o negativas en su estado de salud (Marmot y Bell, 2016;238). O por condiciones como el color de piel o el origen étnico, las cuales, pueden propiciar situaciones de exclusión en los servicios de salud, pero también un impacto en la salud física y mental de quienes padecen situaciones de discriminación (Paradies *et al*, 2015).

Para Kivits *et al* (2013), la incorporación, o más bien, el reencuentro de las ciencias sociales con el campo de la salud ha permitido una visión profunda e interdisciplinaria para el abordaje y la comprensión de por qué y cuáles son los contextos y los procesos que propician condiciones más saludables de vida y cuáles son los factores determinantes para que estas condiciones se alteren y para que, en las complejidades actuales, se generen respuestas a las mismas que no sólo incluyan la perspectiva biomédica.

Ante estas necesidades epistemológicas y metodológicas, han surgido subdisciplinas dentro de las ciencias sociales enfocadas directamente al abordaje del tópico de salud. En el caso de la sociología, han surgido propuestas teóricas para establecer una sociología en la medicina, enfocada a diferenciar los determinantes sociales en niveles, desde los niveles más

amplios, pasando por los estructurales y los intermedios y aterrizando en los individuales que impactan en la salud (Castro,2016: 74) o una sociología de la salud, que “problematiza el concepto mismo de salud-enfermedad, y abre paso así al estudio del carácter socialmente construido de este fenómeno” (Castro, 2016: 74). Ha sido un campo de estudio planteado desde la década de los 50 del siglo pasado que al transcurrir del tiempo ha pasado de ser un área enfocada al análisis social de los problemas propios de la profesión médica y de las áreas de la salud a estudiar lo relacionado con la salud desde una dimensión social enfocándose en el análisis de fenómenos como la medicalización, los estilos de vida saludables, el capital social, las consecuencias de las políticas urbanas actuales en la salud, el vínculo de las condiciones socioeconómicas de las personas con las enfermedades y la mortalidad, las dinámicas de las diferentes condiciones crónicas de salud, la composición multicultural y multiétnica de las sociedades, la identificación de factores de estrés, la humanización del cuidado de los pacientes y en generar un discurso crítico hacia las prácticas médicas (Cockerham, 2011; Barros y Nunes, 2009).

Sobre el tiempo, la historia ha abordado la temática desde sus orígenes, al dar reseña de diversas situaciones en las que la salud de quienes habitan en determinadas poblaciones se ha visto afectada. Incluso, a partir del siglo XIX, la ciencia histórica se fusionó con la epidemiología para conocer lo ocurrido con ciertas patologías al devenir del tiempo o se comenzó a estudiar la construcción del conocimiento médico. También se han hecho análisis históricos sobre las estrategias sanitarias que se han empleado en cierta época en determinados momentos, el impacto de la irrupción de enfermedades en las instituciones y actualmente, realiza estudios para la comprensión de los condicionantes sociales de la salud y de los procesos de enfermedad e incluye la perspectiva temporal dentro de los análisis relativos a temas de salud (Perdiguero *et al.*, 2001: 69). En las últimas décadas, se ha propuesto un enfoque más social, centrado en la persona, además de analizar tasas de mortalidad y morbilidad y el papel de los profesionales de la salud durante los diferentes procesos de modernización y de globalización de las colectividades, y en específico, durante los últimos años, se han incorporado conceptos como las políticas del cuerpo, los cambios en políticas de bienestar a partir de la década de los 90, el vínculo imperialismo – colonialismo – enfermedad, las acciones colectivas en respuesta a problemas de salud y la salud colectiva (Carbonetti, Aizenberg y Rodríguez, 2013: 147). Y una visión crítica en la que se rescaten

aquellas investigaciones y médicos cuyos resultados no fueron los esperados, pero tuvieron aportaciones a otros; de la salud pública en cuanto su interacción con otros factores estructurales sociales, económicas y políticas, y a partir de la perspectiva sociocultural, alejada de la noción biomédica de enfermedad y más centrada en los valores culturales alrededor de la salud y de la enfermedad (Armus, 2010: 6-7).

En nuestro caso, abordaremos el tema, partiendo de la antropología médica crítica, cuyo enfoque es el análisis de los procesos de salud enfermedad, la comprensión y análisis de las prácticas de la medicina tradicional y los saberes populares alrededor de la salud, el estudio de las prácticas médicas contemporáneas y las interrelaciones y las respuestas derivadas de esta, con el análisis antropológico de la sexualidad, que entre otras problemáticas estudia el significado del sujeto sexuado, la relación con el mundo de ese ser sexuado, las identidades sexuales, su significación y sus modos de ser, los tipos de comportamientos sexuales que podemos encontrar en las diferentes culturas y los efectos de las diferentes formas de estructuración de la sexualidad sobre una cultura (Foucault, 2021: 159).

Retomamos en este trabajo de investigación el enfoque biocultural, debido a que toma en cuenta el contexto cultural, histórico, ambiental, político y económico alrededor de la obesidad, así como los procesos e interacciones dinámicas y dialécticas entre seres humanos y los ambientes físicos, sociales y culturales. Y, a partir de dichos componentes y la integración de las codeterminantes que entran en juego, se obtiene una mirada comprensiva sobre: el impacto de algunas estructuras sociales en la salud de las personas, las acciones que realizan los seres humanos para mantener un estado de salud, los efectos de los cambios bioculturales, el desarrollo de estrategias o respuestas que dan los grupos y las personas a los procesos de salud – enfermedad – atención. En este caso, relacionados con la obesidad y la sexualidad.

Por medio de esta combinación de corrientes y enfoques se pretenden identificar los mecanismos de respuesta a los contextos y las percepciones de medicalización y estetización de los cuerpos de personas con obesidad o sobrepeso en el ejercicio individual de la construcción de la imagen corporal, sexualidad y salud-enfermedad.

Para esta investigación, se analizaron las trayectorias de dos hombres y dos mujeres residentes de la ciudad de México, consideradas con obesidad, con alguna experiencia previa

en servicios de nutrición, menores de 40 años, y con disponibilidad para hablar de temas vinculados con su sexualidad y el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

Debido a que nuestro enfoque de investigación es biocultural, delimitaremos el contexto sobre la obesidad a través de un análisis sociohistórico y cultural de lo ocurrido en el país en las últimas cuatro décadas. Así como ubicarnos en la construcción del *habitus* en el que se desenvuelven las personas participantes en la investigación, las formas en que han reaccionado las instituciones ante el posicionamiento de las voces médicas sobre el tema, las nuevas configuraciones de los hábitos alimenticios, la actividad física y la construcción de la corporeidad y la sexualidad en torno a la obesidad.

Desde una perspectiva microsocia, la investigación se centrará en la trayectoria del padecimiento de las personas a quienes se aplicó una entrevista semiestructurada para conocer las formas en las que vive su condición y una entrevista a profundidad y se integró su historia de vida para comprender las maneras en que el ambiente obesogénico y otras categorías de análisis que se introyectan en la cotidianeidad de las personas y en su vida sexual y reproductiva, piedra angular de la experiencia de las personas para lo que se realizó observación no participante.

El corpus académico sobre el vínculo entre obesidad y sexualidad aún es muy escaso, y más aún, desde la visión de la sociomedicina y de la antropología, por lo que este trabajo abonará a la apertura de nuevas discusiones sobre la problematización del tema.

Con el fin de cumplir con ese objetivo, la presente investigación se integra por cinco capítulos, conclusiones y anexos: en el primer capítulo se propuso una metodología para el estudio del tema a partir del planteamiento de la problemática, a través del análisis de la literatura disponible sobre obesidad, más en específico, el vínculo entre obesidad y sexualidad y/o salud sexual y reproductiva, de corte médico o social. Después de este análisis, se identificó la escasez de estudios sobre la temática y se planteó la posibilidad de llevar a cabo una investigación al respecto en personas diagnosticadas con obesidad en la ciudad de México, en la que se abordará su trayectoria desde una perspectiva biocultural y se tomará en cuenta no sólo el discurso biomédico alrededor de ellas, sino también, su respuesta ante la situación, su autopercepción y la forma en la que ejercen sus vínculos erótico afectivos a pesar de la predominancia de ciertos discursos en contra de sus cuerpos.

En el segundo capítulo, se estudió a la obesidad como un problema biocultural en el que intervienen múltiples factores de corte biológico y socioculturales en los niveles macro, meso y microsociales para observar cómo se han posicionado discursos biomédicos y estéticos alrededor de los cuerpos, en los que sólo son tomados algunos aspectos, pero otros quedan fuera de la temática a pesar de su relevancia, como, por ejemplo, la autopercepción de las personas. A partir de eso, se determinaron los aspectos a tomar en cuenta para comprender las formas de ejercicio de la sexualidad y de cuidado de la salud sexual y reproductiva de las personas consideradas con obesidad.

En el tercer capítulo se debaten los conceptos de obesidad, sexualidad, identidad y biopoder/biopolítica y su impacto en la cotidianidad de las personas a partir de nociones como la construcción de la noción de cuerpo y lo corporal y el ejercicio de la sexualidad, y las formas en que se fue construyendo un discurso de crisis alrededor de la obesidad por parte de ciertos sectores estructurales.

En el cuarto capítulo se analiza la forma en que el fenómeno de la obesidad se ha desarrollado en México, sobre todo, a partir de la década de los 70, cuando se presentan una serie de cambios a las políticas económicas. De esta manera, se observan las formas en que se pasó de una serie de problemas de desnutrición a lo largo del siglo XX a un escenario social de sobrenutrición con un constante incremento en los índices de sobrepeso y obesidad, con cierto estancamiento en los últimos años.

Las voces de quienes han sido diagnosticados con obesidad y sus trayectorias de atención y de cuidado de su salud sexual y reproductiva y ejercicio de sexualidad es el eje central de quinto capítulo, subdividido en rubros como las características de quienes participaron en la investigación, las trayectorias del padecimiento, el cómo se autoperciben y cómo les perciben las otras personas, así como el vínculo entre la salud y la obesidad, y la sexualidad y la obesidad.

Todo este análisis construido a partir de una perspectiva biocultural en la que se tomen en cuenta múltiples aspectos estructurales de impacto en la rutina cotidiana de las personas consideradas o diagnosticadas con obesidad y en aspectos claves de su vida como la sexualidad y la salud sexual y reproductiva.

Finalmente, en las conclusiones se realiza la triangulación entre la bibliografía comentada con los resultados de la investigación y la etnografía. Llegando a las reflexiones finales sobre la urgencia de tomar en cuenta la autopercepción de las personas con respecto a sus cuerpos; dar voz a quienes han sido diagnosticados con obesidad por parte de los especialistas; ubicar a la obesidad como un fenómeno multicausal; cuestionar los discursos y estrategias biomédicas para el tratamiento de la misma a partir de las trayectorias de quienes han acudido por atención con especialistas que permiten plantear un nuevo conjunto de interrogantes como ¿cuál es la relevancia del cuidado de la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de la sexualidad en las personas consideradas con obesidad? ¿qué estrategias de resistencia generan ante un discurso de un cuerpo biomedicalizado y estetizado? ¿qué variantes de género se deben tomar en cuenta a fin de lograr una mejor comprensión del fenómeno de la obesidad conforme a las formas del vivir de las personas? para seguir investigando en el campo de la sociomedicina y la antropología en salud.

Capítulo 1.

Del planteamiento del problema a la estrategia metodológica

1.1 Los debates alrededor de la obesidad. Un problema a discusión

Entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad casi se ha triplicado, llegando a cifras como más de mil 900 millones de personas adultas con sobrepeso y 650 millones con obesidad alrededor del mundo, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Cifras que en los primeros meses de 2020 llamaron la atención ante el brote epidémico de Covid19, una enfermedad que afecta a las vías respiratorias al grado de provocar dificultades para respirar, y a la cual se le han asociado como posibles factores predisponentes la edad, el sistema inmunológico comprometido, la diabetes mellitus tipo 1 y 2, la hipertensión arterial, las enfermedades del hígado, la insuficiencia renal crónica y la obesidad, sobre todo severa o mórbida (Muscogiuri *et al*, 2020).

Parte de las propuestas para dar solución al escenario actual que se vive en cuanto a la obesidad implican un mayor respeto hacia quienes han sido diagnosticados con obesidad, un mejor cuidado en los servicios de salud, impulsar políticas más audaces, acciones más reales y realizar esfuerzos conjuntos (World Obesity Federation, 2022), sin embargo, poco se menciona sobre los panoramas descritos por autores como Ulijaszek (2002: 517), quien han planteado que los hábitos alimenticios contemporáneos se caracterizan por un consumo de dietas con altas densidades energéticas; patrones de consumo desestructurados y desacoplados de los ciclos estacionales de disponibilidad alimentaria, además de un cambio sustancial en los contextos ecológicos vigentes, donde predominan las sociedades económicamente estratificadas.

Lo cual se suma a la construcción de un ambiente obesogénico, término acuñado por Swinburn *et al* (1999: 564), derivado de la propuesta de un modelo ecológico en el que se interseccionan aspectos ambientales, biológicos y conductuales e influyen para que una persona presente obesidad y una sociedad tenga ciertas tasas de prevalencia de estas variantes de peso corporal. De acuerdo con el autor, este ambiente es la suma de influencias que el entorno, las oportunidades o las condiciones de vida tienen sobre la promoción de la obesidad en individuos o poblaciones. Por lo que se deben de tomar en cuenta varios ejes: el físico (lo que está disponible), el económico (cuales son los costos), el político (cuáles son las reglas)

y el sociocultural (actitudes y creencias). Dentro de esta perspectiva, los elementos que influyen en la ingesta de alimentos y la actividad física se caracterizan como obesogénicos o "leptógenos" (que favorecen la delgadez), dependiendo del efecto que tengan sobre las personas.

Si bien el término, originalmente refiere a los entornos físico, económico, social y cultural de la mayoría de las naciones industrializadas que propician un balance positivo de consumo energético por la población, es decir, mayor consumo de comestibles de los que se necesitan, que se suman a una transición nutricional, este ya no es exclusivo de las economías de altos ingresos. La situación no es ajena a México, donde diversos cálculos han arrojado que más de 70 % de las personas que integran la sociedad mexicana presentan algún grado de obesidad (ENSANUT, 2018), afectando en un grado ligeramente superior a las mujeres, pues 76.8 % de la población femenina en el país presenta sobrepeso y obesidad (36.6 %, sobrepeso; 40.2 %, obesidad), en contra parte con el 73 % de la población masculina que registra esas condiciones de salud (42.5 %, sobrepeso; 30.5 %, obesidad) por lo que es una situación que debe incumbir a la sociedad en general, pues su costo no sólo es económico sino sociocultural. Resulta crucial distinguir que por obesidad se comprende a una enfermedad de curso crónico que tiene como origen una cadena causal compleja, de etiología multifactorial, donde interactúan factores genéticos, sociales y ambientales, incluyendo estilos de vida, así como determinantes sociales y económicos (Rivera *et al.*, 2012: 13- 15).

Como señalan Garine y Pollock (2004) las figuras corporales y los alimentos tienen mucha significación simbólica y requieren de diversas interpretaciones, desde varios puntos de vista, incluido el emocional, pero también, en el caso del cuerpo, el tamaño del mismo debe verse no sólo en el sentido del mismo sino de la imagen corporal, incluida la autopercepción de la misma.

Para Uribe *et al* (2018) en la población en general hay una subestimación de la obesidad, lo cual se puede traducir en una limitación para la implementación de acciones de salud pública que puedan ayudar a reducir las tasas de prevalencia. Sin embargo, esa desproporción en el imaginario colectivo de índices de obesidad, determinados a partir de datos biomédicos, con respecto a las formas en que las personas perciben su cuerpo, abre una gran serie de preguntas que podrían responderse desde diferentes visiones, incluida la antropológica, sobre la autovaloración de los cuerpos y las formas en cómo dicha percepción

propia influye en la cotidianidad de las personas y en aspectos como su interrelación con otras personas, la construcción de su identidad, el establecimiento de patrones a seguir e incluso en sus vínculos afectivos, y porque no, el ejercicio de su sexualidad y el impacto en la salud sexual y reproductiva.

1.2 ¿Por qué hablar de obesidad y sexualidad?

Sin lugar a dudas el abordaje de las problemáticas asociadas con la obesidad ha tenido una predominancia biomédica en las últimas tres décadas, incrementada de manera sustancial durante los últimos años a raíz de la emergencia sanitaria derivada de la enfermedad por Covi19 y la correlación planteada entre la infección viral de las vías respiratorias y el registro de mayor peso corporal. Antes de que fuera considerada una emergencia de salud, la obesidad tenía otra significación cultural en muchos lugares del mundo, que, si bien pervive en varias sociedades, cada vez es más cuestionada, bajo el halo de un discurso en el que se pondera lo saludable y el cuerpo ideal. Exacerbado en las sociedades donde se tiene una predilección por lo ligero, lo fluido y lo móvil, y en el caso de los cuerpos, esta visión no es la excepción, pues se privilegia “la línea”, el cuerpo tenue, lo liso y longilíneo, un culto a la delgadez, un rechazo a los cuerpos monumentales y una exacerbación por la alimentación “light” (Lipovtesky, 2016). Sobre la obesidad y sus significados socioculturales han dado cuenta estudios como los compilados por Garine y Pollock (2004), los cuales analizan aspectos sociales relacionados con la obesidad en diferentes culturas, sobre todo, aquellas alejadas de la perspectiva occidental, la cual privilegia la idea de que el exceso de peso corporal está relacionado directamente con problemas de salud, a nivel individual y a nivel público. Dichos estudios fueron llevados a cabo en lugares tan remotos como Japón, donde la figura del luchador de sumo es respetada, o en Nigeria, donde un cuerpo pesado es símbolo de prestigio. O en Samoa, donde la obesidad está asociada a la abundancia y a la prevención de la escasez en tiempos de dificultad como un desastre natural, y a la belleza.

Una revisión global llevada a cabo por Swimburn *et al.* (2019: 796) mostró que, en países de ingresos medios y bajos, los bebés, niñas y niños con sobrepeso son considerados saludables y que, en regiones del mundo como África, donde la prevalencia de VIH es alta, el sobrepeso y la obesidad son considerados, desde un punto de vista sociocultural, indicadores de cuerpos libres de la infección de transmisión sexual. Aunque, en contraparte,

en la mayoría de las sociedades consideradas “occidentales” u “occidentalizadas” se identificaron la construcción de una serie de prejuicios alrededor de las personas con sobrepeso u obesidad, así como de merma de oportunidades de desarrollo personal y profesional. En México, el peso o la estatura son una de las principales causas de discriminación o menosprecio (Enadis, 2017), y en la ciudad de México, cuatro por ciento de la población considera que la obesidad es una causa común de discriminación y 10.7 por ciento afirmó haber sido discriminado por sobrepeso en algún espacio público y 8.7 por ciento por alguna persona conocida (Copred, 2017), surgiendo un discurso alrededor de la gordofobia.

Así, la obesidad ha adquirido una connotación negativa, que puede pernearse en todos los aspectos de la vida humana, incluso los más íntimos, como la sexualidad, una esfera en la que interaccionan diversas categorías y conceptos como el cuerpo, las emociones, el erotismo, las interrelaciones personales, los vínculos efectivos, y que aterrizan en las cotidianidades de las personas. Sin embargo, también es a partir de actividades como el ejercicio de la sexualidad que pueden surgir contra discursos en los que los cuerpos no sean denostados sino que adquieran una revaloración, y por ende, se contrapongan a los discursos hegemónicos, brindando herramientas para comprender el por qué las políticas públicas vigentes en la materia no han terminado de brindar los resultados esperados, sobre todo, en un entorno socioeconómico y cultural donde existen un sinnúmero de factores alentadores de prácticas y hábitos alimentarios detonadores de acumulación de grasa.

Los aspectos sociales referentes a la obesidad y su impacto social han sido poco abordados desde las ciencias sociales, entre ellas, la antropología, que, si bien ha aportado un sinnúmero de estudios sobre alimentación, aún no ha generado narrativas antropológicas centradas en la persona con respecto a la diversidad corporal.

Las complejidades alrededor del sobrepeso y la obesidad no son sólo biológicas sino también culturales, ya que su representatividad no coincide forzosamente con el discurso de prevención y combate frontal que ha emergido en la agenda global de salud, en particular, durante los últimos años.

El abordaje analítico del sobrepeso y la obesidad ha sido propuesto desde los niveles individual (micro), intermedio (entorno) y básico o estructural (macro), partiendo desde una visión de la salud pública o de la epidemiología (Rivera Dommarco *et al*, 2018) hasta

enfoques socioecológicos (Swimburn *et al*, 2019). Sin embargo, esta no ha sido suficiente para poder comprender todas las aristas derivadas de la temática, ya que aún se discute si la obesidad debería ser o no considerada una enfermedad; si el discurso alrededor de ella está medicalizado o estetizado, en el sentido, de la predominancia de determinadas imágenes y formas corporales por sobre otras. E incluso, temáticas no tan exploradas como el de la autopercepción corporal y de imagen, el de la salud sexual y reproductiva de las personas diagnosticadas con sobrepeso u obesidad, y el de la vida erótico – afectiva de las misma, también son influidas por esa medicalización o estetización.

La antropología se ha acercado a la temática a partir de la categoría cuerpo, pero aún es escaso el abordaje del vínculo directo entre obesidad y sexualidad. Las investigaciones compartidas por Garine y Pollock (2004) muestran claramente que el enfoque predominante es el de la perspectiva sociocultural.

Un grupo de especialistas ha planteado que la narrativa prevaleciente alrededor del sobrepeso y la obesidad es la de que estos son consecuencia directa de un comportamiento individual, dejando de lado la interacción de factores que no están vinculados directamente con cuestiones individuales como los ambientales o los de la industria alimentaria. Lo cual propicia una visión negativa alrededor de la obesidad. Sin embargo, lo que se requiere es una narrativa centrada en el individuo ya que la obesidad deriva de una gran complejidad social y puede provocar condiciones de vulnerabilidad (Ralston *et al*, 2018: 1284 -1386).

El vínculo más comúnmente establecido entre la obesidad y la sexualidad es el del surgimiento de disfunciones sexuales y de problemas de reproducción. Algunos grupos de investigación han señalado que la disminución del deseo sexual y la falta de excitación sexual se presentan de manera general. La disfunción orgásmica, la dispaurenia o coito doloroso y el vaginismo, problemáticas asociadas a la fertilidad, trastornos de la menstruación, complicaciones en el embarazo como diabetes gestacional, trastornos en la presión arterial o de corte tromboembólico, así como mayores índices de cesáreas en las mujeres (Eskew y Hurst, 2016). La eyaculación precoz, la disfunción eréctil, la eyaculación retardada o la falta de eyaculación, en el caso de los hombres (Botlani, Saeideh y Pal, Sebely: 2018). Incluso, se ha propuesto, desde la psiquiatría, que el cuerpo obeso ha sido un mecanismo de protección utilizado por quienes han sufrido abuso sexual para evitar vínculos sexuales (Mazagatos *et al*, 2015).

Desde la sexología, algunos estudios abordan el vínculo entre obesidad y sexualidad a partir de la satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal y conforme a ciertos valores e interacciones sociales, sobre todo, en el caso de las mujeres (Blodgett y Benson, 2013).

A partir de la perspectiva de la salud, algunos otros estudios como el de Castillo Pérez *et al* (2014), desde una visión de políticas públicas, analizan el impacto de los spots publicitarios, referentes a la prevención de la obesidad o del embarazo, en los comportamientos de estudiantes de tres universidades públicas del país (Coahuila, Yucatán y Zacatecas).

Panorama, en el que es evidente la medicalización del vínculo entre obesidad y sexualidad, entendida esta como esa salida de la medicina de su ámbito, imponiéndose al individuo, enfermo o no, como un acto de autoridad; involucrándose en cualquier aspecto relacionado con la salud, y ya no enfocándose únicamente a la enfermedad; gozando de un carácter autoritario que le permite buscar “normalizar” ciertos aspectos de la vida cotidiana, no necesariamente relacionados con la salud y enfermedad; define lo normal y lo anormal, y su discurso impregna muchas otras áreas, que pretenden dar respuesta a ciertos problemas a través de una perspectiva médica (Foucault, 1976). En ese contexto, surgen preguntas entorno al abordaje del vínculo entre la sexualidad y la obesidad desde una visión antropológica a fin de conocer las perspectivas sobre ambos conceptos y su interrelación a partir de la propia visión de quienes han sido diagnosticados con sobrepeso u obesidad y las maneras en que dan respuesta a la situación ante un tratamiento sobre el cuerpo medicalizado y más aún el que presenta una condición que genera una sobremedicalización de la persona con obesidad.

El tema de la obesidad se ha enfrascado en este marco de medicalización al asegurarse que es un problema de salud pública; se han impuesto algunos valores normativos sobre los cuerpos, para clasificarles como obesos o no obesos; se han desarrollado mecanismos de atención específicos para la obesidad; se ha posicionado un discurso de regresión del sobrepeso y la obesidad, y en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, se ha centrado en el análisis de las disfunción sexuales y los problemas reproductivos.

Al respecto, se menciona que, en sociedades con influencia occidental, el tema de la obesidad ha sido cuestionado desde tiempos inmemoriales, pero, en las últimas décadas, se ha incrementado el culto a la delgadez y asociado a la obesidad con el desenfreno, la indisciplina, la pereza y la transgresión de las normas de compartición, provocando

discriminación por atributos físicos y conductuales con efectos en las relaciones personales (Arnaiz, 2011; 228; Lipovetsky, 2016). Además de asociársele con escasez de actividad física, sedentarismo y consumo elevado de alimentos ricos en contenidos calóricos y grasos, el desequilibrio entre consumo y gasto energético, la herencia genética, sobre todo, en cuanto al gen responsable de la producción de la leptina, hormona que disminuye el apetito y estimula el metabolismo, pero que, al producirse en exceso, provoca una resistencia hacia la misma, y evitando el control del apetito (Hernández- Alcántara *et al*, 2011)

Dichas relaciones personales, incluyen los vínculos erótico – afectivos, y el ejercicio de la sexualidad y el cuidado de la salud sexual y reproductiva, aspecto en el que, desde la biomedicina, se ha posicionado un discurso en el que se vincula a la obesidad con la presencia de problemas de disfunción sexual. Múltiples estudios han asegurado que la obesidad está relacionada directamente con discapacidades en el funcionamiento sexual y otros han sugerido que la pérdida de peso, por diversos métodos como la cirugía bariátrica o por la modificación de hábitos alimenticios, ha mostrado una mejoría significativa en el desempeño sexual de las personas y en la mejora de producción de hormonas asociadas a la reproducción (Sarwer *et al*, 2018).

Sin embargo, hasta el momento no hay un consenso general sobre las posibles afectaciones potenciales a las capacidades reproductivas de los hombres vinculadas con la obesidad como la espermatogénesis, la calidad, la concentración o la motilidad de los espermatozoides o cambios en el hipotálamo-pituitario-testicular, el hipogonadismo, derivado del aumento en el tejido adiposo en la zona de los testículos (Ghaderpour, 2021; Liu y Dhing, 2017) O en el caso de las mujeres, se proponen el incremento de tasas de infertilidad, el aumento de complicaciones obstétricas o neonatales, desordenes menstruales y el riesgo de abortos espontáneos en casos de embarazo (Varelo *et al.*, 2011).

Por esas razones, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, los planteamientos desde la perspectiva biomédica, consisten “en la reducción de peso para alcanzar una vida sexual más placentera y saludable” (Rowland, 2017).

Poco se toma en cuenta que la sexualidad es un aspecto de la vida humana que no puede apartarse de otros ámbitos, pues se interrelaciona con muchas otras actividades culturales. Su estudio ha estado supeditado a diferentes enfoques y puntos de vista, desde la

visión médica y biológica hasta aspectos sociales y culturales, o una combinación de ambas, supeditada a múltiples factores de interacción.

Algunas autoras han establecido el vínculo directo entre alimentación y sexualidad al percibir que entre ambos hay vínculos y significaciones culturales similares, ya sea que algunos alimentos han sido considerados como estimulantes sexuales y propiciadores de sensaciones de placer y bienestar al desatar una serie de reacciones fisiológicas, o dichos estímulos se pueden producir también al consumir alimentos, e igualmente hay lenguajes metafóricos que vinculan aspectos de la sexualidad con la alimentación. Así como acciones que socialmente generan vínculos de intimidad (Montero, 2004: 39; Gracia, 2000: 53; Counihan, 1999: 1999).

Sin embargo, su análisis y comprensión requiere una visión más allá del simbolismo de los alimentos con respecto a los genitales o al acto sexual; al doble sentido de los sustantivos y los verbos; a la vinculación de ambas con actividades placenteras y al cuestionamiento social del exceso en el ejercicio de ambas.

La comprensión de la sexualidad humana ha sido un tema de interés antropológico, psicológico, histórico, sociológico y filosófico. Algunos han sido estudios de largo alcance como los de Michael Foucault (2011), quien a partir de su método de análisis genealógico, escudriña como la sexualidad en el mundo occidental pasa de haber tenido cierta apertura a encerrarse en una alcoba con fines reproductivos y a relegar ciertas conductas a espacios de tolerancia, a reprimir en sí a la sexualidad o hacerlo más bien a través de un discurso no centrado en el sexo sino en todo lo existente alrededor de él para regularle y someterlo a cierta administración o a cierta perspectiva médica. Es decir, una medicalización del sexo y el intento de su comprensión a partir de una lectura biológica o de la mente. Proponiendo que el sexo ha sucumbido durante los últimos siglos a convertirse en un dispositivo de biopoder, mediante el cual se regula, en sí, a la vida y se controla a las personas.

Mediante esta interpretación, en la que se propone a la sexualidad como mecanismo de control construido a través de varias etapas históricas, Weeks (1998) considera necesario establecer cuáles son aquellas condiciones que determinan que algo es o no sexual, si se toma en cuenta que esto va más allá de los fines reproductivos e incluso de la interacción entre dos o más personas, independientemente de su sexo o género, cómo se ha construido socialmente la sexualidad, por qué se la ha dado tanta importancia, cuál es la relación entre sexo y poder

y cómo podría cambiarse la concepción actual de sexualidad. Para él, la sexualidad “es resultado de la negociación, las luchas y las acciones humanas” y existen algunos condicionantes que le organizan y norman: parentesco y sistemas familiares, organización social y económica, reglamentación social, intervenciones políticas y el desarrollo de "culturas de resistencia" (Weeks, 1998: 64-66).

Estas lecturas de corte sociohistórico y cultural han permitido ubicar a la sexualidad en diferentes contextos espacio -temporales, aunque otras visiones, también han separado a la sexualidad de aspectos estrictamente biológicos, como señala Peña (2011: 293-294), en un principio de manera parcial, la antropología ha tomado en cuenta los aspectos socioculturales involucrados en el ejercicio y vivencia de la sexualidad, derivando en asuntos de parentesco; el análisis de las conductas, costumbres, representaciones y prácticas sexuales para comprender la organización social de los grupos humanos; posteriormente, estableciéndose categorías como la diferenciación entre sexo y género, y la observancia de que lo sexual es un aspecto biológico que se transforma con base en los contextos culturales, dando como resultado al género y comprendiendo a la sexualidad como un continuum, un proceso biocultural en el que intervienen factores biológicos y culturales e interaccionan debido a que los hechos afectan al cuerpo biológico y al ámbito psicosocial de la persona, y son mediados por la sociedad y la cultura (Peña, 2011:299; Peña y Hernández, 2015:30).

Para aplicar dicho enfoque se requerirá del apoyo de planteamientos como los de Elias (2016), quien parte de la premisa de que un estudio de corte social debe tratar de explicar las peculiaridades comunes a todas las posibles sociedades, partiendo de una crítica a aquellos estudios en los que se privilegia la autoexperiencia de la persona, en un sentido limitativo, y no tomando en cuenta su enlace con las estructuras sociales que le condicionan ni tampoco que el ser humano no goza de una autonomía total sino más bien, desde el principio de su vida, y hasta el final de ella, se remite a otros seres humanos y depende de ellos, dando pie a una composición, un conjunto de interdependencias en las que los seres humanos se orientan recíprocamente y son mutuamente dependientes, moldeando su personalidad e identidad.

Y el de Bordieu (2007), para quien la historia es esencial en la conformación de los fenómenos sociales, por lo que uno de sus principales intereses es la búsqueda de las permanencias, de los constructos sociales a través de ellas, siendo una de sus construcciones, el *habitus*. En este, se concentran no sólo las estructuras sociales objetivas sino también las

representaciones y las percepciones, es decir, lo mental. Por lo tanto, se le puede comprender como “el sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente ‘reguladas’ y ‘regulares’ sin ser el producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta” (Bourdieu, 1991: 113).

Por lo tanto, dicho *habitus* concentra las experiencias pasadas y representa una potencialidad a futuro, así como una repetición o la toma de decisiones y formas de actuar conforme a lo antecedido.

1.3 Preguntas, hipótesis y objetivos

La obesidad y el sobrepeso han sido definidos como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC). Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilogramos por el cuadrado de la talla en metros. En el caso de los adultos, una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso (OPS, 2014). Además de proponer que es uno de los principales factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y los accidentes cerebrovasculares, así como varios tipos de cáncer (OPS, 2014).

En los últimos años, una de las ciencias que se ha posicionado en la investigación de aspectos relacionados con la salud y el cuerpo es la genómica, “encargada de estudiar el ADN al completo, toda la secuencia en un organismo, y sacar sus conclusiones en base a esto” (Brody, 2020: 29). Y para el caso de la obesidad, ha reportado el hallazgo “de 140 genes de susceptibilidad a la obesidad que están asociados con medidas como el IMC y de adiposidad”, además de surgir nutrigenómica, encargada de estudiar la influencia de los nutrientes en la expresión génica e intenta relacionar los diferentes fenotipos resultantes con las respuestas celulares y genéticas (Zapata *et al.*, 2020: 57).

Desde la nutriología, se considera la obesidad como la ingesta es superior al gasto energético tiene lugar un desequilibrio que se refleja en un exceso de peso (Cano, 2017: 87) o también como el exceso de adiposidad, generalmente con aumento de peso que pone en riesgo la salud del individuo o una enfermedad crónica o un padecimiento complejo, producto de la interacción de una serie de factores genéticos, ambientales y de estilo de vida, heterogénea, factor de riesgo para comorbilidades como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia y algunas neoplasias (SMNE, 2004).

La epidemiología es otra de las subdisciplinas de las ciencias médicas que se ha enfocado al estudio de la obesidad. Su esencia como rama del conocimiento consiste en “el estudio de la distribución, la frecuencia, la gravedad de los problemas de salud y qué los causan” (Santillán, 2019). Y a partir de ella, se han realizado diferentes ejercicios de medición con respecto a los registros de la obesidad en México y en el mundo.

Es a partir de la medicina que se ha cimentado el discurso preponderante existente con respecto a la obesidad, como ha ocurrido con respecto a otros ámbitos de la sociedad, pues la medicina se ha posicionado como una de las voces menos cuestionadas. Incluso, como refiere Gadamer (2001) ha modificado su esencia, que es “el arte de curar” y ha dado pie a la predilección por las prácticas positivistas de intervención en las que se atienden las enfermedades de manera general, sin tomar en cuenta las particularidades.

Sin embargo, fuera del ámbito médico, no es la única opción existente para explicar asuntos relacionados con la salud. Desde las ciencias sociales se han propuesto algunos modelos para poder interpretar fenómenos sociales asociados a las cuestiones sanitarias. Uno de ellos es el ecológico, propuesto por Bronfenbrenner, partiendo de la premisa de que “los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana” (Torrico, 2002: 46) por lo que, la persona se irá adaptando a los entornos que le rodean y son parte de su vida cotidiana, así como algunos con textos más amplios. De esta manera, hay un microsistema, consistente en los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos de la persona; un mesosistema, conformado por las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente, un conjunto de microsistemas, exosistema, que a diferencia de los anteriores, no son entornos en los que se incluya en sí a la persona, pero en ellos se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el

entorno que comprende a la persona, y por último, el macrosistema, referente a la influencia de factores ligados a las características de la cultura y momento histórico-social.

Otra propuesta es la del modelo socioecológico, que entiende a “los sistemas socioecológicos entiende a éstos como un entramado de relaciones en torno a recursos que son necesarios para la vida humana, donde interactúan variables sociales y ambientales, por este motivo, no se trata solamente de un sistema que se estructura en torno a un problema ecológico, sino que considera también sistemas sociales humanos que interactúan en un espacio determinado” (Ostrom, 2009: 123 y Urquiza y Cadenas, 2015: 34). Desde esta perspectiva, se deben tomar en cuenta conceptos como resiliencia, vulnerabilidad, adaptación y robustez y que hay una complejidad adaptativa de por medio, además de reconocer los diferentes agentes de interacción que no solo consisten en entes físico-químicos que siguen leyes naturales, sino también entes biofísicos que siguen sus procesos evolutivos con lo cual permiten comprender cómo las reglas, las normas, las instituciones y las culturas evolucionan y cambian siguiendo procesos y dinámicas (Cerón *et al.*, 2019) Tomándose en cuenta, por una parte, el sistema ecológico, y por otra, el sistema social, compuesto por instituciones regionales y nacionales, instituciones locales, y el individuo.

Una mirada más es la biocultural, que contempla a las personas como seres biológicos, culturales y sociales en relación con el ambiente (McElroy, 1990), pero también a la variabilidad humana como una respuesta y adaptación al ambiente con un enfoque especial en el rol de los ambientes socioculturales, siendo un marco conceptual y un modelo para comprender las interacciones dinámicas entre los rasgos biológicos, fenotípicos, psicológicos y socioculturales del ser humano en respuesta a su ambiente (Khongsdier, 2007).

Ante la complejidad del panorama que se vive en México con respecto a la obesidad y la falta de un análisis más centrado en las personas, y no tanto, en su condición de salud o en ciertas medidas corporales, se plantean dos preguntas:

1. ¿Cuáles son los contextos medicalizados y estetizados que se han construido alrededor de los cuerpos con obesidad en México, en específico, en la ciudad de México?
2. ¿Cuáles son las representaciones y prácticas que desarrollan un grupo de personas con obesidad sobre la construcción de su imagen corporal, la percepción de su salud

y su relación con la sexualidad en contextos que cuestionan la diversidad corporal y estética?

Hipótesis de trabajo 1

En las últimas décadas, se ha modificado la noción de la obesidad, de ser un aspecto que reflejaba la buena salud de una persona, o sinónimo de abundancia, se ha comenzado a problematizar sobre las implicaciones en la salud que podrían derivar de su presencia, percepciones que se incrementaron en los dos últimos años a partir de la pandemia por COVID19. Ante el surgimiento de un discurso, sustentado en la medicina, en el que se establecen estándares de medidas corporales como el índice de masa corporal o la medida del diámetro del abdomen para generar categorías que clasifican a las personas conforme a las mismas, y uno estético, en el que se imponen ciertos patrones de medidas corporales para considerar que una persona, cumple o no los parámetros de belleza y de moda, se ha generado un contexto que propicia la medicalización y la estetización de los cuerpos con sobrepeso y obesidad y ejerce influencia en ciertos aspectos de la vida de las personas como la sexualidad, pudiendo determinar ciertas pautas y elementos que influyan en ella de manera positiva o negativa a pesar de que el contexto general que se vive es un factor influyente en el propiciamiento de la obesidad. Ante la creciente advertencia de una alarma con respecto a la situación de la obesidad en México, las respuestas otorgadas por las instituciones de salud ante el surgimiento de un discurso biomédico y estético están enfocadas principalmente en alcanzar estándares ideales con respecto a la concordancia entre el peso y la estatura de las personas, que se traduzca en datos biométricos que determinen quienes son personas que requieren de un tratamiento nutricional y médicos y quienes no, sin embargo, dichas respuestas están enfocadas únicamente en alcanzar dichas medidas, dejando a un lado otros aspectos más personales como pueden ser el cuidado de la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de la sexualidad a pesar de ser del interés de quienes acuden a dichas instituciones.

Hipótesis de trabajo 2

Respecto sobre cuáles podrían ser las representaciones y las prácticas que sobre la sexualidad, el cuerpo, género y vinculación erótico/afectiva, tienen un grupo de personas con sobrepeso y obesidad de las personas participantes en la investigación de la ciudad de México, frente a los discursos medicalizados y estetizados alrededor del cuerpo. Se observa que, ellas mismas

propician sus mecanismos de resistencia y de atención a fin de buscar soluciones óptimas, más eficaces y eficientes conforme a su percepción, y a situaciones determinadas como su contexto socioeconómico y sociocultural, y a sus propias ideas sobre la salud-enfermedad, sexualidad, el cuerpo, el género, y su vinculación erótico/afectiva.

Se advierten que la obesidad ha adquirido una connotación negativa, que puede pernear en todos los aspectos de la vida humana, incluso los más íntimos, como la sexualidad, una esfera en la que interaccionan diversas categorías y conceptos como el cuerpo, las emociones, el erotismo, las interrelaciones personales, los vínculos efectivos, y que aterrizan en las cotidianidades de las personas. Sin embargo, también es a partir de actividades como el ejercicio de la sexualidad que pueden surgir contra discursos en los que los cuerpos no sean denostados, sino que adquieran una revaloración, y, por ende, se contrapongan a los discursos hegemónicos, brindando herramientas para comprender el por qué las políticas públicas vigentes en la materia no han terminado de brindar los resultados esperados.

Objetivo general 1

Conocer los contextos medicalizados y estetizados que se han construido alrededor de los cuerpos con obesidad en la ciudad de México.

Objetivos específicos del general 1

1. Documentar brevemente la dimensión internacional sobre la obesidad y sobrepeso en lo referente a aspectos económicos-políticos; modelos o estilo de vida; transición económica y alimentaria; cambio de paradigma y sinónimo de medicalización y emergencia; relación con el esteticismo, entre otros aspectos.
2. Documentar la dimensión nacional sobre la obesidad y el sobrepeso a través de aspectos como asociar la gordura con la abundancia; aumento gradual de las cifras de sobrepeso y obesidad; el contexto sociopolítico y económico; la configuración de un ambiente obesogénico y la adopción de nuevos estilos de vida.
3. Conocer la respuesta de instituciones de salud, las políticas públicas y los programas de acción frente a un discurso medicalizado alrededor de la obesidad, a través de la revisión y la descripción de los protocolos de atención al sobrepeso y la obesidad.

4. Analizar la medicalización del entorno de las personas que presentan cuerpos con obesidad en México.
5. Conocer e identificar los elementos de la estetización alrededor de las personas que presentan cuerpos con obesidad en México.

Objetivo general 2

Identificar las representaciones y prácticas que desarrollan un grupo de personas con obesidad sobre la construcción de su imagen corporal, la percepción de su salud y su relación con la sexualidad en contextos que cuestionan la diversidad corporal y estética.

Objetivos específicos del general 2

1. Conocer la trayectoria del padecimiento de la obesidad y su relación con la salud sexual y reproductiva de las personas.
2. Analizar la autopercepción de las personas con obesidad sobre su cuerpo, género, vinculación afectiva, sexualidad y erotismo.
3. Conocer las co-determinantes asociadas a la obesidad que pueden impactar en el individuo.
4. Describir los contradiscursos surgidos ante la medicalización y estetización de la obesidad.
5. Analizar desde el enfoque biocultural y desde la construcción social los principales componentes y codeterminantes que condicionan la salud sexual y reproductiva de las personas con obesidad.

1.4 Justificación

¿Por qué es importante la investigación?

El estudio de la alimentación y salud son cada vez más relevantes en la vida de las personas y han cobrado auge en los últimos años, tendiendo hacia una medicalización, que sugiere la imposición de un buen comer por sobre otros hábitos alimenticios y alerta a diferentes instancias como gobiernos, servicios de salud y otro tipo de instituciones sobre el crecimiento exponencial del sobrepeso y la obesidad. Sin embargo, la mayoría de esos estudios son

realizados desde la perspectiva médica, privilegiando valores anatómicos y fisiológicos por sobre la visión de las personas y las formas en que se han adaptado a la transición nutricional vivida en las últimas tres décadas en el país, y en general, en el mundo entero.

Desde las ciencias médicas, también existe una visión social, a partir de la cual es posible “conocer a mayor profundidad los aspectos culturales que determinan o condicionan el curso de las enfermedades y su atención como fenómenos colectivos” (Fuentes y López, 2005: 23) y está se ha conjuntado con la antropología, comprendida como una ciencia enfocada al estudio de la cultura, de las instituciones sociales y de muchos otros aspectos de la humanidad, y dentro de la cual ha surgido una subrama enfocada a las cuestiones médicas y de salud en el marco del contexto sociocultural de las personas y los grupos. Como señalan Fuentes y López (2005), si bien “todos los problemas de salud son susceptibles de conocerse mediante la aplicación de las técnicas propias de la investigación cualitativa”, existen algunos temas que por su complejidad requieren del estudio de subjetividades individuales y colectivas, y entre ellos, se ha destacado el ejercicio de la sexualidad o el de la alimentación.

En este último punto, como sugiere Contreras (Bertrán, 2015:15) “es necesario destacar que, en relación con la alimentación, no sólo importa conocer qué se come (consumos), quién lo hace y con quién, cómo, dónde y cuándo (prácticas), sino, también, los para qué y los porqués de todo ello” por lo que el análisis de lo social es de suma relevancia para comprender el por qué hay un cambio en la corporalidad de gran parte de las nuevas generaciones, caracterizada por el aumento del peso corporal y la modificación de ciertos hábitos arraigados en la sociedad mexicana.

Por lo tanto, los estudios únicamente basados en valores o en mediciones estadísticas no permiten conocer todo lo que la aplicación de una metodología antropológica permitiría indagar sobre temas como la alimentación y la obesidad, pues como advierte Bertrán (2015:26) “comer es una actividad cotidiana mediada por la cultura, las condiciones particulares del entorno y los procesos económicos y políticos a gran escala” Y para este caso, se analizará la situación desde el enfoque biocultural que permite comprender las diferentes aristas de corte social, cultural, político, económico, biológico, ecológico, ambiental que impactan en la obesidad, una mirada, aún ajena, al estudio de la obesidad.

Desde este punto de partida, podemos trazar un eje analítico en el que se observe la influencia de las estructuras de poder, que imponen ciertas realidades corporales, sustentadas

en la premisa de que hay cuerpos sanos y cuerpos enfermos, cuerpos ideales y aquellos alejados de esos cánones. Por lo que, la obesidad no puede ser ajena a los discursos de biopoder y de biopolítica vigentes, que buscan impactar en diferentes aspectos. En este caso, se resaltan los de imagen corporal, pues las personas viven un proceso de autopercepción, los de género, pues es una construcción sociocultural que delimita las formas corporales, y la sexualidad, como una expresión de todos aquellos discursos planteados, con sus asimilaciones y sus contraposiciones.

¿Para qué sirve esta investigación?

Con esta investigación, se buscan aportar nuevas narrativas y metodologías que aborden a la obesidad desde nuevos ángulos a partir de los cuales se puedan comprender aspectos comúnmente dejados a un lado en otras disciplinas y que permitan tener un mayor y mejor acercamiento a la situación desde un enfoque más humano a fin de poder compartir aportaciones que abonen a una mejor atención institucional y mejor diseño de políticas públicas y a un proceso de deconstrucción del término obesidad más centrado en la perspectiva humana, y en todos sus aspectos. Aportando a la sociomedicina y a la antropología en salud un diseño metodológico y una reflexión sobre la obesidad a partir de una visión centrada en la experiencia de las personas de la mano con sus situaciones y contextos sociales más amplios.

Uno de los textos que ha marcado pauta en los estudios antropológicos sobre obesidad es el de Anna Bellisari (2016), quien, a partir de la perspectiva biocultural, realiza un análisis sobre la multiplicidad de factores detonadores de altos índices de obesidad en Estados Unidos. Por eso, su estudio se subdivide en la revisión de las teorías evolutivas con respecto a la obesidad, la base metabólica de la misma, los entornos “tóxicos”, los aspectos culturales que la pudieran propiciar y en un planteamiento metodológico sobre cómo abordar el tema desde una perspectiva antropológica, en específico, la antropología física.

Algunos trabajos de Igor de Garine hacen mucho énfasis en los contextos socioculturales del sobrepeso y la obesidad y muestra como en determinadas culturas hay una permisividad hacia los cuerpos voluminosos y en otras no.

En el caso específico de México, las ciencias antropológicas han puesto énfasis en los estudios alimentarios de corte antropológico, teniendo como referentes a Luis Alberto Vargas Guadarrama, cuyas investigaciones están focalizadas en el papel de la cultura en la forma de

consumir alimentos en las diferentes regiones del país, y recientemente, publicó un artículo en el que parte de la tesis que la “pérdida de la cultura alimentaria, que nos brindó protección por siglos, aunada a la urbanización acelerada, la globalización, así como las fuertes presiones mercadológicas y el consumismo han sido elementos desencadenantes de la epidemia de obesidad” (Vargas y Bourges, 2010; 34). Otra es Miriam Bertrán, quien también se ha enfocado en los estudios de la alimentación y la nutrición en México, poniendo énfasis en los cambios alimentarios y en las identidades derivadas del consumo de los alimentos, y recientemente ha planteado que se requiere “reflexionar sobre el papel de los fenómenos macrosociales en la situación nutricional actual, donde la epidemia de obesidad es la característica principal”, entre otros factores, por el reciente acceso de la sociedad mexicana al consumo masivo (Bertrán, 2010:387-389).

En los últimos años, se han publicado los resultados de algunas investigaciones sobre el impacto de la obesidad en algunas comunidades indígenas como el de Ramos y Sandoval (2007), mismos que contrastaron la información antropométrica tomada en dos tiempos en una misma comunidad triqui de la Región Mixteca Baja de Oaxaca, y observaron que hay más casos de sobrepeso y obesidad en las mujeres en el siglo XXI que en la década de los 40.

Por su parte, Merino (2007) analizó a la obesidad en la población yaqui de Loma de Guamuchil, Sonora a través del estudio de contexto político económico de la vida cotidiana yaqui cambiante durante las últimas décadas.

Bermúdez y Hernández (2012) llevaron a cabo estudios de corte etnográfico para conocer las experiencias vividas por 20 estudiantes de nivel medio superior con obesidad, residentes de Milpa Alta, en la ciudad de México. Parte de la información obtenida a través de la investigación estuvo ligada con su autopercepción corporal y en las trayectorias de atención de la misma.

Un ejercicio similar se llevó a cabo en Orizaba, Veracruz, por Monsalve *et al* (2014), con niños y niñas de entre siete y 11 años, algunos de los cuales fueron entrevistados o fueron seguidos por medio de la observación, a fin de comprender el por qué, desde estas edades, comienzan a presentarse casos de obesidad en un determinado contexto sociocultural.

Una de las tesis que se han elaborado al respecto es la de Matus (2019), quien analiza las historias de vida y trayectorias corporales de nueve mujeres en Juchitán de Zaragoza, en el

Istmo de Tehuantepec, partiendo del hecho que “las corporalidades gordas son consideradas, en este momento, al margen de la normatividad corporal hegemónica y se enfrentan a un sistema de opresión denominado gordofobia”, pero que en ese contexto cultural en específico, hay una contraposición a dicho modelo, quedando en la intersección de ambas visiones, los cuerpos de las mujeres.

Otra es la de Arias (2016) enfocada en el estudio de la corporalidad de mujeres indígenas migrantes asentadas en San Cristóbal, Chiapas con el objetivo de conocer sus representaciones sociales en torno al cuerpo, a la alimentación, a la salud y a la estética del cuerpo.

Desde la antropología en salud Peña y Landaverde (2015) en *Reflexiones sobre la obesidad desde la perspectiva del riesgo epidemiológico y social* brindan un panorama sobre la obesidad en la sociedad contemporánea desde la perspectiva del riesgo epidemiológico y social, lo que permite reflexionar el rol del discurso del riesgo que justifica los tratamientos y medidas preventivas propuestas a través de alimentos y dietas especializadas, fármacos, ejercicio, intervenciones quirúrgicas (bariátrica y estética), dispositivos neurológicos, gástricos e investigación genética, entre otros.

Y el de *Obesidad: entre los límites del sobrepeso y la confusión. Los medios de comunicación y la condición de salud como riesgo*, en el que las autoras problematizan y reflexionan, con una perspectiva antropológica, sobre la información compartida por los medios de comunicación con respecto a la obesidad y las formas en que se construyen, transmiten y recrean, representaciones asociadas con el riesgo, la enfermedad, la alimentación, los estereotipos corporales y los tratamientos, relacionados con la oferta de “soluciones” y “bienes” en torno a la obesidad (Peña y Landeverde, 2015: 327).

Finalmente, Landeverde (2016), desarrolla una investigación la trayectoria de atención del padecimiento y su relación con el desarrollo de la obesidad extrema y el uso de la cirugía bariátrica, en mujeres adultas con cirugía bariátrica de la Clínica de Obesidad del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Las investigaciones antropológicas sobre la obesidad y diferentes aspectos relacionados con ella aún son escasos en México, aún más en el caso del vínculo entre la obesidad y la sexualidad o el cuidado de la salud sexual y reproductiva, por lo que es necesario continuar construyendo modelos de análisis a fin de sumar una perspectiva social

y biocultural a la comprensión del fenómeno en nuestras realidades. En el sentido de tener una epistemología antropológica propia en la que se tomen en cuenta la mayor cantidad de aspectos de los contextos de nuestro país.

Para conseguir lo anterior, se insiste en la propuesta de Ralston et al. (2018) el análisis de la obesidad debe cambiar en el sentido de que, por el momento, la mayoría de la producción al respecto, aborda a la obesidad como una responsabilidad individual, sin tomar en cuenta la multiplicidad de factores sociales, culturales, económicos, y de otro tipo, que podrían tener un impacto directo en las personas y su peso corporal.

Visión compartida por Peña Sánchez y Landaverde y (2015), quienes analizan la percepción de riesgo por parte de la sociedad en torno al sobrepeso y la obesidad y su impacto en el abordaje de la misma, cuestionando que, desde esta visión unilateral de riesgo, se quedan a un lado múltiples factores bio psico sociales que podrían ayudar a abordar la situación desde diferentes aristas, e incluso, evitar otros posibles riesgos.

Por lo tanto, con esta investigación se cuestionaron las visiones unilaterales y se ponderó la necesidad de diseño de modelos multifactoriales para la comprensión de la obesidad en determinados espacios geográficos y en ciertos grupos etarios, con un determinado grupo de personas.

Lo anterior es de suma relevancia, debido a que, en los estudios sobre obesidad, muy pocas veces se escuchan las voces de quienes han sido diagnosticados con la misma, ya que, la mayoría de las investigaciones sobre el tema son de corte clínico o estadístico, dándole prioridad a la obtención de algunos valores numéricos, pero dejando de lado otros aspectos más individuales y de experiencias de vida.

1.5 Estrategia metodológica

Esta investigación se llevó a cabo en dos fases: una documental, en la que se revisarán encuestas de salud pública, artículos académicos, guías y manuales de tratamiento a la obesidad, notas periodísticas, normas nacionales e internacionales, entre otros, y otra de corte etnográfico, centrada en la aplicación de entrevistas semiestructuradas y /o a profundidad, historias de vida y observación no participante.

Cuadro 1. Fases y objetivos de la investigación

Fases	Objetivos	
	Conocer los contextos medicalizados y estetizados que se han construido alrededor de los cuerpos con obesidad en la ciudad de México.	Identificar las representaciones y prácticas que desarrollan un grupo de personas con obesidad sobre la construcción de su imagen corporal, la percepción de su salud y su relación con la sexualidad en contextos que cuestionan la diversidad corporal y estética.
Fase 1 (julio – octubre 2020)	-Análisis sociohistórico de la construcción de un ambiente obesogénico en la ciudad de México. -Revisión del diseño de políticas, guías, protocolos y recomendaciones en términos de sobrepeso y obesidad y su intersección con otras temáticas. -Elementos biológicos y epidemiológicos construidos alrededor de la obesidad	Entrevistas a personas diagnosticadas con obesidad sobre temas como autopercepción corporal, vinculación con otras personas, el ejercicio de su sexualidad y el cuidado de su salud sexual y reproductiva.
Fase 2 (octubre – diciembre 2020)	Análisis de contenidos y elaboración de cuadros informativos.	Análisis de las entrevistas realizadas y de los datos obtenidos a través de estas.

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Con la finalidad de responder a la pregunta de investigación y cumplir con los objetivos propuestos, el tipo de investigación que se desarrollará es de corte descriptivo – analítico con para obtener datos cualitativos. La parte descriptiva ayudará a “caracterizar y especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (Batthyany y Cabrera, 2011:33). En tanto que la parte analítica, realizará un análisis y una interpretación de los datos e información obtenidos a través de diferentes técnicas de investigación, en diferentes niveles.

Esta tendrá un corte flexible, en el sentido de que podría presentarse alguna variación en el proceso de la misma, generando cambios en el diseño y la ruta de investigación, y, por ende, en los resultados que se producirían (Mendizábal, 2006: 71) derivado de los datos y la información obtenida mediante el trabajo de campo y de gabinete.

La investigación se divide en dos etapas: la de análisis contextual que permitirá ubicar las maneras en que se ha modificado el significado y la concepción de la obesidad a través de las últimas cuatro décadas a nivel internacional y nacional. Lo anterior con la finalidad de entender y ubicar el contexto actual en el que se encuentran las personas participantes en el

estudio y el por qué lo viven de cierta manera o generan respuestas ante discursos que podrían ser contrarios a lo que ellas mismas piensan de su composición corporal.

El análisis contextual estará dividido en dos grandes bloques. En el análisis global se hará un recuento de las formas en las que se ha abordado y concebido la obesidad en la última centuria. Se revisará la literatura científica elaborada para abordar el tema de la obesidad desde hace 50 años, así como el contexto social y económico internacional en el que se empezó a hablar de la obesidad. También se analizará su asociación con la idea de riqueza y la forma en como fue transicionando a un valor negativo durante las últimas dos décadas, haciendo un recuento del último año a partir de la irrupción de la pandemia por Covid19. Además del surgimiento de conceptos como ambiente obesogénico y transición alimentaria, entre otros. Y la respuesta que se ha dado desde el campo de la salud a través recomendaciones internacionales y documentos relevantes.

En el análisis nacional, se revisará cómo se construyó culturalmente la noción de gordura en la sociedad mexicana durante el siglo XX, los registros epidemiológicos sobre nutrición existentes a fin de identificar como se fueron incrementado las tasas en las últimas décadas, el contexto socioeconómico y cultural ocurrido en el país durante los últimos cuarenta años, los resultados de los últimos años de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición, políticas que se han implementado en la materia y el panorama actual que se vive en cuanto a la disponibilidad y acceso a alimentos.

Debido a que la investigación se sustenta teóricamente en el enfoque biocultural, además de un análisis contextual, se profundizará a nivel microsocioal.

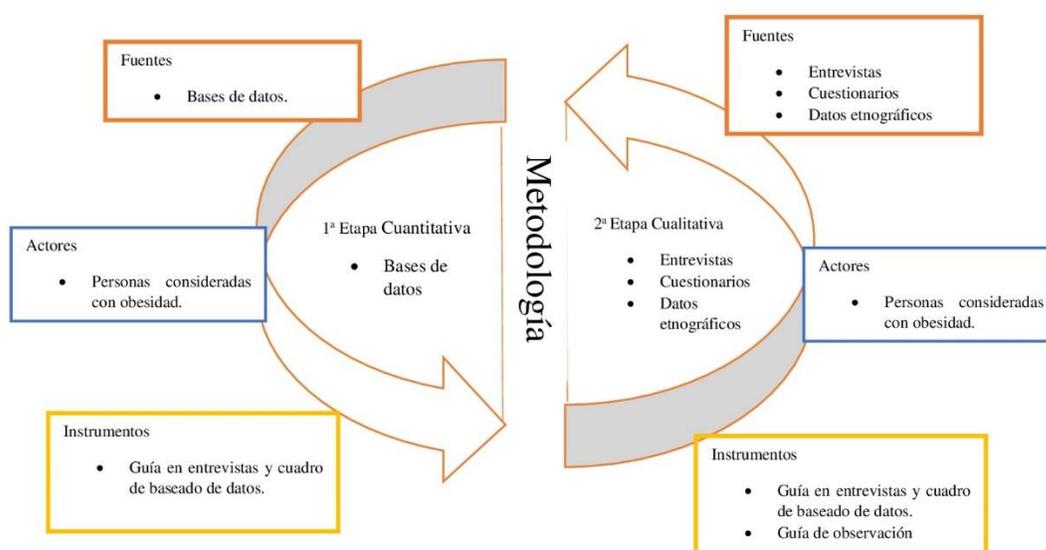
En esta escala se identificarán las estrategias de respuesta a los discursos de medicalización y de estetización de los cuerpos gordos por parte de personas con obesidad o sobrepeso en el ejercicio individual de la construcción de la imagen corporal, sexualidad y erotismo. Para lo cual, se realizarán entrevistas a profundidad e historias de vida de algunas personas que han sido consideradas como personas con obesidad, pues esta técnica, ayuda a “enfaticar la experiencia vivida del paciente con respecto a la enfermedad y tratar de comprender la enfermedad de la manera en que el paciente la configura, comprende, siente, percibe y responde a esta” (Kleinman, 2006: 22).

Por otra parte, se plantea realizar una observación en el espacio donde la persona se suele desenvolver de manera cotidiana a fin de conocer sus posibilidades de acceso a los

alimentos recomendados por el profesional de la nutrición y la oferta de alimentos disponibles en su entorno, y la disponibilidad o no de espacios para la realización de actividad física, así como la oferta alimentaria existente en su recorrido al lugar donde realiza comúnmente sus actividades laborales o escolares.

Por lo tanto, desde la perspectiva teórico – conceptual, la estructura general de la investigación, conforme a su metodología, podría sintetizarse como a continuación se muestra en la siguiente figura.

Figura 1. Estrategia metodológica



Fuente: Elaboración propia, 2020.

A nivel práctico, para la resolución de cada pregunta y el cumplimiento de cada objetivo, se seguirán los siguientes pasos a nivel metodológico y técnico con cierto enfoque teórico y conceptual.

Cuadro 2. Desgloce de preguntas, objetivos, enfoque y metodologías

Pregunta general	Objetivo general	Objetivo específico	Enfoque teórico	Concepto	Metodología - método
¿Cuáles son los contextos medicalizados y estetizados que se han construido	Conocer los contextos medicalizados y estetizados que se han construido alrededor de los	Documentar brevemente la dimensión internacional sobre la obesidad y sobrepeso en	Construcción social de la realidad (Berger y Luckman)	Percepción Discurso médico hacia personas con obesidad	Cualitativa Análisis de contenido

alrededor de los cuerpos con obesidad en México, en específico, en la ciudad de México?	cuerpos con obesidad en la ciudad de México.	lo referente a aspectos económicos-políticos; modelos o estilo de vida; transición económica y alimentaria; cambio de paradigma y sinónimo de medicalización y emergencia; relación con el esteticismo, entre otros aspectos.		Salud sexual y reproductiva hacia las personas con sobrepeso y obesidad Sobrepeso y obesidad	
		Documentar la dimensión nacional sobre la obesidad y el sobrepeso a través de aspectos como asociar la gordura con la abundancia; aumento gradual de las cifras de sobrepeso y obesidad; el contexto sociopolítico y económico; la configuración de un ambiente obesogénico y la adopción de nuevos estilos de vida	Antropología sexual (Peña Sánchez) Antropología del cuerpo (Le Breton) Construcción social de la realidad (Berger y Luckman)	Autopercepción Imagen corporal Cuerpo Género Emociones Vinculación afectiva Sexualidad Erotismo Reproductividad	Cualitativa Análisis de contenido autoperceptivo
		Analizar la medicalización del entorno de las personas que presentan cuerpos con obesidad en México	Sociogénesis (Elias) Biopoder (Foucault) Ecología social (Swinburn)	Medicalización Estetización Ambiente obesogénico Trayectoria de vida sexual y reproductiva Biopolítica y biopoder (medios de comunicación)	Cualitativa Análisis sociohistórico de contenido contextual

					Análisis de contenido situacional
		Analizar la medicalización del entorno de las personas que presentan cuerpos con obesidad en México	Interaccionismo simbólico Biopoder (Foucault)	Interacción Experiencia subjetiva Estereotipo corporal Lipofobia Prejuicios Estigma Vulnerabilidad Discriminación	Cualitativa Análisis de contenido autoperceptivo y contextual
		Comprender la estetización alrededor de las personas que presentan cuerpos con obesidad en México.	Habitus (Bordieu) Antropología de la salud (Peña) Antropología sexual (Peña)	Realidad objetiva Resistencia Práctica sexual-deseo-reproductividad Estrategias Resiliencia cultural	Cualitativa Análisis de estrategias Análisis de estrategias
¿Cuáles son las representaciones y prácticas que desarrollan un grupo de personas con obesidad sobre la construcción de su imagen corporal, la percepción de su salud y su relación con la sexualidad en contextos que cuestionan la diversidad corporal y estética?	Identificar las representaciones y prácticas que desarrollan un grupo de personas con obesidad sobre la construcción de su imagen corporal, la percepción de su salud y su relación con la sexualidad en contextos que cuestionan la diversidad corporal y estética.	Conocer la trayectoria del padecimiento de la obesidad y su relación con la salud sexual y reproductiva de las personas.	Enfoque biocultural	Bioculturalidad Espacio físico y social (desarrollo) Recursos para la salud (acceso a sistemas)	Cualitativa Análisis comprensivo de la realidad Análisis comprensivo de la realidad de los sistemas de salud

				<p>Productos materiales de la cultura (medios de comunicación, instituciones)</p> <p>Procesos sociales, ideológicos y subjetivos (creencias y significados)</p> <p>Biología humana (enfermedad, padecimiento, condición manipulada, biotipo corporal como normal y natural, libre de enfermedad y padecimientos, condición genética)</p> <p>Psicosocial (personalidad y conciencia de la experiencia)</p> <p>Historia</p> <p>Nivel adaptativo</p>	<p>Análisis de los contenidos mediáticos y su reproducción en diferentes ámbitos.</p> <p>Análisis de las ideas y creencias surgidas alrededor de la obesidad y el ejercicio de la sexualidad</p> <p>Análisis de la producción científica alrededor de la obesidad</p> <p>Análisis de las experiencias de vida de quienes son considerados que viven con obesidad</p> <p>Análisis del desarrollo sociohistórico de la obesidad en las últimas décadas.</p>
--	--	--	--	---	---

				<p>Evolución</p> <p>Ambiente ecológico</p> <p>Proceso salud-enfermedad</p>	<p>Análisis de las estrategias de adaptación a determinados contextos</p> <p>Análisis de la transformación de las nociones de obesidad</p> <p>Análisis de los diferentes nichos que impacten directamente en la condición corporal de una persona.</p> <p>Análisis de los conceptos de illness, sickness y disease a partir de las experiencias de quienes son consideradas personas con obesidad.</p>
--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia, 2019.

De una manera más detallada, en el cuadro 3 podemos observar que la investigación se subdivide en cinco dimensiones: contexto, enfocado a la comprensión del entorno del individuo y sus interacciones; estrategias, formas en que se buscará obtener la información para entender el contexto del individuo; fuentes, origen de los datos y la información y

procesamiento de aquellos obtenidos a través de la investigación cualitativa; actores involucrados, las personas consideradas con obesidad, y los instrumentos, diario de campo y guía de entrevista y de observación.

Cuadro 3. Estructura de investigación

Dimensión	Micro
Contexto	- Individuo - Datos biométricos - Hábitos y estilos de vida - Comportamiento
Estrategias	- Entrevistas - Historias de vida
Fuentes	- Datos derivados de la investigación cualitativa
Actores involucrados	- Personas con obesidad
Instrumento	- Diario de Campo - Guías de entrevista y observación

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Se requiere de un análisis contextual en los otros dos niveles macrosociales (nacional e internacional) para poder llegar a ese nivel interpretativo, tomando en cuenta los siguientes aspectos, conforme al cuadro 4.

Cuadro 4. Análisis contextual

Análisis contextual		
Dimensión	Aspecto	Elementos por revisar
Internacional	Económico	Niveles de desarrollo global
	Modelo de vida	Índices de bienestar, de salud, estilos de vida, epidemiología
	Transición económica y alimentaria	Modificación a los estilos de vida en los 80
	Cambio de paradigma	Registros de peso en países desarrollados y en desarrollo
	Sinónimo de emergencia	Alerta de la OMS, documentos emitidos, recomendaciones
Nacional	Gordura, sinónimo de abundancia	Construcción cultural de la obesidad en México
	Aumento gradual de las cifras de sobrepeso y obesidad	Encuestas nacionales de salud y nutrición y otros estudios relevantes
	Contexto sociopolítico y económico	Niveles de desarrollo y políticas económicas
	Panorama obesogénico	Contexto del siglo XXI
	Políticas públicas y programas de acción	Documentos oficiales y líneas de acción

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Debido a que esta investigación partió de la noción de construcción social de la realidad, se analizaron las formas en que el discurso internacional en torno a la emergencia sanitaria de la obesidad fue asimilado en México, y posteriormente, las nociones que tienen las personas en torno a ese discurso, obtenidas a través de una entrevista a profundidad, así como la construcción de contradiscursos que ponen en entredicho la visión global en torno a la obesidad.

La estrategia metodológica es de tipo cualitativo ya que el interés principal es “el uso, estudio y recolección de una gran variedad de materiales y datos mediante estudios de caso, experiencia personal, historia de vida, introspecciones, entrevistas, textos derivados de la observación o de corte histórico, que permitan describir momentos habituales y problemáticos en las vidas de los individuos y lo que estos significan en sus vidas” (Vasilachis, 2009: 24-25) para poder comprender “y hacer el caso individual significativo dentro de un determinado contexto para reconocer características similares en otros casos” (Morse en Vasilachis, 2009: 27), es decir, apela a la comprensión de situaciones únicas y particulares (Rodríguez y Valldeoriola, 2009), y para lograrlo se retoman diversas técnicas y fuentes de información para analizar el fenómeno del sobrepeso y la obesidad desde la visión de las personas que reciben atención profesional en la materia.

Se apoya de diferentes técnicas como los estudios de caso, teoría fundamentada, etnometodología o análisis de la conversación, del discurso y del género, análisis narrativo, hermenéutica objetiva y sociología del conocimiento hermenéutico, fenomenología y análisis de pequeños mundos de la vida, estudios culturales, estudios de género y etnografía (Rodríguez y Valldeoriola, 2009; Vasilachis, 2009). Debido al corte antropológico de la investigación, la técnica que se privilegiará es la etnografía, ya que se buscan comprender las estrategias y los mecanismos de acción de las personas frente al sobrepeso y la obesidad y la observación, y esta nos permite “comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros” (Guber, 2011: 16) y realizar un análisis descriptivo en tres niveles de comprensión: el del reporte, o la descripción de que fue lo que ocurre; el de la explicación o la comprensión de las causas, y la descripción, se ocupa de lo que ocurrió desde la perspectiva de sus agentes (Runciman en Guber, 2011).

De igual manera, a fin de enfatizar el análisis contextual, una parte de la investigación tendrá un corte histórico, en el sentido que la investigación histórica realiza un análisis sobre

sucesos, ocurrencias o eventos ocurridos en determinados ámbitos en el pasado para encontrar explicaciones causales a fenómenos sociales actuales.

La temporalidad de la investigación será de corte sincrónico. En su primera etapa, debido al enfoque histórico de la misma, se tomará como punto de partida mediados de la década de los años 80, momento en que se comienzan a considerar a la obesidad y al sobrepeso como un problema de salud, hasta 2020, momento actual. En las siguientes dos etapas de la investigación, se dará seguimiento de manera sincrónica lineal, a los acontecimientos y medidas que se han tomado al respecto.

La investigación se ubica en la ciudad de México, entidad federativa en la que 73% de la población adulta de 20 años o más presenta sobrepeso u obesidad (ENSANUT, 2016), por lo que nuestro universo de estudio son las personas adultas con sobrepeso u obesidad.

La población participante en la investigación estuvo compuesta por personas adultas, de entre 20 y 44 años, con sobrepeso u obesidad, ya que de acuerdo con la ENSANUT 2018, es el sector demográfico donde más registros de nuevos casos se presentan.

A partir de la delimitación de la población, se seleccionó una muestra de seis casos, tres hombres y tres mujeres, para recabar información a través de entrevistas e historias de vida. Debido a que la investigación no se desarrolló en una institución de salud, todos fueron estudios de casos abiertos. Todas y todos ellos seleccionados a partir de un universo de personas conocida y quienes alguna vez han acudido a un servicio médico para recibir tratamiento o asesoría para disminuir su peso corporal. Todas ellas dentro del rango de edad establecido y vivían en alguna de las alcaldías de la ciudad de México.

Los casos se construyeron a partir de una metodología combinada. Por un lado, se trazó el perfil de un grupo ideal, y por otro, se realizó una tipología con ciertos elementos que se consideran significativos para la muestra como la edad, sexo, índice de masa corporal, vida sexual activa, entre otros datos que permitían conocer mejor a las personas.

Cuadro 5. Selección de personas participantes

Criterio de selección para personas participantes en el estudio		
	Hombre	Mujer
Edad	20 – 44 años	20 - 44 años
IMC	Igual o mayor a 30	Igual o mayor a 30
Residencia en ciudad de México	Si	Si
Comorbilidad asociada a la obesidad	No	No
Vida sexual activa	Si	Si
Recurrir a apoyo nutricional en alguna ocasión en su vida	Si	Si

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Una vez seleccionadas las personas, se llevaron a cabo una entrevista a profundidad de las y los participantes en la investigación, con el objetivo de obtener información relativa a lo señalado en el cuadro 6.

Cuadro 6. Actividades del objetivo general

Objetivo			
Conocer los contextos medicalizados y estetizados que se han construido alrededor de los cuerpos con obesidad en la ciudad de México.			
Actividad	Técnica o metodología	Instrumento	Resultado esperado
Entrevista	Entrevista semiestructurada	Guía de entrevista	Conocer la autopercepción corporal de las personas consideradas con sobrepeso u obesidad, las formas en que establecen vínculos sociales y erótico afectivos y su entorno social
Historia de vida	Entrevista a profundidad	Guía de entrevista Guion de observación	Conocer experiencias de vida de las personas asociadas al ejercicio de su sexualidad y observar la interacción con su cuerpo y sus contextos.

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Dicha entrevista a profundidad, comprendida como esa posibilidad de diálogo para “encontrar lo que es importante y significativo en la mente de las personas, sus significados y perspectivas e interpretaciones, el modo en que ellos ven, clasifican y experimentan su propio mundo” (Salinas y Cárdenas, 2008: 387). No tan cerrada o estructurada o no directiva a fin de que permita que la persona narre lo experimentado desde su propio punto de vista y se contextualicen la situación y el relato etnográfico. Por lo que, en este caso, estuvo centrada en la autopercepción de las personas sobre sus cuerpos, las formas en que establecen vínculos sociales y de corte erótico afectivo, las ideas que las personas han construido sobre la obesidad, el conocimiento de su derechos sexuales y reproductivos y su salud sexual y su entorno social.

En tanto que la historia de vida, tiene el objetivo de “centrarse en un sujeto individual, y tiene como elemento medular el análisis de la narración que este sujeto realiza sobre sus experiencias vitales” (Mallimaci y Giménez, 2009:176) y a través de ella se puede conocer el contexto social, cultural, político, religioso y simbólico en el que se sitúan las personas. Por lo que, para esta investigación en particular, sirvió para ubicar a las y los participantes en su contexto, detallar aún más sus vivencias, y determinar el impacto de los niveles macro y meso en sus vidas cotidianas.

Capítulo 2.

La obesidad como un problema biocultural

2.1 Los múltiples significados de la obesidad

En el caso particular de la obesidad, las ciencias sociales han investigado y analizado el tema desde sus propias perspectivas, ofreciendo diversos ángulos de abordaje y problematización del tema.

Una de las ciencias sociales que más ha reflexionado al respecto es la sociología a partir de diferentes enfoques como el de las redes sociales, basado en conocer si las interacciones interpersonales son o no un factor influyente en el peso corporal de las personas, así como los entornos en donde se desenvuelven. Otros cuyo interés está en las políticas de urbanización, la ubicación de la residencia de las personas y sus condiciones socioeconómicas y la interrelación entre estos tres factores como condicionantes de que una persona pueda o no presentar obesidad. Agregando la categoría de género se ha hecho énfasis en las desigualdades propiciadas por el género de las personas y la mayor propensión por parte de las mujeres al sobrepeso, así como la construcción de las ideas de obesidad por parte de hombres y de mujeres. E introduciendo la de cuerpo, para estudiar el impacto de múltiples fenómenos sociales como la migración, la sedentarización, la pobreza y la urbanización, entre otros (Cruz et al, 2013: 171-174). Asimismo, ha ofrecido tres diferentes perspectivas para el abordaje de la temática. Una primera, en la que sus herramientas sirvan de apoyo a la medicina para identificar aquellos factores sociales que influyen en el aumento de peso corporal de las personas como las preocupaciones individuales, los modelos de vida, las prácticas alimentarias y sus trayectorias sociales. Una segunda, que da cuenta de la construcción histórica de las concepciones sociales alrededor de la obesidad. Y, una tercera, enfocada al análisis de las políticas públicas en la materia (Poulain, 2004: 31).

La economía se ha interesado por el estudio de los factores socioeconómicos y el impacto de los mismos en diferentes aspectos de las condiciones de vida de las personas, entre ellos, su peso corporal, así como la medición de los ingresos y los gastos en alimentos y el tipo de alimentos y bebidas que se adquieren, ya sean procesados o no, o en el consumo de ambos en establecimientos comerciales o bajo la forma de para llevar (Jaramillo *et al*, 2018; Garza y Ramos, 2017). Así como de analizar la manera en que el sistema económico

vigente tiene un impacto en el bienestar de las personas al privilegiar a la industria alimentaria y al consumo (Espinoza et al, 2019:242). E incluso, estudiando si hay o no una elección libre y racional con respecto al qué comer y al tiempo dedicado a la actividad física con respecto a las preferencias, los ingresos económicos y los precios; si los cambios tecnológicos y la reducción del costo de los alimentos con contenidos calóricos y las dificultades para gastar a energía adquirida a través de estos alimentos son determinantes; si existe o no un entorno que propicia una adicción racional, en el sentido de que se han generado algunos comportamientos adictivos hacia cierto tipos de alimentos, sobre todo, aquellos en cuyos contenidos hay altas concentraciones de calorías y sus precios son relativamente bajos con respecto a otros alimentos; observar como aquellos alimentos considerados como saludables se encarecen como parte de la oferta y la demanda existentes en los mercados alimentarios actuales; determinar cómo la gente establece sus hábitos de consumo y factores que pueden influir en su toma de decisiones al momento de realizar una compra, e incluso, determinar si el alimento es o no un mecanismo de refuerzo en la toma de ciertas decisiones asociadas con el consumo (Luján y Monterubbianesi: 2016).

Desde la geografía, se han realizado estudios para ubicar espacialmente la distribución de los registros de las tasas de prevalencia obesidad a partir de datos surgidos de encuestas, de censos o de registros epidemiológicos y determinar las regiones en las que son necesarias intervenciones más urgentes o más enfocadas que en otras partes o aquellas en que hay más disparidad en cuanto al acceso a los servicios de salud así como en la identificación de los determinantes ambientales y socioeconómicos que pueden influir en la presencia de altas tasas de aumento de peso corporal (Barquera y Tolentino, 2005; Lebel, *et al*, 2010).

La mirada histórica ha estado enfocada a comprender las maneras en como distintas sociedades, a lo largo del tiempo, han construido una imagen corporal, han concebido a la gordura o la obesidad y las maneras en que le han apreciado o sancionado socialmente, sobre todo, en el caso de las mujeres, sumado a las representaciones y prácticas derivadas de las ideas de corporalidad (Vigarello, 2011) o el análisis de la construcción de las ideas alrededor de los cuerpos con obesidad (Morales, 2010).

En los últimos años, una de las perspectivas teóricas más utilizadas ha sido la de modelo socioecológico, basada en la teoría de sistemas, que toma en cuenta la interacción

entre el individuo y el medio ambiente, centrándose en mostrar cómo las personas son resultado de sus propios atributos personales, pero también de los ambientes y las influencias que pueden existir a su alrededor. Es decir, los sistemas humanos interactúan constantemente con los ecosistemas naturales, por lo que no puede existir un aislamiento entre ambos. De esta manera, surgen las interacciones, que pueden suscitarse en tres niveles: la agencia individual para tomar decisiones a partir de las opciones existentes dentro de los propios ambientes; la influencia que tiene el ambiente en esas decisiones y la influencia que tiene el individuo para poder modificar el ambiente y los sistemas de su alrededor (Swimburn et al, 2019: 804). Y es el que se relaciona con el enfoque biocultural, de corte totalmente antropológico, sustentado en la contextualización de las características sociodemográficas, económicas, ecológicas, culturales, e incluso sexuales, en la búsqueda del continuum, conforme a ciertos discursos establecidos, pero también las rupturas (Peña y Hernández, 2015: 21).

Y por cuyas características, permite la interacción con enfoques teóricos como el construccionismo social, cuya premisa es comprender la realidad de un grupo social por medio de la cual se organizan de manera objetiva los vínculos entre sus integrantes y sus maneras de comportamiento, partiendo del hecho que dicha realidad ya está establecida y no depende de las voluntades de los sujetos (Berger y Luckmann en Peña y Hernández, 2015: 130-132).

2.2 ¿Medicalización del cuerpo?

En la década de los 90, Conrad (1992; 209) definió al concepto de medicalización como el proceso mediante el cual problemas no médicos se definen y tratan como problemas de corte médico, usualmente en términos de enfermedad y trastorno, estableciendo que sus orígenes se remontan a mediados del siglo XX, momento en que se empieza a cuestionar a la medicina como institución de control social por parte de autores como el filósofo francés Michael Foucault o Talcott Parsons.

Si bien Friedson (1978) se ha dedicado a realizar una sociología de las profesiones, hace un alto en la medicina, a la cual considera una profesión de consulta, pero que es particularidad de ser un ejercicio profesional consultivo la adquiere por cierta interacción

social. En este análisis, plantea que, en materia de curación de algún malestar, hay varias personas que se pueden dedicar a dicha actividad dentro de una sociedad, pero no todas esas actividades son consideradas como una profesión.

En el caso de la medicina, esta fue poco a poco adquiriendo preeminencia conforme se fue formalizando su conocimiento en las universidades, se fueron creando gremios de especialistas de dicho saber y se fue valorando su practicidad con base a resultados que lograron que quienes recurrían a un médico tuvieran mayor número de mejorías que quienes no iban con él. Este fue uno de los hechos que auspicio el monopolio de la curación a la medicina pues, aunque desde varios siglos atrás ya había asociaciones de médicos, la confianza social se fue adquiriendo mediante resultados. Algo muy importante si se toma en cuenta que el ejercicio de la medicina, más allá de requerir de una erudición y una fuerte evidencia científica, también requiere de la capacidad de resolver problemas prácticos. Pero, a partir de esa perspectiva, es que se ha construido una visión biomédica del mundo, con la cual “el cuerpo es considerado como una estructura biológica cuyos elementos funcionan de acuerdo a leyes de la física clásica, en términos de movimientos y ajustes de sus partes” (Baeta, 2015: 82).

Para Conrad (1992:212), la medicalización no sólo consiste en que los temas sean abordados por los médicos, sino que también puede consistir en la definición de un problema en términos médicos, utilizando lenguaje médico para describir un problema, adoptando un marco de referencia médico para comprender el problema o utilizar una intervención médica para “tratarle”, sin que necesariamente se incluya a un médico.

Foucault (1976) la definía como esa salida de la medicina de su ámbito, imponiéndose al individuo, enfermo o no, como un acto de autoridad; involucrándose en cualquier aspecto relacionado con la salud, y ya no enfocándose únicamente a la enfermedad; gozando de un carácter autoritario que le permite buscar “normalizar” ciertos aspectos de la vida cotidiana, no necesariamente relacionados con la salud y enfermedad; define lo normal y lo anormal, y su discurso impregna muchas otras áreas, que pretenden dar respuesta a ciertos problemas a través de una perspectiva médica.

Se puede dar en diferentes niveles. A nivel conceptual, como apoyo para definir u ordenar un problema. A escala institucional, adoptándose un enfoque médico para solucionar un problema, aunque quienes le atiendan no sean especialistas médicos o no intervienen

médicos directamente o a escala interaccional, por medio de la interacción entre médico y paciente, aunque no necesariamente se traten asuntos médicos (Conrad, 1992:223).

La Organización Mundial de la Salud ha definido al sobrepeso y a la obesidad como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (OMS, 2018;1) y ha establecido como indicador para detectarle al Índice de Masa Corporal (IMC), ya que se considera el indicador más simple de la relación entre peso y talla. De esta manera, se ha establecido que se considera con sobrepeso a alguien con IMC igual o superior a 25 y con obesidad a alguien con IMC igual o superior a 30.

Igualmente, con base en el IMC, las personas se han clasificado en diferentes tipos, conforme a su peso corporal: normales, con un rango de entre 18.5 y 24.9 kg/m²; sobrepeso, entre 25 y 29.9 kg/m²; obesidad grado 1, entre 30 y 34.9 kg/m²; obesidad grado 2, entre 35 y 39.9 kg/m² y obesidad grado 3, igual o superior a 40 kg/m². Se considera que hay presencia de obesidad mórbida cuando personas con grado 2 o grado 3 de obesidad, y la presencia de comorbilidades asociadas directamente con la obesidad (Engin y Engin, 2012: 1).

También se han propuesto otros indicadores numéricos basados en aspectos corporales como la medida de la circunferencia de la cintura y la de la masa de grasa central y periférica y visiones críticas que asumen que el IMC no otorga una idea precisa sobre la proporción de peso corporal que es grasa o la distribución corporal de la misma (Engin y Engin, 2012: 2-3).

Desde una visión epidemiológica y de salud pública, se puede comprender a la obesidad como “una enfermedad crónica multifactorial en la que están involucrados aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida, que condicionan una acumulación excesiva de grasa corporal” (Rivera Dommarco et al, 2018: 15), o como “el resultado de un pequeño pero constante desequilibrio del consumo de energía en relación con el gasto de energía” (Galgani y Ravussin, 2011: 18), o “un exceso de grasa en el cuerpo” (Liuzzi y Di Blassio, 2013: 2) tomando en cuenta que el ser humano obtiene la energía a través de los alimentos y esta se almacena en las células, para posteriormente ser utilizada, sin embargo, un consumo excesivo de energía, provoca que esta se almacene en el cuerpo en el tejido adiposo.

También se ha planteado que es “la acumulación anormal de grasa en el cuerpo como producto de una interacción entre dos o más factores” (Liuzzi y Di Blassio, 2013: 4), entre ellos, los mecanismos del hipotálamo que controlan la ingesta de alimentos y el gasto

energético. O, “el resultado de una compleja interacción entre genes y factores ambientales (nutrición, actividad física, calidad/cantidad de sueño, factores psicobiológicos y culturales)” (Serrano, 2012;19).

La ciencia nutricional la define como “una enfermedad crónica, controlable, caracterizada como un acumulo excesivo de tejido adiposo resultado de un balance energético positivo, en donde el ingreso es mayor que el gasto” (Suverza y Haua, 2012: IX), la cual puede condicionar el desarrollo de enfermedades como cáncer, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, hígado graso, enfermedad coronaria, osteoartritis y apnea del sueño. Desde esta visión, hay dos propuestas para disminuir el peso corporal de las personas: la tradicional, consistente en buscar llegar a su “peso ideal”, y, por otro lado, una disminución progresiva de peso corporal de un cinco por ciento a corto plazo a un 10% a mediano plazo, y en un largo plazo, un peso saludable, entendido como el mejor peso que pueda lograr la persona (Suverza y Haua, 2012:X).

Desde abril de 2020, la obesidad ha sido un tema colocado entre los principales tópicos de discusión dentro del ámbito de la salud a raíz de la publicación de un artículo científico en el que médicos de China advierten sobre las tasas altas de neumonía crítica en personas con Covid19 y sobrepeso u obesidad (Qingxian et al, 2020), al igual que en países como Francia, donde el jefe de epidemiología, Jean-François Delfraissy, explicó ante los medios de comunicación que la obesidad ponía en riesgo de complicaciones por Covid19 a la población joven. Escenario que se corroboró en Estados Unidos y América Latina, sobre todo México, donde los índices de problemas de obesidad son de los más altos del mundo y la mortalidad se registró más en personas diagnosticadas con obesidad y comorbilidades asociadas.

Desde la psicología y la psiquiatría, se contemplan varios elementos como detonadores de la obesidad, entre ellos, el neuroticismo, la baja conciencia, la impulsividad, el estrés, la ingesta emocional, como una manera de suprimir o atenuar emociones negativas como la ira, el miedo, el aburrimiento, o la depresión, sumado a hábitos contemporáneos vinculados al uso de tecnologías, la automatización del acto de comer, la adicción a la comida, el síndrome de comer nocturno (Tamayo y Restrepo, 2014; Quintero et al., 2016).

Las reflexiones con respecto a la situación del sobrepeso y la obesidad en diferentes partes del mundo, incluido México, han sido diversas desde hace algunos años. En particular,

el 2000, cuando la OMS determinó que, en todos los países del mundo, tanto de ingresos altos como medios y bajos, se registraba un aumento de peso corporal de sus habitantes y de índices de obesidad como posible resultado del aumento del nivel de vida, advirtiéndole que las consecuencias serían peores para aquellos países de ingresos medios y bajos debido al posible aumento de enfermedades crónicas.

A partir de diferentes ámbitos se ha estudiado el tema y se han planteado propuestas para solucionar lo que se ha llamado una epidemia. En la mayoría de los casos, las propuestas y planteamientos provienen desde las ciencias médicas, que están en la constante búsqueda de nuevos tratamientos farmacológicos, como aquellos basados en la leptina, una hormona secretada en el tejido adiposo, involucrada directamente en la reducción de la ingesta de alimentos y el peso corporal, y cuya manipulación podría aumentar la sensación de saciedad al ingerir alimentos (Izquierdo et al, 2019), o en el estudio del impacto de la obesidad en enfermedades como el cáncer, la cirrosis hepática, las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, las infecciones respiratorias, la diabetes mellitus tipo 2, VIH, malestares en las articulaciones, enfermedades neurodegenerativas, dolor en la espalda baja, degeneración de discos lumbares, inflamaciones, entre otras, o en lo que ocurre en determinados grupos etarios como población infantil, adolescente, adulta joven o adulta mayor, al igual que en hombres o en mujeres, así como en determinar el impacto que tienen ciertos hábitos como el consumo de bebidas azucaradas, asociados directamente a la obesidad, en la salud de las personas (Braverman et al, 2020).

Ante los avances en el estudio de la genética, esta se ha enfocado a investigar los genes que pudieran estar asociados a la presencia y predisposición de obesidad en una persona u hormonas como la melanocortina, relacionada directamente con el apetito, o a estudios de corte epigenético, relativos a la interacción de los genes con el medio ambiente y su impacto en la posibilidad del desarrollo de obesidad o desordenes metabólicos (Kumar et al, 2017).

La ciencia nutricional debate sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad a partir de la alimentación mediante la sugerencia de algún tipo de dieta, de las cuales, hay varias sugeridas. Sin embargo, el reto está en la adherencia por parte de las personas a las que se les ha sugerido llevar cierto tipo de dieta o mantener los resultados por un mayor período de tiempo y en el funcionamiento individual de los diferentes tipos de dieta, pues las

recomendaciones son más generales que particulares. Además del surgimiento de una perspectiva interdisciplinaria denominada nutrigenética, enfocada al estudio de las respuestas individuales a las dietas de adelgazamiento, abriéndose la posibilidad de establecer dietas más personalizadas, tomando en cuenta aspectos como el genotipo y el fenotipo, pero también, la historia clínica, la actividad física, la historia dietética y las relaciones sociales (Martínez y Tara, 2019: 90-91).

Un gran grueso de los estudios alrededor de la obesidad ha sido elaborados a partir de la perspectiva médica y de la salud pública, en busca de proponer nuevos tratamientos e identificar aquellos mecanismos que le propician o le predisponen, así como el análisis de posibles intervenciones en múltiples sectores de la sociedad y la generación de evidencias para elaborar políticas públicas que ayuden a reducir las tasas de prevalencia. En este último caso, el enfoque de estos estudios consiste en la revisión y el análisis de los estilos de vida y en la implementación de acciones para incrementar la actividad física, la promoción de una alimentación más saludable y al aumento de consumo de agua en personas pertenecientes a variados grupos etarios con la finalidad de generar evidencia del costo – efectividad de dichas intervenciones y la pertinencia de llevar a cabo determinadas acciones (Barquera; 2013: 356).

Otros más provienen desde la nutriología, que busca encontrar propuestas terapéuticas y dietéticas con mejores resultados y desde un enfoque más personalizado, pues los hallazgos más recientes han mostrado que los macronutrientes y los micronutrientes no tienen el mismo impacto y efecto en todas las personas por que la dieta es un factor ambiental que tiene una importante interrelación con los genes (Peña et al, 2018) y se requiere tomar en cuenta todos esos factores, así como aquellos genéticos, para poder obtener mejores resultados en el control del peso.

Desde las ciencias de la salud, al paso del tiempo, se han comenzado a elaborar estudios que involucran a los denominados determinantes sociales, entendidos como “las políticas sociales y económicas que condicionan el crecimiento, la vida y el trabajo de la población, la función del Estado y el mercado como responsables para garantizar un buen estado de salud equitativo y las amplias condiciones internacionales y globales que pueden facilitar o dificultar la acción nacional y local en favor de la equidad sanitaria” (Salgado de Snyder y Guerra, 2014: 393).

La obesidad ha sido clasificada como un problema de salud pública. Y desde esa perspectiva se han analizado las transformaciones de los hábitos alimentarios en las sociedades, la mayor disponibilidad de alimentos con contenidos altos en grasas y azúcares, la generación de ambientes obesogénicos en los que predominan las dietas altas en calorías y con bajo contenido nutricional, el descenso de actividad física entre la población, la asociación entre pobreza y exceso de peso, la generación de mecanismos de promoción de una alimentación saludable, la implementación de medidas como los etiquetados nutrimentales y la evaluación del impacto económico en los sistemas de salud de la atención a la obesidad, la imposición de impuestos a productos directamente asociados con el incremento de peso corporal, la asignación de presupuesto público para la atención de la situación, la restricción del acceso a ciertos alimentos y el diseño de estrategias de activación física y mejora alimentaria (Malo, 2017: 5-6; Aranceta, 2013: 133).

O también, analizando cómo impacta la obesidad en la economía a través de la merma del capital humano, la oferta – demanda de alimentos, los entornos que propician patrones de acumulación de grasa corporal y el trinomio alimentación – economía – salud o los cambios en los estilos de vida, culturales, de organización social y del desarrollo económico (Torres y Rojas; 2018:149). Como advierten, Foucault y Conrad, un discurso sustentado en la medicina o en la narrativa del cuidado y la curación de un mal es el que pernea alrededor de la obesidad, insistente en posicionar a quienes presentan un exceso de peso con respecto a los patrones aprobados por la medicina como un problema de salud, sin comprenderse todo el contexto en el que se han suscitado cambios en las dimensiones corporales de las personas y la diversidad de cuerpos existente.

2.3 ¿Estetización del cuerpo?

Las visiones más tradicionales han asociado al cuerpo con lo biológico, pero dejan a un lado aspectos como que la persona está insertada en un determinado contexto sociocultural, en ciertos momentos. Podría argumentarse que cada sociedad produce “su propio cuerpo”, cuerpos diferentes, los cuales, tampoco son estables, debido a que los símbolos significantes de los mismos varían considerablemente al paso del tiempo, pues obedecen a reglas, rituales de interacción y escenificaciones cotidianas (Certeau, 1997:11-13).

A partir de la sociología del cuerpo, se asocia a este como objeto de una construcción social y cultural, un producto simbólico. De cierta manera, es una metáfora de lo social, y lo social es metáfora del cuerpo (Le Breton, 2007:68-69).

Como parte de esta metáfora surgen las apariencias, las cuales implican ciertos aspectos a tomar en cuenta como las modalidades simbólicas de organización, en las que resaltan la pertenencia social y cultural; el aspecto físico, que incluyen la talla, el peso, las cualidades estéticas, entre otras cosas, y que ayuda a que el otro sea clasificado. Particularmente, la presentación física puede adquirir una connotación moral debido a que se pueden elaborar juicios por la vestimenta, por el uso de ciertos elementos, pero también, por la forma misma del cuerpo.

Desde el siglo XVI, la noción de cuerpo sufrió una modificación a partir del planteamiento de René Descartes de separar el pensamiento del quehacer mundano con su propuesta de que el alma y el cuerpo no son equiparables, pues "...el cuerpo queda excluido de lo que en mí piensa" (Tirado, 2014: 14), o como señala el propio autor, más bien se esconde o sólo es un móvil de la mente, pero es irreflexivo y pasivo, y tiene limitantes, mientras que la mente es activa e infinita. Incluso, el cuerpo fue muchos siglos ignorado en la tradición intelectual occidental, debido a su escasa valoración bajo el presupuesto de que acumula a las pasiones (Muñiz y List, 2007: 8). También, hay una mecanización del mismo, en el sentido del interés por el conocimiento y la representación de cada una de las partes, así como su ensamble (Certeau, 1997: 15).

Previamente, en el siglo XV, Vigarello asegura que algunos pintores comenzaron a establecer ciertos patrones de belleza relacionados con los volúmenes físicos, colores, espesores de las formas y redondeces.

Entre estos cambios, se modifica la visión de asociación de la gordura, como un "buen punto" a su cuestionamiento, sobre todo, en el caso de las mujeres. Al respecto, comparte que en algunas obras se pinta a las mujeres aldeanas con mayor corporalidad y cierta pesadez, mientras que otras, pertenecientes a otros sectores sociales, se les representa delgadas, con ciertos toques de refinamiento. Incluso, en el caso de las mujeres con más corporalidad, se les asocian adjetivos como "carnosa, culona, haragana", entre otros, o a "la grosería, la vulgaridad o el populacho" (Lipovetsky, 2016: 92).

Con el Renacimiento italiano, se retoma la noción de “divina proporción” y de “reglas del cuerpo”, propuestas por Piero della Francesca, basadas en la geometría, y estableciendo medidas muy específicas de cada parte del mismo.

Más recientemente, a partir de la década de los 70, se habla de una “liberación del cuerpo”, comprendiéndole como su liberación física y sexual, pero también como un objeto que puede ser moldeable, modificable, ajustable, resaltando la encarnación del cuerpo o cuestionando su naturalidad, e incluso medible (Le Breton: 91; Muñiz y List, 2007: 9; Lipovetsky, 2016: 95).

De acuerdo con Muñiz y List (2007:7), en estos momentos de posindustrialidad, la significación del cuerpo es muy diferente, pues hay un predominio de la individualidad y de la incertidumbre, aunado a que este significa la propia existencia, más allá de lo físico, debido a que hay una posibilidad de construirse de la manera en que le gustaría ser, por lo que, en sí, forma parte de un proyecto identitario, que no sólo se refleja en la corporalidad.

Históricamente, las sociedades han intentado estilizar su mundo y socializar sus sentidos y sus gustos a fin de tener un sello de singularidad con respecto a otras (Lipovetsky y Serroy, 2015: 11).

La posmodernidad parece haberse quedado atrás para dar paso a una etapa en la que lo más relevante y más valorado es lo vinculado a los cánones de la belleza y el arte, dándose prioridad al placer y a los gustos. El siglo XXI es la centuria del triunfo de la estética, es un momento de la adoración de la belleza y donde moralmente pernea el verse bien, pasándose de una idea estética a una ética y a una cosmética de los comportamientos. Curiosamente, no hay una predominancia de las obras de arte ni de las corrientes artísticas, pero sí de las experiencias. De cierta manera, las manifestaciones artísticas han perdido su aura debido a que esta no es material o no hace referencia a algo en específico, más bien, esta sólo envuelve al objeto, como un gas y lo impregna todo. Por lo tanto, se vive una desestetización de los objetos. O más bien, estos modifican su objetivo de ser. Parte de estos cambios tienen que ver con la producción industrial de los bienes culturales y su presencia en todas partes, en lo más mundano, pero siempre bello, “los productos empacados, la ropa de marca con sus logotipos estilizados, los cuerpos reconstruidos, remodelados o rejuvenecidos por la cirugía plástica, los rostros maquillados, tratados o lifteados, los piercing y los tatuajes personalizados, el ambiente protegido y conservado, el marco de vida adornado por las

invenciones del diseño...”. Por lo tanto, vivimos en una época en la que los procesos, internos al mundo del arte y los vinculados a la cultura industrial, han provocado que la belleza deba estar en todas partes y cada cotidianeidad sea una experiencia estética (Machaud, 2007: 8-15), incluido todo aquello vinculado con el cuerpo y sus modificaciones.

A partir de la noción del arte en un estado gaseoso, se contempla que dicha vaporización alcanza “todos los objetos y hechos de la vida de las sociedades actuales”, debido a ciertos rasgos como la institucionalización del arte; la pérdida del carácter suntuario de los ornamentos que pueblan nuestra vida, de tal forma que ya puede considerarse no sólo como socialmente aceptable, sino incluso necesaria socialmente; la potenciación técnica de los medios de transmisión de información, fundamentalmente visual; la rápida substitución colectiva de cualquier estándar de aspecto personal; el revestimiento con los caracteres más aparenciales de amplios ámbitos de la vida humana (Cabot, 2008: 30).

Como una característica de nuestro mundo contemporáneo, desde comienzo del siglo, algunos teóricos de la estética y del arte han proclamado el “triumfo del arte”, es decir, ha perneado muchos otros ámbitos en los que no solía estar involucrado o en los que no se consideraba que hubiera manifestaciones artísticas. A este fenómeno también se le asimila como “estetización”. Una de sus definiciones podría ser “convertir, o pretender convertir, en algo de índole estética regiones de la vida y de la realidad que, en principio, le son ajenos” (Cabot, 2008: 34) En sí, todo debe ser bello porque el parámetro actual del mundo es dicha belleza (Danto en Cabot, 2008: 30).

En estos momentos, los sistemas de producción, de distribución y de consumo están impregnados de operaciones de naturaleza estética debido a que el consumo de nuestras sociedades ha requerido de un aliciente estético ante el panorama caótico derivado del modelo económico predominante: el capitalismo. O, mejor aún, en una era de hiperconsumo, impregnada por el estilo, la belleza, la movilidad de los gustos y las sensibilidades, a las que recurren las marcas, los emporios comerciales y los proveedores de servicios, quienes recurren a la estilización o a un capitalismo artístico en el que a través de estas sensaciones y emociones quedan de lado la productividad, la máxima ganancia posible y la racionalidad contable (Lipovetsky y Serroy; 2015: 7- 11).

A diferencia de la modernidad, caracterizada por los contrastes y contrapuntos, y una cierta sacralización del arte, este sale de sus nichos para infiltrarse en todos los ámbitos de la

vida, aumentando su demanda e imponiendo tendencias, pues su papel es conformar una estrategia mercadológica, dar pie a opciones de distracción, y un juego de seducción para el público consumidor para sentir y vivir así como de conformación de identidad, marcada por las posibilidades de consumo (Lipovetsky y Serroy, 2015: 21).

Considerando que se vive una época de hipermodernidad, Lipovetsky (2016) considera que se ha desatado una pasión por lo aéreo y por la línea, por los cuerpos lisos y longilíneos, un descrédito de la pesadez, la predilección por el aligeramiento de la vida y producido una nueva estética, basada en el aligeramiento de la pesadez de la corporeidad, “un individualismo neonarcisista, tan obsesionado por la imagen normalizada del cuerpo ligero como por el deseo de disfrutar de los placeres proporcionados por la sensación de ligereza física e interior” (2016:85) y en una estética joven y dinámica.

Como señala Le Breton (2007), el cuerpo es un objeto constante de preocupación debido a las valoraciones de la persona que se pueden hacer hacia una persona, sólo por su forma y dimensión corporal o la ornamentación del mismo.

2.4 Estilos de vida, identidades y discursos disidentes

Como señala Arnaiz, existe una contradicción en la sociedad actual debido a la gran oferta y disponibilidad de productos alimentarios y a la exigencia social de la delgadez y a un marketing del cuerpo basado en ella. Este exceso de accesibilidad a alimentos se traduce en la disponibilidad de ellos a toda hora y en gran diversidad, sin que necesariamente, quienes coman en el mismo, consuman lo mismo, pues cada quien puede apelar a comer lo que desee, dándose la posibilidad de una combinación de una gran variedad de platillos y tipos de comida. Asimismo, el acto de comer se ha ido individualizando, se le destina cada vez menos tiempo y hay una irregularidad en el horario de comida, predilección por la comida ya preparada, la simplificación de los menús, snacking. El tiempo es el valor más codiciado. Las comidas en familia son cada vez menos comunes. La regulación del tiempo de comida la pone la actividad laboral, ocurriendo por lo que los hábitos alimenticios son moldeados por el capitalismo. (Contreras y Gracia, 2005: 5).

En el caso de México, las últimas cuatro décadas han representado múltiples cambios en cuanto a patrones alimentarios, provocados, en gran parte, por el cambio de política

alimentaria, pues de ser un país que apostaba por la autosuficiencia alimentaria se convirtió en uno que pondero la seguridad alimentaria, favoreciendo la introducción de un sinnúmero de importaciones de alimentos. De esta manera, las dos tipos de patrones alimentarios más comunes, el indígena, basado en el consumo de maíz, frijol, chile, pulque y verduras así como azúcar, café, y en menor medida carne o huevo, y el mestizo, caracterizado por un mayor consumo de leguminosas como el frijol, más leche, carne, huevos y la introducción de algunos alimentos industrializados como las pastas para sopas, harinas de trigo, refrescos y otros empaquetados, e incluso el de una dieta variada, delineado por sumar al modelo mestizo una mayor variedad de alimentos, sobre todo de origen industrializado, han sido modificados por un patrón muy variable entre zonas y grupos sociales, en el que impactan las desigualdades de ingresos económicos, los constantes cambios de la industria alimentaria y los mercados en cuanto a calidad, cantidad y formas de preparación y un desequilibrio en cuanto a contenidos calórico, ya sea que los sobrepase o sean deficientes (Ortiz, 2006; Vázquez y Montes, 2005), Incluso, se ha suscitado una demanda de productos bajos en calorías o sin colesterol o sin azúcares añadidos, sobretodo, a partir de la década de los 90 (Lipovetsky, 2016: 96)

De esta manera, se ha vivido una transición alimentaria durante las últimas cuatro décadas, acompañada de otros fenómenos como un proceso de urbanización acelerado, constantes crisis económicas que han dejado a más de la mitad del grueso de población en situación de pobreza, incremento notable en las tasas de desempleo, una economía informal mayoritaria, deterioro de la capacidad adquisitiva, y a una modificación de los estilos de vida. Entre estos, se ha observado un aumento en el consumo de energía calórica, predominando el consumo de carnes por sobre el de verduras, legumbres y fibras, y en consumo de alimentos fuera de casa, sumado al de bebidas azucaradas y una menor actividad física debido a que muchas de las ocupaciones laborales requieren de actividades sedentarias (Ortiz Hernández et al, 2006: 191 - 193).

Las condiciones anteriores han generado un incremento en las masas corporales de gran parte de la población, un panorama contradictorio a los estándares propuestos por las ciencias médicas y los patrones estéticos. En medio de esa contradicción, han surgido discursos, denominados gordofóbicos o de gordo – odio, caracterizados por ser “aquellas prácticas, discursos y acciones que burlan, marginan, estereotipan, prejuizan, rechazan e

implican la obstaculización o vulneración de los derechos de las personas bajo el pretexto de la gordura” (Mancuso, Longhi y Pérez, 2021) y que no sólo se enfocan a las personas que presentan algún problema de salud vinculado directamente con el peso sino en todas aquellas ajenas a la norma de peso corporal.

En el mismo sentido, en estos discursos se refuerzan la gordofobia, el rechazo hacia el cuerpo y la imposición de regímenes dietéticos a través de ideas sutiles como la necesidad de “un mejoramiento personal”, la inspiración o la salud, aunque detrás puedan esconderse otro tipo de problemáticas como el racismo, el supremacismo, el clasismo y la misoginia (Tovar, 2021).

2.5 Visión antropológica

En el campo de la antropología también ha emergido una subdisciplina enfocada al análisis de los procesos de salud enfermedad. Casi desde los comienzos mismos de la disciplina, la antropología tuvo un gran interés por el estudio de las prácticas curativas de los diversos pueblos alrededor del mundo. Al paso del tiempo, surgieron dos grandes vertientes de estudio. Aquella enfocada a la comprensión y análisis de las prácticas de la medicina tradicional y los saberes populares alrededor de la salud y otra vertiente centrada en el estudio de las prácticas médicas contemporáneas y las interrelaciones y las respuestas derivadas de esta (Salaverry, 2017:165). A partir de una visión crítica, se ha cuestionado el mote de antropología médica, dado originalmente para esta área de estudios y se ha renombrado bajo la denominación de antropología de la salud, diferenciándose de la antropología médica por alejarse de un discurso centrado en la medicina y prestar mayor interés a la enfermedad, al enfermo y sus dolencias, al terapeuta y sus prácticas curativas y a las interacciones que tienen los individuos entre lo biológico y lo social, así como al establecimiento de modelos de interpretación y tratamiento de la enfermedad en cada cultura y a tomar en cuenta la concepción individual de la enfermedad como parte de una construcción cultural (Fassin, 2004; 288).

El vínculo entre la medicina y la antropología ha sido estrecho, aunque cada disciplina ha tomado su propia vertiente, lo cual no significa que se hayan alejado del todo entre sí. En el caso de la medicina, a partir del siglo XIX comenzó a convertirse en un modelo médico

hegemónico debido al cambio de paradigma de centrarse en la atención individualizada a la atención en masa, con cierta predilección por las cuestiones biológicas derivadas de la visión férrea de sustentar a la enfermedad como producto de la interacción con microorganismos o a fallas en los componentes del organismo, que se expresan mediante síntomas y signos, siendo estos últimos las evidencias objetivas de la enfermedad que percibe el profesional de la salud y en la institucionalización de la verdad médica como base del ejercicio de la profesión (Comelles y Martínez, 1993 y Martínez, 2007).

Dicha visión biomédica pretendió explicar a la enfermedad desde tres modelos: el anatomoclínico, basado en la localización del mal en alguna parte del cuerpo; la teoría contagionista o modelo Henle – Koch, centrado en la idea de que un micro organismo genera disfunciones en el cuerpo humano, y la medicina molecular, centrada en la posibilidad de desarrollo de tratamientos médicos a partir de la manipulación de información genética (Martínez, 2007: 17). A lo que se le llamó la medicina basada en la evidencia.

La búsqueda de entender los aspectos biológicos y su relación con lo social y cultural ha sido de utilidad, en un principio el acercamiento fue hacia la etnomedicina o medicina (Comelles y Martínez, 1993; Peña 2012).

Sin embargo, este acercamiento tuvo varios fines y uno de ellos fue el de privilegiar las prácticas de curación derivadas de las ciencias médicas por sobre otras. Ejemplo de lo anterior es el caso de España, donde los médicos en las zonas rurales, a diferencia de los espacios urbanos, se encontraban con que el discurso médico no había perneado a estas sociedades y los sistemas de creencias locales impactaban de manera sustancial en la vida cotidiana de las personas, dificultando su labor de imponer a la medicina moderna por sobre la medicina popular, por lo que se realizaron muchos estudios para comprender estas prácticas de curación con la finalidad de descalificarlas debido a que no se ceñían a los requisitos de la ciencia moderna en cuanto a su carácter científico ni a las formalidades del discurso médico (Comelles y Martínez, 1993).

Este fenómeno no fue exclusivo de la península ibérica, sino por el contrario, ocurrió en muchos otros lugares del mundo como América Latina y México, “donde, aunque los especialistas hablan de la importancia de los comportamientos culturales para la prevención de un determinado problema, no se generan las investigaciones para obtener este tipo de información y, menos aún, la aplicación de acciones de tipo cultural” (Menéndez, 2005:52).

En el caso de México, los estudios antropológicos sobre salud iniciaron desde el siglo XIX con los estudios de la raza, habiendo varios equipos de investigación como el franco mexicano, el italiano, el alemán y algunos norteamericanos que se dieron a la tarea de explorar las características somatométricas y somatoscópicas, la degeneración de la raza y la renovación de la misma (Campos, Peña y Maya, 2017: 445).

Varios de los estudios se enfocaron al pensamiento mágico de los denominados “pueblos primitivos” y se sumaban a la corriente evolutiva social o sociobiológica, enfocada en comprender las diferencias biológicas entre las razas y las culturas, desde la etnografía se comenzó a plantear la división de magia, religión y medicina tras observar el rol social de quienes tenían conocimientos para sanar a sus coterráneos. Sin embargo, la temática no tenía un gran auge dentro de las investigaciones de corte antropológico, pues el interés estaba en comprender a la magia y a la religión desde el ámbito sociopolítico (Comelles y Martínez, 1993: 24 -25).

El cambio de mirada provino de la propuesta de Franz Boas (1964), quien cuestionó las teorías evolutivas alrededor de los pueblos, derivadas de la noción de raza, proponiendo la existencia de una diversidad cultural muy vasta alrededor del globo terráqueo por lo que cada una ha tenido su propio devenir, que no necesariamente se ajusta a la visión de superioridad de razas o de la existencia de una raza pura.

En la década de los 20, William Rivers publica *Medicina, magia y religión*, un libro en el que planteó que las prácticas médicas son consecuencia de las creencias establecidas alrededor de las causas de las enfermedades por lo que esas creencias y las prácticas curativas son parte de la cultura (Aguirre Beltrán, 1992: 45). Sin embargo, hace una clara separación entre las prácticas médicas de los “pueblos primitivos” y la medicina occidental, atribuyéndole a las prácticas curativas de diversos pueblos, la categoría de mágicas, alejándoles de la noción de ciencia y de efectividad curativa.

Por otra parte, influido por Boas, Forrest Clements realiza una clasificación de diferentes etiologías halladas en más de 300 pueblos diferentes, considerando que puede haber cinco grandes causas: hechicería, quebrantamiento de un tabú, intrusión de un objeto – maleficio, intrusión de un espíritu y pérdida del alma (Aguirre Beltrán, 1992).

El cambio de paradigma ocurrió hasta la década de los 50, cuando se le desasoció y se le pensó como una antropología al servicio de la mejora de la sanidad de las sociedades

del entonces denominado Tercer Mundo, pero que al paso del tiempo se convirtió en un área de análisis de las representaciones de la enfermedad, desde el saber médico popular hasta las representaciones sociales de la enfermedad, a ocuparse a fondo de cuestiones de biología y de cultura, del sufrimiento humano y de los rituales para afrontar los trastornos y peligros que pueden acechar a las personas y, por lo tanto, de la investigación de la experiencia humana y de los cimientos existenciales de la cultura (Good, 2003: 26 - 27). Y tener como tarea entender los significados construidos por el sistema médico en sociedades radicalmente distintas a la nuestra, con objeto de criticar la estrecha lectura biológica del trabajo cultural que da forma a la mortalidad y el sufrimiento humano (Good en DiGiacomo, 2013: 73). Diferenciándose de la medicina social, debido a que está asume a la enfermedad como un hecho social, producto de una situación particular de un proceso general de vida (Laurell y Breilh en Peña, 2012: 62).

En el trasfondo, la antropología médica tiene como principal preocupación a la salud humana y el bienestar, así como las expresiones culturalmente mediadas de la enfermedad desde el punto de vista social (Hayden, 2006: 75). Tiene una perspectiva multicausal, rompiendo el paradigma biomédico de que la enfermedad deriva de una sola causa. Por el contrario, es producto de múltiples factores sociales, culturales y político-económicos (Martínez, 2006: 26).

Sin embargo, su visión no pretende ser simplista, en el sentido de que las explicaciones obtenidas sean parciales; sino que propone la construcción de modelos que tomen en cuenta al cuerpo como un ente biológico y un ente cultural (Hayden, 2006: 76) y las múltiples dimensiones existentes alrededor de la enfermedad, que diferencian a este enfoque del biomédico (Martínez, 2006: 38). De esta manera, la antropología de la medicina parte del concepto de enfermedad, y no del de salud, dando significación a las dimensiones biológica (*disease*), cultural (*illness*) y social (*sickness*) de la enfermedad (Comelles y Martínez, 1993: 58), diferenciándose de la medicina social.

Dichos conceptos se han construido al paso del tiempo. Sobre la dimensión biológica de la enfermedad (*disease*) existe un consenso de que responde a lo fisiológico, a lo físico, a los procesos orgánicos, a la condición corporal o somática, a la patología identificada por la medicina (Fábrega, 1979; Fassin, 2004; Peña, 2012). En tanto que el de *illness* puede ser delimitado como el comportamiento de una persona con respecto a la enfermedad, la

experiencia subjetiva de la persona, la escala individual o la forma en que la enfermedad es concientizada o como adquiere un carácter simbólico y/o psicológico (Fábrega, 1979; Fassin, 2004; Peña, 2012). Y el *sickness* asociado al fenómeno social derivado de la condición del enfermo y las expectativas de la sociedad (Fassin; 2004: 293) o la escala social referente al proceso mediante el que la enfermedad adquiere un significado reconocido a nivel social y requiere del desarrollo de ciertas intervenciones específicas, dentro de un marco socio simbólico (Peña, 2012: 64).

En su devenir, la antropología médica ha tenido varias vertientes. En Europa hubo poco acercamiento a los temas, uno de ellos fue el estudio sobre la muerte relacionada con el vudú y los artículos sobre eficacia simbólica de Levi Strauss. En Europa comenzó a cobrar auge en Francia en la década de los 60, surgiendo conceptos como el itinerario terapéutico, referente a las trayectorias y no sólo a los modelos de comportamiento.

Otras propuestas fueron las que se llevaron a cabo en la propia Europa a través de trabajo de campo en áreas con desigualdades sociales y donde los beneficios del capitalismo no llegaban. En estos lugares, el antropólogo italiano Ernesto De Martino halló que la magia representaba una alternativa frente a la hegemonía en muchos ámbitos, entre ellos el de la salud, pues a diferencia de otros trabajos, el de él comenzaba a observar la interacción entre el modelo hegemónico y los modelos alternativos, entre lo subalterno y lo preponderante, entre el saber popular y el saber científico (Comelles y Martínez, 1993:75).

Esta área de conocimiento tuvo una mayor acogida en Norteamérica, donde en la década de los 70, el eje de las investigaciones de este corte se centraba en la comprensión de la naturaleza de la salud y la enfermedad (DiGiacomo, 2013:43).

En este contexto surge la propuesta de Kleinman (1980) de la etnografía de la experiencia interpersonal para diluir las dicotomías de individuo/sociedad y micro/macro, y otras de corte marxista en las que se pondera la ideología. En su análisis, haciendo una crítica del dominio de la visión biomédica en las ciencias de la salud, parte la premisa que en todas las sociedades, las actividades del cuidado de la salud están interrelacionadas de alguna manera, conformando un sistema de salud, que podría definirse como una respuesta social organizada a la presencia de enfermedad, y constituye, en sí, un sistema cultural especial, el cual está compuesto por significados simbólicos anclado en arreglos particulares entre instituciones sociales e interacciones interpersonales. Es decir, el padecimiento, las

respuestas hacia él, la vivencia de los individuos, el tratamiento, y las instituciones sociales que se involucran en dicho tratamiento están sistemáticamente interconectadas. Por lo que el sistema de salud integra todos los componentes relacionados con la salud de una sociedad, entre ellos, los patrones de creencia acerca de las causas del padecimiento, las normas que pueden influir en la selección y evaluación de un tratamiento, los estatus socialmente legitimados, roles, relaciones de poder, los cambios en las interacciones, y las instituciones.

Así como las creencias y comportamientos, que también están sujetas a un sistema cultural y les influyen instituciones sociales, relaciones interpersonales, interacciones, factores económicos y políticos, entre otros.

Ante la complejidad de elementos que componen al sistema de salud, Kleinman (1988) y Menéndez (1992) proponen estudiarles a través de modelos explicativos que ayuden a comprender cómo los actores en un contexto social específico piensan sobre la salud, actúan y qué elementos retoman.

Estos modelos explicativos sobre enfermedades crónicas ayudan a interpretar las interacciones que surgen entre los diferentes sistemas de conocimiento médico; dan nociones acerca de un episodio de malestar y el tratamiento que es utilizado; indican quienes tienen el rol de ser curadores, comprenden y tratan la enfermedad y el malestar; permiten explicar la etiología, el tiempo y la forma de los síntomas, la patofisiología, el curso de la enfermedad y el tratamiento, y observar y describir episodios profesionales (Kleinman, 1988).

De esta manera, desde la postura de Kleinman (1988) los modelos se subdividen en profesional, popular y folk. El profesional se caracteriza por la existencia de una organización profesional alrededor de la tarea del curar, por contar con puntos bien definidos de entrada, interacción y salida, por la predominancia del modelo biomédico, aunque también hay otras opciones. El popular se define por ser el ámbito donde se define la enfermedad y comienza la atención a la salud y donde se toma la decisión de acudir por atención así como de que tratamiento se va a aplicar finalmente, evaluar la eficacia del mismo y establecer mecanismos de autocuidado, y el folk, donde no hay una atención estrictamente profesional, se conjugan lo sagrado y lo secular, hay una mezcla de componentes y se plantean algunos cuestionamientos a las nociones comunes de cuerpo y de salud (Kleinman, 1988).

Después de esta propuesta, han surgido diferentes visiones sobre el abordaje de los temas de salud desde la mirada antropológica, entre ellos, la antropología médica crítica, un

término acuñado en 1983 por Hans Baer y Merrill Singer, quienes propusieron que era necesario conocer el impacto del capitalismo global en la salud y el estado de salud a través de la comprensión de las costumbres y condiciones locales de los diferentes grupos humanos. De esta manera, es necesario analizar los determinantes políticos y sociales de la salud, pues consideran que los trabajos de antropología médica anteriores dejaban de lado el análisis de las macroestructuras sociales (Singer en Hayden, 2006: 77). Además de cuestionar que los estudios de antropología médica solían “medicalizar” la experiencia del padecimiento (illness), no tomar en cuenta los procesos globales socioeconómicos, ni la interrelación entre el ser humano y el medio ambiente y de dar prioridad al modelo de medicina occidental, desde el cual suelen partir las reflexiones. La propuesta de Baer y Singer considera necesario tomar en cuenta cuatro niveles de análisis: macrosocial, social intermedio, microsociales e individual, y se ayuda de algunas de las herramientas de la economía política de la salud.

En América Latina, Menéndez (1992) estudia los procesos de salud, enfermedad y atención mediante la articulación del pensamiento médico, pero también el análisis histórico, estadístico y etnográfico de las condiciones de vida, los servicios sanitarios y los procesos de gestión de la salud.

Desde una visión crítica, propuso el análisis del proceso de salud-enfermedad-autoatención-prevención desde una postura en la que definió originalmente tres modelos de atención curativa: hegemónico, alternativo y de autoatención, los cuales, son una construcción metodológica y social que deben ser referidos a la historicidad de los procesos y estos pueden conducir a la reformulación de los mismos (Menéndez, 2016). Dichos modelos son:

Modelo médico hegemónico: supone el reconocimiento de tres submodelos, individual privado, médico corporativo público y corporativo privado. Los tres representan rasgos estructurales como el biologismo, una concepción teórica evolucionista, positivista, holística, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficiencia pragmática, la salud como mercancía (directa o indirecta), relación asimétrica entre el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasividad de “consumidores” en las acciones de salud, exclusión del saber médico, legitimización jurídica y académica de otras prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada, rasgo científico como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, etc. (Menéndez, 1992:102).

Los submodelos corporativos, además, se caracterizan por estructuras jerárquicas internas y externas en la organización de la atención médica, burocratismo. Se caracteriza por el desarrollo de un proceso de concentración monopólica en la atención de la salud y por una función más directa del Estado (Menéndez, 1992: 102).

Modelo médico alternativo subordinado: se integran las prácticas reconocidas como “tradicionales”. No solo connota una suerte del “pasado” cargado de valores, sino que clausura toda una serie de prácticas alternativas que se van constituyendo como dominantes, pero no solo proceden del “pasado”, sino son prácticas dominantes que en gran medida se derivan del MMH y sintetizan y transforman las prácticas tradicionales. El eje de esta agrupación radica en que dichas prácticas constituyen alternativas institucionales que el MMH ha pretendido estigmatizar pero que en los hechos tiende a subordinar ideológicamente. Las características de complementación y subordinación, no de oposición, son las que tenderían a determinar este modelo (Menéndez, 1992: 102- 103).

Modelo de atención basado en la autoatención: modelo basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de su grupo, parentales o comunales, y en el cual no actúa directamente un curador profesional. La autoatención supone desde acciones “conscientes” de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad. Es un modelo estructural a toda sociedad. Supone el primer nivel real de atención, es la base de las anteriores y su estructuralidad se basa en las funciones no solo curativas, sino sobre todo socioeconómicas que cumple para los grupos que opera (Menéndez, 1992: 104).

En una actualización de su planteamiento, Menéndez (2005:117) propone que, si se pone énfasis “en los comportamientos de los sujetos y grupos respecto a sus padecimientos”, partiendo del presupuesto de la existencia de “conjuntos sociales estratificados y/o diferenciados a través de condiciones ocupacionales, económicas, étnicas, religiosas, de género, etc.”, se podría pensar en las siguientes formas de atención:

Biomédica, a través de contactos médicos del primer nivel de atención y del nivel de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades; popular y tradicional, en la que intervienen curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, parteras empíricas, espiritualistas, yerberos, shamanes. También puede incluirse el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas

cristianas y de otros cultos, así como el desarrollo de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticos; las alternativas, paralelas o “new age”, donde intervienen sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario; otras tradiciones médicas académicas como pueden ser la acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina, entre otras, y las centradas en la autoayuda, donde quienes cobran el rol principal son grupos organizados y orientados por las personas que padecen o co/padecen algún tipo de problema de salud.

En su propuesta, el autor argentino distingue a los saberes médicos, categoría en la que se puede englobar a las representaciones y prácticas sociales, y dentro de los cuales está presente una historicidad en constante cambio, al ser parte de las realidades, de los modelos, los cuales, al ser una construcción teórica, quedan anquilosados y requieren de esas realidades para cobrar vigencia o ser desechados (Menéndez, 2018: 13) E incluso, dichas realidades ayudan a entender las interacciones que pueden surgir entre dichos modelos.

Desde esta visión, se plantea la existencia de una epidemiología sociocultural, que permite saber cómo los grupos manejan las enfermedades, el diagnóstico, la explicación y el grado de gravedad que le asignan, así como la afectación real e imaginaria, y ubicar el momento en que un malestar se convierte en enfermedad, es decir, cuando este se agrava y afecta las actividades cotidianas de las personas (Menéndez, 2018: 18).

Al paso del tiempo, los temas de incumbencia de esta rama de la antropología se expanden, teniendo cabida el análisis de las instituciones médica como espacios de poder y de dominación; la representación sexista del cuerpo de la mujer, del nacimiento y de la reproducción; el papel de la ciencias biológicas como razón instrumental; la eficacia de las prácticas simbólicas en la constitución de la experiencia y la producción y reproducción de mundos sociales, y el cuerpo humano como fuente creativa de experiencia y ámbito de dominación (Good, 2003). O los distintos sistemas de salud y sus articulaciones; los curadores y prestadores de servicios; la salud materno infantil; la salud reproductiva; la etnomedicina o medicina tradicional; la alimentación y la nutrición; la epidemiología, incluyendo a la epidemiología cultural; aspectos socioculturales de las enfermedades infecto-contagiosas y crónico-degenerativas; la sexualidad y el cuerpo; el nacimiento, el crecimiento, la reproducción, la vejez y la muerte; representaciones y prácticas en torno a la salud, la enfermedad y la búsqueda de atención; las terapéuticas; las nuevas tecnologías aplicadas al

campo de la salud; el cuerpo, la fertilidad y el genoma humano; y las políticas y programas sobre salud (Freyermuth y Sesia, 2006: 10).

Lo anterior supone articularles, con las complejidades que representa, pues la medicina también está enfocada a la enfermedad, pero privilegiando la dimensión biológica. En cambio, la antropología está influenciada por la epidemiología emanada de la medicina social, la demografía, la geografía, la economía, la ecología, la sociología y la historia social, así como la propia teoría antropológica para elaborar un discurso crítico del modelo biomédico de las enfermedades (Comelles y Martínez, 1993; Martínez, 2006: 25).

Pudiéndose construir una epidemiología sociocultural o “el estudio de los factores de riesgo en una clave preventiva estructural, considerando a la realidad biológica y ambiental en su íntima relación con la cultura y las relaciones socioeconómicas y políticas” (Hersch – Martínez, 2013).

En el caso de México, esta área de estudios tiene una longeva tradición, desde el siglo XIX, cuando equipos de antropología física realizaron trabajos de corte médico. Algunos de los estudios pioneros de carácter etnográfico realizados en el país son los de Robert Redfield, quien en la década de los 20 del siglo pasado se establece en Tepoztlán, Morelos, y posteriormente en Yucatán, comienza a realizar investigaciones sobre las prácticas curativas que se llevan a cabo en el lugar y las plantas que suelen utilizar quienes desempeñan prácticas curativas. En el caso de la Península de Yucatán, interesado en la identificación de los procesos de cambio de los pueblos conforme estos se fueron asimilando a una vida nacional, realizó un estudio en cuatro diferentes tipos de población: una totalmente urbana, un pueblo, una aldea campesina y una comunidad más alejada. En ellos, Redfield y su equipo de trabajo identifican las prácticas médicas en estos sitios, predominando en las zonas más urbanas, la medicina occidental, mientras que en los pueblos conviven la tradición maya con la medicina occidental y en poblaciones más pequeñas y más alejadas, predomina la tradición maya y quienes ejercen las labores curativas también forman parte de la organización política y social (Aguirre Beltrán, 1992).

Entre las décadas de los 30 y los 40 se buscan conocer las prácticas curativas que se llevan a cabo en los diferentes pueblos indígenas, se crean algunas instituciones enfocadas a la salud de la comunidades rurales, campesinas e indígenas como la Escuela Superior de Medicina Rural, se celebra el Congreso Indigenista Interamericana en Pátzcuaro, Michoacán

en 1949, donde se plantea la necesidad de enseñar a los alumnos de las escuelas de medicina la problemática de las comunidades rurales e indígenas, se crea la cátedra de antropología social en la Escuela de Salubridad del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, y en 1955, la Organización Mundial de la Salud publica el libro *Programas de salud en la situación intercultural* (Aguirre Beltrán, 1992: 61-64). Uno de los principales intereses en esos años era comprender las razones por las que en las comunidades indígenas del país había una aceptación parcial o rechazo hacia los servicios de salud ofrecidos por el Estado (Freyermuth y Sesia, 2006). En este contexto, surgen los primeros estudios que sugieren la existencia de “creencias indígenas” alrededor de las enfermedades, una gran documentación sobre el uso de distintas plantas con fines curativos y las prácticas curativas realizadas en las diferentes poblaciones indígenas (Freyermuth y Sesia, 2006; Aguirre Beltrán, 1992). A partir de la década de los 70, la visión de los estudios de la antropología médica se modifica para dar paso a la comprensión de la interacción entre las diferentes posibilidades de buscar una cura para una enfermedad, desde la práctica médica aplicada en los centros de salud, hasta la recurrencia a sanadores locales o el autocuidado. O más recientemente, la comprensión de la posibilidad de la conjunción de diferentes modelos de atención a la salud a través de la interculturalidad, la salud sexual y reproductiva de las mujeres, sobre todo indígenas, trastornos alimentarios y adicciones entre las poblaciones juveniles. Uno de los retos a los que se ha enfrentado la antropología médica en nuestro país es a la transición epidemiológica vivida durante las últimas décadas, incrementándose la presencia de enfermedades crónico degenerativas como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias, sobrepeso y obesidad, y el envejecimiento de la población.

También se ha planteado un debate sobre la denominación de la disciplina, pues hay una crítica hacia la denominación de antropología médica por considerarla más cercana a la medicina que a las ciencias antropológicas. O que su enfoque se centra en la problematización de la relación salud y enfermedad y la anteposición entre la medicina tradicional y la medicina occidental, ocupándose de la descripción, el análisis y la comparación de sistemas de atención o de salud, las interacciones entre actores y agentes de una práctica terapéutica y la trayectoria del enfermo (Menéndez en Peña, 2012) y de experiencias individuales que dejan al lado múltiples aspectos sociales y políticos y en las que predomina una relación de

poder entre quien asiste por ayuda y quien la brinda, pero que requieren de una interpretación profunda al estar enmarcadas en contextos más amplios (Fassin, 2004: 292).

Sin embargo, surgen otras posturas que indican que los estudios de la salud desde una perspectiva antropológica se enfocan a establecer las interacciones dinámicas de los componentes del proceso salud – enfermedad conforme a la temporalidad de estudio y sustrato de análisis en búsqueda de una visión integral que permita conocer la multicausalidad de los cambios biológicos de las poblaciones bajo diferentes marcos (ecológico, psicológico, social, cultural e histórico) y múltiples codeterminantes (sociodemográficos, epidemiológicos, alimentarios, nutricionales y estrategias de supervivencia) identificando los riesgos, compensaciones y microadaptaciones resultantes de los cambios transicionales alimentarios y sanitarios (Peña, 2012). Un abordaje en el que la salud sea al mismo tiempo, significado y significativo del cambio social, por los sentidos que porta y por los signos que representa (Fassin, 2004: 293). A este campo se le ha denominado antropología en salud.

En este marco de transición, tanto alimentaria como epidemiológica, y porque no, social, se encuentra la obesidad, como un fenómeno reciente en la vida pública mexicana, que se ha resignificado y replanteado desde muchas aristas, muchas de las cuales no coinciden en su visión, pero que se interseccionan las unas con las otras. Debido a las complejidades derivadas de la situación y a la necesidad de conocer y analizar múltiples aspectos que influyen a individuos y sociedades con respecto a la obesidad, es necesario ahondar en su análisis a partir del enfoque biocultural.

2.6 La obesidad como problema de salud biocultural

En sus comienzos, la antropología de corte biológico estuvo más interesada en la biología humana, centrada en la elaboración de tipologías raciales a través de las morfologías craneales y otros aspectos fenotípicos, distanciándose de los asuntos culturales e históricos, y privilegiando los estudios a nivel poblacional más que individual, teniendo una perspectiva de corte evolucionista, centrada en los mecanismos de adaptación del ser humano y la interacción con su entorno. Un ejercicio que al paso del tiempo llevaría a la conformación de diversas sociedades de estudios del hombre, y años más adelante, a la conformación del campo de estudio de la antropología física, que colocaba al individuo, unidad biológica con

características morfológicas y fisiológicas, dentro de un grupo sociohistórico (Peña, 2012:28).

Una visión que se modificó a mediados del siglo XX al comenzarse a realizar estudios sobre la malaria en la parte occidental de África, en los que se tomaron en cuenta el impacto de los factores ambientales, no sólo como condiciones físicas externas, sino como elementos que influían y afectaban directamente a las personas al modificarse las condiciones ecológicas por la introducción de las actividades agrícolas, el mayor contacto con vectores que portaban la enfermedad y el desarrollo de resistencia en los organismos de las personas (Armélagos, 2008 en Zuckerman y Martin, 2016).

Entre la década de los 60 y los 80, este enfoque se nutrió de la antropología ecológica y la economía política mediante el estudio de la adaptabilidad humana, incluida la genética, la aclimatación y la plasticidad fenotípica, y los posibles mecanismos estresores ambientales y sociales, así como el tomar en cuenta, desde un enfoque ecológico, que todos los aspectos sociales, culturales, biológicos y físicos pueden impactar en el comportamiento y biología humana. Como parte de esos factores, se propuso tomar en cuenta las intersecciones entre los sistemas globales y locales y las formas en que estas moldean y controlan el acceso a recursos como la vivienda, la salud y los alimentos y categorías como el sexo, el género, la raza y la etnicidad (Zuckerman y Martin, 2016;). Se propuso un modelo ecológico que veía a las enfermedades infecciosas como producto de las interacciones entre un organismo huésped, un patógeno y el medio ambiente, y este fue usado para estudiar las interacciones específicas entre los seres humanos y el medio ambiente con respecto a una enfermedad u otros indicadores biológicos de estrés así como un punto de partida para comprender el proceso y la evolución de las enfermedades durante la transición epidemiológica que comenzó a vivirse en la década de los 70 (Armélagos en Leatherman, 2016:50).

Después se enfocó a tomar en cuenta las relaciones de poder y las inequidades sociales y categorías como la pobreza, la violencia, el género y la sexualidad o fenómenos como la degradación ambiental y la “americanización” de las diferentes sociedades a través de hábitos como la alimentación basada en alimentos con alto contenido calórico y pocos nutrientes o a estudiar los fenómenos desde múltiples niveles de causalidad tomando en cuenta varias condiciones, procesos y resultados y múltiples variables de diferentes cortes (Zuckerman y Martin, 2016: 11).

De manera teórica, esta visión de estudios sobre el ser humano se ha apoyado en diversas propuestas como la ecología humana, basada en la relación persona – ambiente – cultura, y la generación de estrategias adaptativas conforme al medio en el que se desenvuelven. El materialismo histórico hace énfasis en tomar en cuenta las formas materiales de existencia y como estas son transformadas a través de los medios de producción. El neo evolucionismo cultural pone atención en condiciones materiales de subsistencia con relación al medio y en el surgimiento de cuestiones ideológicas y simbólicas. De esa perspectiva, derivan tres subáreas: la ecología cultural, el evolucionismo cultural y el materialismo cultural. La teoría general de sistemas, cuyo fundamento es el análisis de las interacciones biológicas y sociales, y el enfoque biocultural (Peña, 2012: 35).

La bioculturalidad ha tenido como uno de sus ejes la combinación de los estudios de la biología humana dentro de su contexto cultural, histórico, ambiental, político y económico (Haydn, 2006). Una herramienta teórica que permite la comprensión de como las historias locales y particulares configuran las realidades cotidianas de los sujetos antropológicos y cómo comunidades separadas están conectadas a través de un largo proceso histórico, económico y político que incide en la biología humana (Goodman and Leatherman 1998:20 en Hayden, 2006) y que enfatiza las interacciones dinámicas y dialécticas entre seres humanos y los ambientes físicos, sociales y culturales, tomando en cuenta que hay una plasticidad fenotípica que provoca variaciones en las personas conforme a esas interacciones (Zuckerman y Martin, 2016). Busca problematizar y comprender la complejidad de los componentes y codeterminantes de los procesos a investigar y analizar las formas en que estos interaccionan en las poblaciones, generan condiciones de vida, adaptaciones de corte diferencial y deterioros o ventajas que se reflejan en la salud (Peña, 2012:36).

Desde este enfoque hay una tradición de estudios que han permitido analizar las relaciones dinámicas entre los seres humanos y las influencias ecológicas, sociales y culturales que dan forma a resultados biológicos que se configuran dentro de un contexto local (Hadley y Crooks, 2012). Uno de sus objetivos es especificar y operacionalizar constructos clave de manera que sean etnográficamente válidos en múltiples grupos poblacionales pero que también respondan a contextos locales e individuales (Dufour y McDade en Hadley y Crooks, 2012: 73). Explora como características humanas críticas son afectadas o mejoradas en función o percepción de aspectos socioculturales (Brooke, 2016).

O propone modelos y métodos para estudiar la interfase de factores biológicos y culturales que pueden afectar el bienestar (McElroy, 1990).

Esta visión teórica también tiene una perspectiva de derechos humanos si se toma en cuenta que considera que ciertas problemáticas como la malnutrición, el retraso en el crecimiento y algunas enfermedades crónicas no son “adaptaciones no exitosas” sino como una consecuencia de acceso desigual a los recursos. Su objetivo es no sólo comprender el qué de los sistemas de salud sino el cómo y el por qué. De igual manera, ayuda a comprender cómo los fenómenos locales se conectan con procesos más amplios a través de relaciones específicas (Hayden, 2006: 82).

Para lograrlo, parte de la noción que la cultura es una variable organizacional humana, cuyas características o un mecanismo de adaptación que permite a los grupos humanos responder de manera rápida y flexible a las adversidades de su entorno. Por tanto, estas adaptaciones no son sólo genéticas sino también de comportamiento y culturales y las estrategias de adaptación que surgen no son necesariamente planeadas, sino que son de corte funcional y disfuncional con base en el acierto y en el error (McElroy, 1990).

Un área de estudios específica ha sido la de seguridad alimentaria, en la que a partir de tomar en cuenta que esta existe cuando todas las personas en todo momento tiene acceso físico y económico a alimentos seguros, suficientes y nutritivos para satisfacer sus necesidades dietéticas y sus preferencias alimentarias para lograr una vida activa y saludable (Maxwell en Hadley y Crooks, 2012: 73) ha analizado la problemática del incremento de las tasas de sobrepeso y obesidad en diversas partes del mundo, incluida América Latina, tanto en población infantil como adulta. Proponiendo la hipótesis de la existencia de un vínculo directo entre la inseguridad alimentaria y la sobrenutrición, cuestionado los pilares de la seguridad alimentaria de disponibilidad de alimentos, acceso, utilización y estabilidad, al plantear que su cumplimiento, no necesariamente implica la existencia de dicha seguridad. Además de proponer, tomar en cuenta la elaboración de escalas de medición basadas en la experiencia, que podrían aportar más que sólo tomar en cuenta conceptos como estatus nutricional, ingesta de calorías, ingesta de micro y macro nutrientes y niveles de pobreza (Hadley y Crooks, 2012).

También existe una visión crítica en la que se hace énfasis en comprender cómo algunas estructuras sociales impactan de manera negativa en las personas y cuáles son los

factores propiciadores de inequidad en materia de salud y las limitantes existentes derivadas de las inequidades estructurales (Leatherman, 2016: 51).

De esta manera, el enfoque biocultural permite una mejor comprensión de los límites interactivos entre la plasticidad biológica y las formaciones socioculturales (Thomas, 2016:43). En décadas recientes, se ha interesado en las consecuencias a la salud y a la nutrición derivadas de las vulnerabilidades ecológicas y sociales y en las formas y los procesos en las que estas se “encarnan” en las personas (Leatherman, 2016: 54).

Para el enfoque de la salud, la bioculturalidad permite a la antropología en salud vincular aspectos de la antropología física y la antropología cultural y de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales a fin de comprender las dinámicas de los procesos evolutivos, biológicos y culturales, en relación a la respuesta que dan los grupos humanos a las características de sus entornos (McElroy, 1990: 244).

Así, a través de esta perspectiva, se pueden analizar situaciones como el papel que juegan las redes de apoyo social y las formas de organización social en el cuidado de la salud; la variabilidad cultural de respuestas que surgen ante los problemas de salud como resultado de los diferentes espacios microecológicos en los que habitan los grupos sociales; los efectos de los cambios culturales en la salud e incorporar los factores sociales y políticos en los estudios biológicos, biomédicos y de ecología médica. En este ámbito, el modelo biocultural parte de la recolección de datos médicos que serán correlacionados con los datos culturales y los ambientales, a fin de explicar la interacción entre los tres tipos de datos y su implicación en la salud individual y colectiva (McElroy, 1990). Además de que, como señala Landy (1990) también tomar en cuenta que las ideas y concepciones culturales están presentes en los cuerpos y en las emociones, donde se conjugan todos los factores biológicos, ambientales y culturales.

El enfoque biocultural aplicado en el ámbito de la salud permite obtener claves para comprender las acciones que realizan los seres humanos para mantener un estado de salud y reaccionar ante una enfermedad no sólo a través de aspectos culturales o arreglos sociales, sino también, buscando responder a la pregunta de cómo la salud y la enfermedad son, a su vez, productos del comportamiento y la biología (Landy, 1990: 366).

Como parte de la subdivisión de enfoques, la bioculturalidad también ha estudiado a la nutrición a partir de la antropología. Desde esta perspectiva biocultural han surgido ramas

de la antropología como la nutricional, que podría ser definida, como “aquella fundamentalmente enfocada a la comprensión de la interrelación entre las fuerzas biológicas y sociales en el uso de los alimentos por el ser humano y el estatus nutricional de los individuos y las poblaciones”. Parte del interés de esta rama es conocer como la cultura y el ambiente determinan el alimento, cómo se aprovechan o no los nutrientes de este, el estatus nutricional de quienes le consumen y sus resultados en términos funcionales (Pelto *et al*, 2000: 1-2).

Los recursos utilizados por la antropología nutricional son los de las ciencias biológicas, los de la antropología cultura y otras ciencias sociales, además de la historia de la alimentación y de la comida. Ha tenido diferentes enfoques. Uno de ellos ha sido el modelo ecológico para la comida y la nutrición, el cual parte de un análisis holístico de los factores sociales y ambientales que afectan a la nutrición de una población. También pone especial atención a las interacciones entre los aspectos físicos, como el clima, el agua, las características del suelo, y las características sociales. Y puede enfocarse a los procesos adaptativos, entre los que están la adaptación genética, la adaptación fisiológica y la adaptación sociocultural, entendiendo por estas últimas aquellas relacionadas con el comportamiento y las innovaciones tecnológicas (Pelto *et al*, 2000).

Algunas de las preocupaciones actuales de la antropología nutricional es el impacto de la modernización, de la globalización, de la industrialización, de los medios de comunicación y de los cambios de roles de género en la alimentación o cuáles son los factores que determinan una determinada dieta o selección de alimentos o la construcción sociocultural de un sistema de creencias alrededor de determinados alimentos o la trayectoria nutricional de un determinado grupo (Pelto *et al*, 2000: 6).

Otros estudios se enfocan en las poblaciones más que en los individuos; seleccionan al hogar como una unidad primaria de análisis; examinan múltiples aspectos de las características familiares y suelen recurrir a una metodología cuantitativa y cualitativa. (Pelto *et al*, 2000: 8 -9).

Como señala Peña (2012: 48-49), este enfoque permite conocer y analizar los mecanismos de adaptación de los diferentes grupos poblacionales a determinadas condicionantes del entorno y las ventajas y desventajas existentes alrededor de dichas condicionantes en su salud y alimentación colectiva e individual. Además de dar la

oportunidad de ubicar los problemas de estudio dentro de un proceso y las relaciones que le condicionan, influyen e impactan en él como causa de las interacciones entre las diversas dimensiones en las que se sitúan los grupos sociales y los individuos. Mediante esta perspectiva la problemática de estudio es abordada como un proceso en el que cada problema es un conjunto de fenómenos que son parte de un proceso más amplio al interior de un sistema social; generándose interacciones y relaciones por medio de hechos, situaciones y circunstancias que al momento de analizarles permitan conocer más allá de situaciones adaptativas sino procesos históricos, culturales y sociales; pudiéndose establecer variables para realizar análisis continuos de las interacciones entre el medio, la biología, los productos materiales y la ideología, y ubicar diferentes codeterminantes como perfiles demográficos, epidemiológicos, condiciones y calidad de vida, estados de nutrición y estrategias de supervivencia; desarrollándose metodologías mixtas con información cuantitativa y cualitativa para realizar comparaciones y descripciones y construir experiencias colectivas; pudiéndose incorporar la perspectiva emic y etic.

Asimismo, la autora resalta que este enfoque requiere del desarrollo de un modelo propio, en el que se tomen en cuenta todas las aristas mencionadas anteriormente, dentro del contexto en el que se aplicaría, a fin de poder conocer y comprender esos mecanismos de adaptación y respuesta particulares de los sujetos – objetos de estudio.

En el caso específico de la salud, este enfoque toma en cuenta que hay un proceso salud – enfermedad como resultado de la interacción entre la biología y la cultura debido a que hay elementos que condicionan la situación en diferentes ámbitos y el cuerpo es un espacio donde se interseccionan las interacciones. Por lo tanto, explica las diferentes relaciones que pueden surgir como parte del proceso como la de individuo – grupo – especie o la de individuo – medio – grupo o la de persona – sociedad – cultura (Peña, 2012: 67-68).

Y las distintas respuestas que se pueden dar a través de la generación de mecanismos de atención, consistentes en la interacción y utilización de recursos de diferentes prácticas curativas como las naturalistas, naturalistas de tipo tradicional, naturalistas de tipo alternativo, las psicoreligiosas y las de corte biomédico (Peña y Hernández, 2013).

A partir de las premisas anteriores es posible analizar las relaciones entre antropología, ecología, demografía, nutrición, epidemiología y genética para establecer interacciones dinámicas entre la población; describir y comparar la multicausalidad de las

enfermedades; integrar variables que permitan conocer la interacción de los componentes y codeterminantes perceptibles en el proceso salud – enfermedad; aplicar análisis de corte cuantitativo y cualitativo en diferentes temporalidades; describir y analizar los procesos de macro y micro adaptación; conocer las formas de percepción, representación y prácticas sobre el cuerpo en el proceso salud -enfermedad en función de sus capacidades biológicas y modificaciones derivadas del ambiente ecológico; abordar la salud – enfermedad y la alimentación – nutrición como procesos bioculturales y establecer relaciones entre ellos; realizar comparaciones entre los sistemas de atención, mecanismos de salud y prácticas y representaciones curativas para reconocer y entender las estrategias de supervivencia; desarrollar un campo teórico – metodológico que ofrezca respuestas para aplicar el conocimiento obtenido y brindar elementos útiles para el diseño de programas y políticas públicas (Peña, 2012:68).

De esta manera, el enfoque biocultural permite abordar a la obesidad desde diferentes aristas para comprenderla a partir de los procesos de alimentación – nutrición y salud – enfermedad, los cuales se intersectan e interseccionan y ambos deben ser tomados en cuenta para poder comprender la complejidad de un fenómeno que ha impactado en la salud pública, en la sociedad en general y en las individualidades.

El vínculo de estudio de las ciencias de la salud, en concreto, la biomedicina, con la antropología ha dado pie a la problematización de los enfoques con que se atienden y abordan los temas sanitarios.

Actualmente, como señalan Taussig *et al.* (2013), en las ciencias médicas se habla de la potencialidad desde una posición central ante las múltiples posibilidades abiertas por los avances científicos y tecnológicos para el cuidado, la prevención y la atención de la salud, así como la imaginación de escenarios futuros, en concreto, que solucionen problemáticas anteriormente no resueltas o consideradas complejas. Por lo tanto, la categoría, desde una perspectiva antropológica, permite entender el dinamismo de los procesos, así como el cambio continuo y la construcción de las condiciones humanas.

De acuerdo con Khongsdier (2007:39), el enfoque biocultural ve a la variabilidad de la biología humana como una respuesta y una adaptación al ambiente con un enfoque especial en los entornos socio culturales, y permite elaborar marcos conceptuales y modelos de

comprensión de las dinámicas de interacción entre los rasgos biológicos/fenotípicos, psicológicos y socioculturales humanos en respuesta al medio ambiente.

Una de las características de este enfoque es el plantear modelos de estudio a fin de conjuntar los aspectos biológicos y culturales de los seres humanos, estos son de varios tipos y tienen diferentes finalidades. Por ejemplo, el de adaptabilidad general, cuyo objetivo es comprender la adaptación humana al ambiente, poniendo énfasis en cuatro aspectos: el ambiente físico o aspectos climáticos, entre otros; el ambiente biótico o asuntos de nutrición, patógenos u otros; el ambiente cultural, referente a cuestiones de comportamiento, sociales, económicas y tecnológicas y variaciones humanas en términos demográficos, morfológicos, genéticos, fisiológicos, clínicos y funcionales.

O el de estrés único, que parte de la ubicación de un estresante ambiental y su concepción como una variable independiente para comprender las formas de adaptación humana al mismo, y las respuestas que hay por parte de los organismos para dar solución a una problemática muy específica. También está el bio cultural segmentado, cuyo principio es tomar en cuenta los datos de corte biológico como los fisiológicos, genéticos, morfológicos y demográficos para ser correlacionados con los datos de corte sociocultural o variables ambientales. Además del biocultural integrado, encargado de describir la interacción entre lo biológico, lo cultural y las variables ambientales con respecto a ciertos rasgos biológicos o variables de salud, partiendo, de preferencia, de una perspectiva histórica o ecológica.

Desde un punto de vista social y una mirada antropológica, se ha considerado a la obesidad como “un fenómeno subjetivo relacionado con los ideales de belleza, posición social y económica, comportamiento social, demostración de fuerza y perseverancia” (Montero, 2001:12) pero también como un proceso que se va construyendo y naturalizando por las personas, justo es a través de la perspectiva de la antropología de la salud, cuyo enfoque, no se enfoca en la visión dicotómica de salud – enfermedad, sino que opta por una antropología que se acerque a la comprensión de los problemas de salud, sin que estos necesariamente sean de dominio médico, es decir, poniendo énfasis en la construcción biocultural de lo que las personas comprenden como salud, la manera en que la procuran o la viven, así como los múltiples factores que modifican el proceso de salud – enfermedad al interior de un grupo y la significación de dichos conceptos, desde la escala biológica, individual y social (Peña, 2009;36).

Dicho enfoque biocultural se basa en el presupuesto de que cada individuo, en su contexto ecológico humano, es producto de la interacción entre biología, ambiente, aspectos sicosociales, sociales, culturales e históricos que se condicionan e influyen recíprocamente (Peña, 2009:38). Lo cual ubica su objeto de estudio dentro del proceso y las relaciones que condicionan, influyen y modifican la interacción de los diversos ámbitos en que se desarrolla el ser humano y su cotidianidad. Según sea el diseño, tipo y alcance de la investigación y su aplicación teórica- metodológica, el enfoque biocultural abre pasos a los siguientes ámbitos: se plantea el problema de estudio como proceso, tomando en cuenta que cada problema tiene que ubicarse dentro del contexto de un sistema social y una cultura; las interacciones se establecen por situaciones, hechos o circunstancias entre la temporalidad y sustrato de análisis en que se contextualiza al sujeto de estudio y da sentido al problema; la construcción de procesos de análisis continuos que contienen en sí el conjunto de interacciones con los diversos ámbitos de la vida humana; se desarrollan metodologías mixtas que intervengan en los ámbitos cuali y cuantitativos basadas en el principio descriptivo comparativo y en la construcción de la experiencia colectiva, y el objeto de estudio se concibe como una realidad que se transforma constantemente y en la cual intervienen elementos, circunstancias y contextos infinitos (Peña, 2012).

A partir de esta visión es posible estudiar las relaciones entre antropología, ecología, demografía, nutrición, epidemiología y genética en el proceso salud – enfermedad; describir y analizar la multicausalidad de enfermedades; construir variables sobre las interacciones de los componentes y codeterminantes bioculturales para generar análisis mixto cuanti – cualitativos; describir y comparar los procesos de macro y micro adaptación; conocer las formas de percepción, representación y prácticas sobre el cuerpo en el proceso salud – enfermedad en cuanto a sus capacidades biológicas y sus modificaciones derivadas del entorno ecológico; realizar comparaciones entre los sistemas de atención, mecanismos de salud y prácticas y representaciones curativas, y el abordaje de la salud – enfermedad y la alimentación- nutrición como procesos bioculturales (Peña, 2012).

Dada la plasticidad del modelo, se puede conjuntar con otras subdisciplinas como la antropología de la sexualidad, que permite una aproximación al continuum sexo-sexualidad abarcando aspectos teóricos y metodológicos para comprender la disgregación biopsicocultural del ser humano, desde la discusión de las nociones de cuerpo, sexo,

sexualidad y género hasta las experiencias subjetivas de las personas enmarcadas por una colectividad, sin dejar de lado la plasticidad biológica y comportamental que tenemos como especie (Peña y Hernández, 2015).

Capítulo 3.

Obesidad, sexualidad, identidad y biopoder/biopolítica

3.1 Cuerpo, género y violencia

A diferencia de investigaciones de otro corte, desde la antropología en salud, con una perspectiva crítica y enfoque biocultural, se pretende elaborar una epidemiología social, conforme a la propuesta de Krieger (2001 en Rohlfs, 2010: 35) basada en la necesidad de enfatizar los factores sociales entre las poblaciones de la salud, las enfermedades y el bienestar, como aspectos clave y no como trasfondos, así como en “monitorear las desigualdades sociales en salud, de forma que los datos disponibles estén estratificados por clase, género y raza/etnia y cualquier otro grupo social sujeto a deprivación social y económica y discriminación, para medir el progreso y obstáculos en la reducción de las desigualdades sociales en salud e identificar los determinantes sociales y biológicos conjuntos de la enfermedad en escalas espacio temporales y niveles de organización adecuados (Krieger, 2001: 675); la de Menéndez (2008) basada en incluir en los estudios de los procesos de salud/enfermedad/atención no sólo los aspectos sociales, sino también los culturales y los económico-políticos, junto con los biológicos y ecológicos, así como la utilización y articulación de las aproximaciones estadística y cualitativa , y la aplicación de un enfoque relacional que incluya no sólo los diferentes factores que operan respecto de un problema determinado, sino que incorpore el conjunto de actores sociales significativos que viven, sufren y actúan respecto de dicho problema, aunado a complejidades derivadas del origen étnico o racial de las personas, su condición económica o cualquier otro factor que derivase en una barrera para la prevención o atención de asuntos de salud.

Para lograrlo, se requiere de la aplicación transversal de conceptos clave como el de género, pues es parte de esas categorías que provocan desigualdades sociales en general, y en el ámbito de la salud, en lo particular (Rohlfs, 2010) Por lo que su incorporación a una investigación de este corte implica “la búsqueda de los determinantes sociales y biológicos (los factores contextuales y las diferencias) de determinada enfermedad que fueran diferentes y desiguales para mujeres y hombres” (Rohlfs, 2000: 34), pero no sólo en términos estadísticos, sino también, de origen, pues conforme a la construcción sociocultural de cada

género, se toman ciertas decisiones o se viven diferentes trayectorias o itinerarios y se propician algunas inequidades.

Las definiciones de género son múltiples. Desde una visión multidisciplinaria, Belausteguigoitia et al (2022:45) le han definido como “ordenador primario de las sociedades, a través del cual se determinan las identidades, los espacios y las posiciones de poder de los individuos”. Desde una mirada crítica de la ciencia se le puede considerar como “una categoría multidimensional cuyo eje fundamental es estructurar la vida social sobre la idea de roles, que son justificados biológicamente” (Ciccia, 2022: 252) y que implica “identidad, expresión, deseo y subjetividad”.

A nivel sociológico como “una serie de demandas, expectativas y entrenamientos sociales, derivadas de la genitalidad con la que se nace, que permean los comportamientos de las personas y que tienden a naturalizarse posteriormente, asumiendo que eran o que son parte integral de los individuos previamente entrenados con esos filtros” (Figuroa y Salguero, 2014: 11) Epistemológicamente, se le puede considerar como “la problematización de las condiciones de vida de las mujeres y el rastreo de los orígenes de diferentes experiencias de desigualdad y discriminación hacia ellas (Figuroa y Franzoni, 2014: 9), y de este planteamiento, también ha derivado “el análisis de los hombres como sujetos expuestos a aprendizajes de género” (Figuroa y Franzoni, 2014: 10). Incluso, a este enfoque se le ha denominado como estudio como la de las masculinidades o de género de los hombres y las masculinidades, con la característica de que “parten de la consideración de que los varones son sujetos genéricos, es decir, sus identidades, prácticas y relaciones como hombres son construcciones sociales y no hechos de la naturaleza” (Núñez, 2014:36).

Desde una perspectiva decolonial y crítica, Gargallo (2000) argumenta que lo que define al género es la acción simbólica colectiva, pues mediante el proceso de constitución del orden simbólico en una sociedad se fabrican las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres.

Asimismo, es “una categoría de análisis que recorre todos los ámbitos y niveles de las sociedades, develando los mecanismos de poder más profundos en los discursos teóricos que legitiman las culturas masculinas” (Gargallo, 2000: 17).

Desde una perspectiva crítica, Butler (2007:70) afirma que “el género es una complejidad cuya totalidad se posterga de manera permanente, nunca aparece completa en

una determinada coyuntura en el tiempo”, pues no puede ser sólo reducido a la noción de la construcción cultural asociada a un determinado sexo biológico o a un cuerpo pasivo. Por el contrario, permite la creación de identidades que alternadamente se instauran y se abandonan en función de los objetivos del momento. A diferencia de lo que se asumía originalmente, es una noción abierta, una forma que permite ciertas coincidencias y discrepancias conforme a lo establecido.

A través de un análisis de la decolonialidad, Segato (2010) considera al género como una dualidad jerárquica, en la que ambos términos que la componen, es decir, las nociones de femenino y masculino, a pesar de su desigualdad, tienen plenitud ontológica y política. Pero, en esta dualidad, no hay una complementariedad porque entre ambas partes no se da un trato equitativo e igualitario, sino que una versión genérica busca suplementar a la otra, y en esa suplementación, ocurre una imposición.

Desde la antropología, el enfoque en el estudio de las mujeres inicia desde la década de los 30 con Margaret Mead, Audrey I. Richards y Phillis M. Kaberry, quienes se enfocaron al estudio de la construcción de las identidades, sus relaciones de poder, sus roles sociales, los simbolismos y las diversas definiciones sociales de mujeres en distintas culturas, aunque sin entrar a fondo en la construcción de un sistema de género. Posteriormente, hacia la década de los 70, metodológicamente, se posiciona a la mujer como una categoría sociocultural indiferenciada a fin de analizar su rol en sociedad. En los 80, con la incorporación de la categoría de género, se deja a un lado a ese reduccionismo biológico y se plantea el estudio de las relaciones entre hombres y mujeres como construcciones culturales y su interrelación en cuanto al establecimiento de relaciones de ejercicio de poder y la elaboración de identidades genéricas. A finales del siglo XX, esa categoría de género ha entrado en diálogo con otras como la raza, la etnia o la condición social para comprender la construcción del género a partir de determinadas condiciones estructurales (Stolcke, 1996).

En el campo de la salud, desde una noción antropológica, particularmente desde el campo de estudio de la antropología en salud, se propone pensar el género no únicamente como una categoría, que permita separar a lo femenino de lo masculino, o incluso, plantear a la diversidad derivada de la orientación sexual o la identidad o expresión de género de las personas, sino como un sistema de género, en el que “la diferencia (también la biológica) se construye de una determinada manera en un marco global, local y temporal concretos donde

la estructura social y la acción humana estén estrechamente relacionadas” (Del Valle, 2002 en Esteban, 2010; 50). Por lo tanto, en dicho sistema se deben tomar en cuenta tres ejes analíticos: la división sexual del trabajo, las relaciones de poder y la organización de las emociones y la sexualidad (Del Valle, 2002 en Esteban, 2010: 61).

En el rubro de la división sexual del trabajo se pueden tomar en cuenta aspectos como la clase social, la discriminación laboral, la carga desigual de labores, la pobreza y la marginación. En el de las relaciones de poder, aquellas estructuras de autoridad, control y coerción en relación al género. Y en el de las emociones y la sexualidad, las relaciones interpersonales. Tomando en cuenta dimensiones como la normativa-institucional, la ideológica-simbólica, la conformación de identidades, los procesos de socialización, el nivel interaccional/relacional de la experiencia y la dimensión corporal (Del Valle, 2002 en Esteban, 2010: 62-63).

Desde esta perspectiva, no sólo se requiere comprender el papel desempeñado por la persona conforme al género con el que se identifica, sino también, la forma en la que lo traduce en su cuerpo, con base en los ejes analíticos propuestos por Del Valle (2002) y Esteban (2010), con énfasis en la parte de las emociones y la sexualidad, pues el cuerpo tiene un papel crucial en la construcción de las relaciones interpersonales, entre ellas, los vínculos erótico – afectivos.

A partir de una lectura antropológica y sociológica, el cuerpo es una construcción simbólica más no una realidad en sí misma, es el efecto de una construcción social y cultural. Cada sociedad le otorga sentido y valor a los cuerpos. De cierta manera, se moldea por el contexto social y cultural en el que está sumergida la persona. En algunas ocasiones no se desdobra al cuerpo de la persona, y en otras sí, pero también persona y cuerpo se separan. En general, constituye una relación de la persona con el mundo, con el tiempo y con el espacio, y de cierta manera, produce sentido. Esto último se ha acentuado en los tiempos modernos, ya que el cuerpo deja de ser colectivo para individualizarse, pues el sujeto rompe con las otras personas, la colectividad y con el cosmos, y se convierte en factor de individuación. Por lo tanto, se pretende alcanzar su bienestar y su buen parecer. Así, se convierte en el signo del individuo, en la condición de la persona y el lugar de su identidad (Le Breton, 2002).

En un principio, desde la antropología se había propuesto la existencia de un aprendizaje corporal para que un individuo sea social, en el sentido de que es su propia

sociedad la que le impone un uso riguroso de su cuerpo (Mauss en Galán, 2009 y Santiesteban, 2014), después, desde la sociología, se propuso un vínculo entre el cuerpo y la clase, o lo que hoy en día podríamos denominar como condición socioeconómica (Bordieu en Santiesteban, 2014) y desde la filosofía, Merleau Ponty, quien propone al cuerpo vivido como esa forma en la que el mundo es percibido a través de una determinada posición de los cuerpos (Santiesteban, 2014).

Para Muñiz y List (2007), en estos tiempos de riesgo, como los ha clasificado Beck, en los que las estructuras cimentadas ya no hayan de donde asirse y todo es incertidumbre, la pregunta clave es qué hacer en este mundo, donde la única verdad palpable es el cuerpo, que es parte de un riesgo identitario.

De acuerdo con Le Breton (2002:217) en la modernidad, aún estamos lejos de alcanzar la liberación del cuerpo porque no ha desaparecido esa preocupación hacia él. Por el contrario, hay un constante crecimiento de la industria cosmética, de los cuidados estéticos, de los gimnasios, de los tratamientos para adelgazar, del mantenimiento de la forma. De cierta manera, "... el cuerpo de los sujetos representa algo más que sus capacidades físicas, adquiere una importante significación para su propia existencia al tener la posibilidad de construirse de la manera en la que le gustaría ser" (Muñiz y List, 2007:7).

Ya sea comprendido como una "estructura o práctica social que se relaciona inevitablemente con otras estructuras sociales" (Connell, 2015: 110) la incorporación del género requiere de una visión amplia o interseccional, como lo han propuesto algunas autoras.

Entre ellas, con una mirada crítica, Viveros (2016) propone el uso de la interseccionalidad como una exploración de la diversidad y dispersión de las trayectorias del entrecruzamiento de las diferentes modalidades de dominación a fin de mostrar cómo han surgido y los conflictos suscitados alrededor de ellas y de los intentos, o más bien, realidades, de establecer diferencias a partir del género, la raza, la condición económica y la sexualidad, y por qué no, el cuerpo.

Para Falquet (2022:14) más que interseccionalidad se debe hablar de imbricación, en el sentido de que se debe apelar más a la búsqueda de la justicia social y pone en el centro la construcción de alianzas necesarias para alcanzarla. Pero, para lograr dicho análisis se recurre a los conceptos de sexo, raza y clase, pero no como nociones que refieren y definen a una

identidad individual sino como relaciones de poder o tensiones que estructuran la totalidad del campo social en torno a ciertos ejes y actividades (Falquet, 2022), muchas veces sin un sustento, sino presupuestos, pues lo relativo al sexo y a la raza se ha configurado conforme a entornos socioculturales particulares, y a la interpretación de ciertas nociones de la biología. Así, el estudio de las imbricaciones requiere de tres niveles: el primero, centrado en la persona, para conocer los efectos que producen los diferentes sistemas y su conjunción sobre las identidades, los comportamientos o las discriminaciones; el segundo, ubicado en los sistemas, en las normas que produce cada uno por separado y que pueden resultar paradójicas para las personas, y el tercero, enfocado a la evolución y coexistencia de los sistemas, la dinámica de la articulación de estas relaciones (Falquet, 2022: 20). Y por eso, dentro de esa propuesta de análisis, se debe pensar a la corporalidad como una construcción fluida y diferenciada, en la que no sólo se contemple una diferenciación sustentada en lo sexual, sino también en las diferencias raciales, las de clase, las de capacidades, en conclusión, el contexto específico de la materialidad del cuerpo (Muñiz y List, 2007:10).

Por lo anterior, se puede partir de la visión de Scheper y Lock (1987) de que el cuerpo es un artefacto físico y simbólico, producido natural y culturalmente, anclado en un contexto histórico particular, que no ha sido muy tomado en cuenta por la antropología médica ni problematizado por la misma.

En su propuesta, las autoras nos indican que hay tres niveles de análisis del cuerpo, el individual, el social y el político. En el caso del nivel individual, se toma en cuenta la experiencia vivida del cuerpo, así como sus posibles composiciones de la mente, la materia, la psique, el alma, el individuo por sí mismo. También se analiza la imagen corporal, esa representación colectiva e idiosincrática de un cuerpo individual en relación con el entorno, incluyendo las percepciones internas y externas, memorias, afectos, cogniciones y acciones. Y ofrece la posibilidad de comprender los significados culturales y sociales del ser humano, así como las amenazas a la salud, el bienestar y la integración social.

En un segundo nivel, de corte estructural y simbólico, el cuerpo es considerado como producto social, en el cual se le comprende como un símbolo o como un elemento representativo. Desde el punto de vista de la antropología médica puede representar un modelo de integridad o en caso de enfermedad, significar un modelo de desarmonización,

conflicto o desintegración. Recíprocamente, la sociedad tiene su propio modelo de interpretación del cuerpo en momentos de salud y de enfermedad.

El tercer nivel de análisis sobre el cuerpo es el político, comprendido como la regulación y a vigilancia de los cuerpos, el poder y el control, individuales y colectivos, en términos de reproducción y sexualidad, del trabajo y del ocio, de la enfermedad y de otros tipos de “desviaciones” y diferencias humanas. De cierta manera, la estabilidad política se logra, en parte con la estabilización de los cuerpos individuales y sociales. Desde esta visión política se pueden determinar el cómo y el por qué se producen socialmente ciertos tipos de cuerpos.

Sumado a esos tres niveles, se propone sumar a las emociones, las cuales tienen un impacto en el cuerpo, la enfermedad y el dolor que se experimenta al haber alguna anomalía.

Para la comprensión de las experiencias corporales que vive una persona, Santiesteban (2014: 10) propone los itinerarios corporales, desde cuya perspectiva, las personas son agentes sociales y no sólo víctimas de un sistema de género y una cultura corporal hegemónica, en la que hay exigencias y sometimientos y desigualdades que pudiesen traducirse en los cuerpos, entre ellas, las de género, aunque también las resistencias. A partir de esta mirada, hay sujetos de estudio y no objetos y mucho dinamismo. Tiene mucha relevancia, si se toma en cuenta que “en la actualidad, lo individual es responsabilidad del propio actor, el cuerpo forma parte del proyecto identitario de una persona” (Muñiz y List, 2007: 7).

3.2 De rico y pobres ¿Economía y alimentación?

La alimentación es la satisfacción de una necesidad biológica primaria de las personas y la cultura influye sobre el comportamiento relacionado con el consumo de alimentos y el estado nutricional de los grupos de personas que integran cada población (Gariné y Vargas, 2006: 104). E incluye un proceso de selección del alimento, entendido como un objeto que sirve para alimentar y nutrir a un ser vivo, escogido del medio y tratado a fin de que se pueda ingerir, sujeto a la disponibilidad del mismo y a los aprendizajes sociales e individuales en el que influyen factores socioeconómicos, ecológicos y psicológicos (Gracia, 2000: 36).

Ha sido un factor de presión adaptativa y un elemento responsable de ciertas diferencias morfofisiológicas y genéticas de los grupos humanos, los cuales, a diferencia de

otras especies, tienen la capacidad de poder ingerir una gran cantidad de alimentos, y, por ende, una mayor adaptabilidad (Marrodán, 2000: 110). Es un hecho social total, debido a que todas áreas que conforman una cultura pueden influir en el sistema alimentario, y este, impactar en el orden social (Mauss en Garine y Vargas, 2006; Gracia, 2002). Un marcador cultural y social, de jerarquía, y una forma de ejercicio de poder, derivada de la condicionante de satisfacer una necesidad básica o de la asignación de roles de género (Garine; 2002; Counihan, 1999). Una actividad de la vida cotidiana de cualquier grupo social, que adquiere un lugar central en la caracterización biológica, psicológica y cultural de la especie humana debido a que involucra cuestiones de carácter biológico, ecológico, tecnológico, económico, social, político e ideológico (Gracia, 2002: 17; Contreras y Gracia, 2005). Un sistema de comunicación, un cuerpo de imágenes, un protocolo de usos, situaciones y comportamientos (Barthes en Counihan, 1999: 19). Pero también un hecho biocultural que tiene un carácter individual y otro colectivo, así como una dimensión social, cultural y biológica (Peña, 2012: 81).

O un conjunto de fenómenos por los que el organismo obtiene sustancias energéticas, estructurales y catalíticas necesarias para la vida, y su proceso se subdivide en tres etapas: la cadena alimentaria, la digestión y el estado nutricional. La etapa de cadena alimentaria se refiere a la obtención, preparación y consumo de alimentos. La digestión a los cambios que sufren los alimentos para quedar disponibles en las células del cuerpo. El estado nutricional refiere a la condición dinámica del organismo que resulta de la ingestión, digestión, utilización y reserva de los nutrientes (Garine y Vargas, 2006; Peña, 2012). La alimentación forma parte de las relaciones humanas con los ecosistemas, la cual, puede ser muy íntima, en el sentido de que se come lo que se encuentra en ellos (Shryock y Lord, 2011: 133) e incluso un cohesionador familiar o un mecanismo por el cual se asignan y asumen roles al interior de las familias (Counihan, 1999: 18).

Dentro de sus funciones socioculturales está el satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo; iniciar y mantener relaciones personales y de negocios; demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales; proporcionar un foco para las actividades comunitarias; expresar amor y cariño; expresar individualidad; proclamar la distintividad de un grupo; demostrar la pertenencia a un grupo; hacer frente a estrés psicológicos o emocionales; significar estatus social; recompensas o castigos; reforzar la autoestima y ganar reconocimiento; ejercer poder

político y económico; prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas; prevenir, tratar y diagnosticar enfermedades mentales; simbolizar experiencias emocionales; manifestar piedad y devoción; representar seguridad; expresar sentimientos morales y significar riqueza (Contreras y Gracia, 2005: 35). Pero también el propiciar y desarrollar el uso del lenguaje y de una serie de procesos bioculturales que permitieron al ser humano comprender su entorno e interactuar con él (Iturriaga, 2018: 87).

Por su naturaleza, que no es exclusivamente biológica, se ha modificado de manera sustancial y ha resultado ser un fenómeno complejo en las últimas cuatro décadas debido a que se ha producido una modificación sustancial de la alimentación, ya que se ha pasado de la producción, conservación y preparación de alimentos en el ámbito doméstico a la industrialización de los mismos y a un proceso de mundialización de los hábitos alimentarios, caracterizado por una mecanización, intensificación, estandarización y planificación del trabajo, reducción de costos y obtención de beneficios rápidos en toda la cadena alimentaria, así como del surgimiento de problemas de sobrealimentación, de modificación de los patrones de alimentación cotidiana en cuanto a disponibilidad de tiempo, el incremento de número de ingestas o el snacking o comidas poco estructuradas o mientras se realiza otra actividad (Gracia, 2002; Contreras y Gracia, 2005).

Durante las últimas décadas se ha modificado de manera sustancial la alimentación humana, se ha producido la transformación más radical de la alimentación humana, pues la producción y preparación de alimentos se ha trasladado del ámbito doméstico al industrial, provocándose una modificación total de los sistemas alimentarios, que ahora son regulados por los ciclos económicos, propiciándose una producción intensiva de determinados alimentos, la pérdida de algunos otros que no responden a la demanda del mercado global, una tecnologización de la producción alimentaria, el rompimiento de los ciclos naturales en aras de un incremento de la producción de alimentos, el surgimiento de grandes corporativos de industria alimentaria, la distribución alimentaria a través de redes comerciales, la “hiperhomogeneización” del orden alimentario y de la dieta, el privilegio de una visión individualista, una desigualdad en el acceso a los alimentos en cuanto a la posibilidad de adquirir calidad y variedad (Gracia, 2003; Vargas, 1993).

Al igual que la continuidad de los problemas de malnutrición en los países de bajos ingresos, con déficits de nutrientes, y en los de ingresos altos por un exceso de consumo de

ciertos nutrientes como las grasas saturadas y las azúcares simples, lo cual ha propiciado un incremento de enfermedades coronarias, cerebrovasculares y óseas, obesidad, anemia, neoplasias, diabetes, cirrosis hepática, caries bulimia o anorexia nerviosa (Gracia, 2003).

Dichas dicotomías de la alimentación requieren de una lectura desde la economía política en la que la visión científica predominante no es suficiente para comprender el panorama, sino que requiere de las nociones de cultura, de sociedad y de política (Gracia, 2010: 72)

Por un lado, está la condena al exceso de peso, tratando de contrarrestarlo con la proliferación de guías y estándares de buena alimentación y de estilos de vida correctos (Gracia, 2010: 73) en los que se coman menos grasas y azúcares simples. Si bien desde el siglo XIX hay preocupaciones al respecto, hacia el siglo XXI, la obesidad ha adquirido un tinte de pánico moral, en el sentido de que se asume que afecta algunos de los valores sociales de la época, y pone en peligro a las personas, además de existir una gran serie de cuestionamientos morales alrededor de ella y un sentido de repugnancia e insalubridad (Gilman, 2008: 13).

Definir el momento exacto en el que podría hablarse de cuerpos humanos con obesidad es complejo, podría pensarse que es inherente al ser humano o que apareció tiempo después. Algunas propuestas indican que no tiene más de 10 mil años o que pudo haber sido antes, como lo refleja la evidencia material de que algunos pueblos solían representar a mujeres de cuerpos grueso en figurillas labradas en piedra (Montero, 2001).

Desde la época de los griegos, a través de las observaciones de Hipócrates, se tenían algunas descripciones sobre la obesidad, argumentando que sus pacientes con obesidad podían presentar una muerte súbita, más comúnmente que quienes no presentaban un peso corporal en aumento. También mencionaba la posibilidad de que la realización de actividad física podría ser benéfico para quienes presentaban obesidad. O después las de Galeno, quien sugería la existencia de una obesidad moderada y otra inmoderada, la primera de corte natural y la segunda, considerada como mórbida. Aunque en cualquiera de los casos, percibía a la obesidad como el producto de un estilo de vida inadecuado (Morales, 2010; Puerto Sarmiento, 2014; Foz, 2004).

Por muchos años predominó esa perspectiva médica, incluso entre los médicos de origen árabe, asentados en Europa, principalmente en España como Avicena, quienes

incluso, proponían tratamientos de purgas para reducir las dimensiones corporales (Puerto Sarmiento, 2014; Foz, 2004).

Pero, culturalmente, también había otras significaciones e interpretaciones, como la de poder, de fuerza, de privilegio y de ascendencia social, predominante durante la Edad Media con ciertos cuestionamientos morales relativos al comportamiento de la persona, asociados al pecado de la gula, aunque también cierta apreciación por las mujeres de cuerpos grandes, sobre todo, en los tiempos de hambruna. La sorna se asomaba cuando la corpulencia provocaba alguna discapacidad muy perceptible en las personas (Vigarello, 2013).

Durante el siglo XV, ante el creciente interés por el cuerpo, se comienzan a utilizar algunos dispositivos para ocultar los posibles excesos de corpulencia a través de la compresión como los *corsés* o apelar a las purgas y otras formas de intento de expulsión de los sobrantes corporales, entre ellas, el consumo de cítricos. Y en el XVI se agregó a la corpulencia, la asociación con la falta de actividad, asociándola con la flojera y la pasividad. Aunque, en el imaginario común, el peso corporal no era un valor a tomarse en cuenta (Vigarello, 2013; Montero, 2001).

Ambas ideas anteriores predominaron por varios siglos, hasta el siglo XVII, en el que se propusieron las teorías yatroquímicas, cuya base era la insistencia en que las enfermedades eran resultado de las putrefacciones y las fermentaciones. Aun retomando las nociones hipocráticas de fluidos, Boerhaave proponía que el correcto funcionamiento corporal dependía de la correcta interacción entre vasos y fluidos (Foz: 2004: 8; Morales, 2010). Muy pocos casos se documentaron sobre el exceso de peso, y en otros casos, se hablaba de deformidades en el estómago en situaciones muy especiales. De igual manera, se comienzan a proponer las primeras dietas alimenticias y sugerir la realización de actividades físicas, sobre todo para mujeres, pues comienza a haber una asociación entre la pasividad y el exceso de peso o incluso la vulgaridad y la perdición por la comida y los placeres (Vigarello, 2013:77).

Hacia el siglo XVIII se publicó el Discurso sobre las causas y los efectos de la corpulencia junto con un método para su prevención y su cura, donde se describen como causa de obesidad al sedentarismo y la ingesta de algunos alimentos como dulces, grasas o sustancias ricas en aceite, así como las aportaciones de Joannes Baptista Morgagni, quien realizó descripciones de obesidad visceral con comorbilidades asociadas, producto del

método empírico de la época. Estas podrían ser consideradas el primer antecedente histórico de la obesidad androide o central (Morales, 2010). También se recomendaban baños termales para el tratamiento a personas con obesidad o algunos tónicos con el objetivo de evitar a la pérdida de la sensibilidad corporal (Sarmiento, 2014). Al final de esa centuria, en Escocia, se publicó Un discurso sobre la naturaleza, causas y cura de la corpulencia de Malcolm Flemyng, en la que el autor propone que la obesidad severa limita al cuerpo en sus funciones y le provoca alteraciones. Considera como causales al exceso de comida, una alteración en la textura de la membrana celular, un anormal estado de la sangre que facilitaría el depósito de la grasa y una 'evacuación defectuosa'. Otros autores como Morgagni, quien relacionó a la obesidad con problemas en las vísceras o Rigby, quien le asocia con el exceso de ingesta con respecto a las necesidades de la persona o Beddoes, quien la relaciona con la oxidación de grasa (Foz, 2004: 9; Morales, 2010). Socialmente, la revolución industrial ha sido considerada como un período detonante del incremento de peso de las poblaciones (Montero, 2001).

Hacia 1860 se consideró que la cura de la obesidad estaba relacionada directamente con las dietas, sobre todo, porque entre 1830 y 1860 se hicieron varios estudios sobre la naturaleza bioquímica del organismo, en los que se concluía que la ganancia de peso era el resultado de desbalance endocrinológico (Gilman, 2008:4).

Y así a lo largo del siglo XIX y del XX, ofreciéndose múltiples opciones para bajar de peso como píldoras, grageas o tés, con un énfasis en el público femenino. Además del surgimiento de avances epistemológicos como las teorías de Claude Bernard, quien rompe con las nociones galénicas y traza lo que sería la fisiología moderna. Un estudioso del tema, como lo fue Charles Bouchard, quien intentó determinar si la obesidad es o no hereditaria, y estableció dos tipos de gordura: la que provocaban los excesos alimentarios y la proveniente de una influencia atávica. O Max Joseph von Pettenkofer y Carl von Voit, quienes analizaban el impacto de los alimentos en el cuerpo, sobre todo, aquellos sin grasa, observando que cualquier alimento podría convertirse en grasa. En la época decimonónica, se le definía como la acumulación de grasa en todo el cuerpo o en alguna parte del mismo, proponiéndose la disminución de la ingesta de alimento y la eliminación de los mismos. Igualmente, en el Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas, publicado en Francia, se establecieron

valores de referencia energética sobre la dieta, promoviendo que sea de dos mil 500 calorías diarias para quien está en reposo y de dos mil 800 a cuatro mil a quien está en reposo.

También se establecería una correlación entre el peso corporal y la estatura. En 1849, Hasall publicó un artículo en el que asociaba algunos tipos de obesidad con el aumento de células adiposas. Un poco más tarde, Helmholtz aseguraba que durante la actividad muscular se conservaban la masa y la energía. Es a finales de este siglo que Quetelet propone que el peso corporal debe ser corregido en función de la estatura, siendo la propuesta de lo que posteriormente sería el Índice de Masa Corporal. A la par, en Inglaterra, Chambers debate los conceptos de normalidad y de sobrepeso con base en los valores obtenidos de más de dos mil hombres, además de proponer el de grasa humana y el de desequilibrio calórico.

Durante el siglo XX, en sus inicios, se comenzó a proponer que era detonada por factores endógenos, asociados al organismo, y exógenos, relacionados con el entorno (Foz, 2004; Morales, 2010).

Años más tarde, en los Estados Unidos, Wilbur Olin y Francis Gano determinaron el metabolismo basal o el valor mínimo de energía para la sobrevivencia. Otras varias investigaciones estuvieron enfocadas en el peso corporal, pero, sobre todo, se incentivó la medición constante del mismo, así como el estímulo a la realización de actividad física constante (Puerto Sarmiento, 2014).

Hacia la década de los 60, los Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos recomendó por primera vez la dieta y el aumento de la actividad física como claves en la pérdida de peso (Puerto Sarmiento, 2014) Sin embargo, hasta la fecha, continua el debate sobre el verdadero impacto de la actividad física en el peso corporal.

Además de los avances en materia de tratamientos quirúrgicos, como la cirugía bariátrica, en la década de los 90, se presentan los primeros hallazgos sobre los genes relacionados con la obesidad, así como algunas hormonas como la leptina (Foz, 2004).

En sí, el desarrollo de las sociedades occidentales promueve una tendencia hacia cuerpos más delgados, una supervisión más aguda de los contornos físicos y un rechazo cada vez más alarmado de la pesadez y el grosor de los cuerpos (Vigarello, 2013:X). Creyéndose que el sobrepeso y la obesidad son símbolos de una moral carente de autocontrol, y la delgadez, una muestra de disciplina; la obesidad como una muestra de sedentarismo e inacción y la delgadez, un reflejo del dinamismo y la acción. Sin embargo, hasta el día de

hoy sigue habiendo una confusión entre las causas de la obesidad y los mecanismos de ganancia de peso (Montero, 2001).

3.3 Cuerpo obeso: biopolítica, biopoder e identidad

En un recuento sobre el control político de la corporeidad, Le Breton señala que en la década de los 60, autores como Brohm indicaban que toda política se impone por la violencia, la coerción y las restricciones sobre el cuerpo por lo que todo orden político es un orden corporal. Bordieu asume que el cuerpo es la objetivación de un gusto de clase e incluso Braudillard lo objetiva como el objeto más bello, aunque también de consumo. Dichas experiencias derivan de realidades como que “la sociedad dispone e induce a los individuos para conseguir un cuerpo que luzca joven, delgado, sexual y exitoso, mientras que es una vergüenza ‘vivir’ en un cuerpo obeso, viejo o enfermo” (Muñiz y List, 2007:7).

Se ha posicionado un discurso en el que, originalmente, la obesidad dejó de ser considerada como un mecanismo de supervivencia a una enfermedad, que, desde el discurso médico, aterriza más en el comportamiento individual que en otros factores, pero no ha presentado soluciones prácticas al panorama global (Montero, 2001).

El abordaje de la obesidad ha tenido una predominancia biomédica en las últimas tres décadas, incrementada de manera sustancial durante el último año a raíz de la emergencia sanitaria derivada de la enfermedad por Covi19 y la correlación planteada entre la infección viral de las vías respiratorias y el registro de mayor peso corporal. Antes de que fuera considerada una emergencia de salud, la obesidad tenía otra significación cultural en muchos lugares del mundo, que, si bien pervive en varias sociedades, cada vez es más cuestionada, bajo el halo de un discurso en el que se pondera lo saludable y el cuerpo ideal. Exacerbado en las sociedades donde se tiene una predilección por lo ligero, lo fluido y lo móvil, y en el caso de los cuerpos, esta visión no es la excepción, pues se privilegia “la línea”, el cuerpo tenue, lo liso y longilíneo, un culto a la delgadez, un rechazo a los cuerpos monumentales y una exacerbación por la alimentación “light” (Lipovtesky, 2016: 201).

A partir de la instauración del capitalismo en el mundo Occidental se suscitó un fuerte interés en el cuerpo humano y en sus cualidades dando pie a la predominancia de los estudios anatómicos y fisiológicos y a las ciencias médicas, pues se asoció a lo médico con el cuerpo,

sin la posibilidad de la intervención de otra visión. De igual manera, se suscitó un cambio en cuanto a la noción de vida.

Por medio de la aplicación de su método genealógico, en el que la genealogía sería una especie de empresa para romper el sometimiento de los saberes históricos y liberarlos, hacerlos capaces de oposición y luchar contra la coerción de un discurso teórico unitario, formal y científico, capaz de poner en juego los saberes liberados del sometimiento que se desprende de él (Foucault, 2000: 24), Foucault plantea que originalmente depende de una decisión soberana, la del rey, quien solía decidir si alguien merecía o no vivir después de haberle desafiado o haber puesto en entredicho el orden social. Sin embargo, a finales del siglo XVIII hay un cambio de paradigma y se apela a la preservación de la vida, a su conservación, y a su optimización. Esta noción de vida proviene de la biología, de la noción del “bios”, entendida como la vida del ser humano como especie y no como la vida en el planeta.

Y se pone énfasis en la población, teniendo especial interés en los procesos naturales como el nacimiento, la muerte, la enfermedad y todo aquello que afecte a la vida. Bajo esta perspectiva, todo lo relacionado con la población es político, e implícitamente, se relaciona con el poder, pues, de cierta manera, se busca modificar los procesos naturales de la población a fin de ceñirlos a las necesidades del momento mediante diferentes mecanismos aplicados directamente por un ente gubernamental o con capacidad de ejercicio de poder.

Lo anterior se fundamenta, siguiendo la explicación foucaultiana, en que, desde el siglo XVIII se genera una nueva forma de gobernar que requiere de mecanismos internos, no sólo útiles para aumentar la fuerza, la riqueza y el poder del Estado sino también para limitar desde dentro el ejercicio del poder. Es en el marco del liberalismo que se encuentran las condiciones para que los Estados tomen en cuenta a los problemas relacionados con las sociedades y con la garantía de los derechos de las personas, pues, en algunos momentos, no se preocupan solo por cuestiones económicas sino también por la salud, la familia y la natalidad (Foucault, 2007).

En la primera parte de la Historia de la Sexualidad, Foucault (2017: 43) analiza, desde su perspectiva genealógica, como la sexualidad se fue “encerrando” y destinando más a un ámbito reproductivo, privilegiándose en el discurso a la pareja procreadora, y reprimiéndose cualquier otra posibilidad de vivencia de la sexualidad o censurándola del ámbito público.

Como parte de su crítica indica que hay una “hipótesis represiva” en la que se da por hecho la prohibición o la represión del sexo, pero el pensador francés argumenta que hay otros elementos a tomar en cuenta como “el hecho de que se habla de él, quienes lo hacen, los lugares y el punto de vista desde donde se habla, las instituciones que a tal cosa incitan, y que almacenan y difunden, es decir, el hecho discursivo”. Parte de esos discursos se han posicionado desde la religión, las leyes, las ciencias médicas, y ahora, podríamos incluir a los medios de comunicación, en donde se norma a la sexualidad, o más bien, donde se habla de ella con ciertas cortapisas o intenciones de imposición.

Parte de esta normatividad deriva de las transformaciones del siglo XVIII en las que quienes encabezan a las sociedades ya no sólo se enfrentan a grupos de individuos sino a una población que nace, crece, se reproduce y muere, y en cada uno de estos aspectos, debe ser regulada como parte de un ejercicio de poder ante la necesidad de poblar los territorios para lograr una mayor productividad y riqueza o de dejar de hacerlo, además de respetarles como sujetos de derechos en los que se han convertido a partir de la incorporación de nuevas ideologías políticas centradas en la dotación de derechos. Por eso, es necesario velar por las conductas sexuales, un control vigilante, que incluso, va más allá de eso, pues, a través de este ejercicio, se apertura la pregunta sobre el poder sobre la vida, tomando en cuenta que esta no es sólo, estrictamente biológica, sino también política (Foucault, 2000:218), con énfasis en la natalidad, la mortalidad, las diversas incapacidades biológicas y los efectos del medio y los problemas aleatorios que se pueden producir en una población (Foucault, 2000:222).

En su análisis, Foucault advierte que, a partir de ese siglo, se transformó la noción de derecho a la vida y a la muerte, que solía recaer sobre una persona soberana, quien era el que ejecutaba la decisión de quien debía vivir, o más bien, quien tendría que morir, un hacer morir o dejar vivir. Sin embargo, con las experiencias bélicas del siglo XIX y XX, ese poder de decisión se ejecuta bajo la premisa de que se defiende la existencia de todas las personas, matar para poder vivir. Pero, ya no se apela, únicamente a lo jurídico, sino también a lo biológico de las propias poblaciones. Por eso, el poder se ejerce al nivel de la vida, busca administrarla, pues los recién nacidos Estados requieren administrar a poblaciones vivas, aquellas que padecen hambrunas y epidemias, las mismas que se debe incorporar a los procesos de producción de los nacientes de industrialización y a las nuevas formas de

gobierno. Pasando a un hacer vivir y dejar morir, a través de la protección de la vida (Foucault, 2000: 218).

De esta manera, primero surge el interés de administrar al cuerpo como una máquina “perfecta” y dominarlo, tratando de lograr su máximo aprovechamiento, y después, el de controlar diferentes procesos biológicos y condiciones como la salud. El poder ya no está interesado en quien debe morir, sino en invadir la vida de las personas, la sujeción de los cuerpos y el control de las poblaciones, o sea, el biopoder. Esto se da cuando lo biológico influye en lo político, emanando la biopolítica como aquello que “hace entrar a la vida y a sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana”. De cierta manera, un poder que se hizo cargo del cuerpo y de la vida o que, si lo prefieren, tomó a su cargo la vida en general, con el polo del cuerpo y el polo de la población (Foucault, 2000: 229).

Así, la noción de vida se ha modificado de esa visión soberana de depender de la voluntad de una persona para su preservación o no a una apuesta de las luchas políticas y a la afirmación del derecho a la vida, al cuerpo, a la salud, a la satisfacción de necesidades (Foucault, 2000: 135).

Partiendo de esta noción foucaultiana de un análisis de hechos discursivos es posible observar que el vínculo entre obesidad y sexualidad requiere de un análisis similar para comprender las formas y las posiciones que han tomado ciertos elementos y actores sociales con respecto al ejercicio de la sexualidad y el cuidado de la salud sexual y reproductiva de las personas consideradas con obesidad. Incluso, integrando como categorías de análisis a la biopolítica y al biopoder, siendo este último “una forma de gobernanza y de regulación de individuos y poblaciones a través de las prácticas asociadas al cuerpo” (Wright, 2009:10). Un “conjunto de mecanismos por medio de los cuales aquello que, en la especie humana, constituye sus rasgos biológicos fundamentales podrá ser de una política, de una estrategia política o una estrategia general de poder” (Foucault, 2006:16).

De esta noción han emanado otros conceptos como el de biopedagogías, relacionado con la normalización y la regulación de ciertas prácticas relacionadas con el cuerpo y la diseminación de las mismas a través de la web y otros medios (Wright, 2002: 2). O la regulación moral de ciertos aspectos del “bios” como el comer o la noción neoliberal de individualismo que construye a los individuos como capaces y responsables de cambiar sus

estilos de vida por medio de una gran variedad de técnicas disciplinarias (Harwood en Rail, 2012: 227-228).

Por esa razón, el autor francés considera que vivimos en la era de la gubernamentalidad, en la que la vida es el resultado de un determinado dispositivo de saber/poder y aquello que afecta a la vida de la población, como fenómeno natural, se convierte en una experiencia relevante. Además de crearse las técnicas que sirven de base al Estado moderno (Senellart, 2006: 450). Una era en la que se ha pasado de la disciplina al gobierno, y en la que hay un énfasis muy fuerte en la población, en la instrumentalización de la economía y el uso de los dispositivos de seguridad. De cierta manera, en el orden de guiar o de conducir, pero a las personas, no a un ente político como tal (Foucault, 2006: 146). Desde esta perspectiva, se ve a la sociedad como una naturalidad en la que surge la sociedad civil, alterna al Estado, y a la cual debe gestionar y no imponer. A la par, se privilegia al conocimiento que debe ser útil para el aparato gubernamental. Pues, la sociedad tiene o presenta ciertas problemáticas y al comprenderlas, hay la oportunidad de controlarla. Con mayor énfasis en el ámbito poblacional que no sólo consiste en la permisibilidad o facilidad para la procreación sino en su combinación con otros factores y su impacto o la posibilidad de intervención (Foucault, 2006: 397).

Desde una visión liberal en la que hay una racionalización que apuesta por la maximización económica y que a pesar de que se piensa que hay un exceso de regulación, de que se deben de respetar los derechos de las personas, hay un exceso de gobierno, y desde la noción, ya no liberal, sino neoliberal, en la que los patrones e ideales de mercado, se expanden a otros ámbitos como la familia y la natalidad (Foucault, 2007: 365).

De esta manera, todos esos eventos naturales que impactan a la vida de la población son objeto de regulación política, no en un sentido estrictamente de adaptación de conductas para ser considerado normal, pero si, en el de establecer ciertos valores que delimiten el comportamiento de la población, casi siempre, ejercicios estadísticos supervisados por médicos, cuyo resultado será un consenso de valores a los cuales deberán adecuarse los integrantes de la población (Foucault, 2002 y López, 2014) con el objetivo final de elaborar “técnicas por las que esos cuerpos quedaban bajo supervisión y se intentaba incrementar su fuerza útil mediante el ejercicio, el adiestramiento, etcétera” (Foucault, 2000:219) y mantener un aparente equilibrio.

Bajo esa noción, se ha posicionado el discurso de que hay una epidemia de obesidad. Conforme a esta lectura de los cuerpos normados, estar gordo es estar enfermo (Gracia, 2010) se centra en la individualidad de la persona que no sabe o no quiere comer bien (Gracia, 2010). Se ha impuesto un mercado del cuidado de sí mismo que promueve el moldeado de los cuerpos con predilección por lo delgado y lo ligero (Gracia, 2010) y la mejora del estado de salud o la construcción de un cuerpo perfecto, no sólo para las mujeres sino también para los hombres. Modelos de cuerpos juveniles, tersos y esbeltos. Hay un miedo al sobrepeso y una disposición al adelgazamiento.

En el mundo occidental ha habido un proceso de medicalización de la alimentación para establecer patrones de normalidad dietética y corporal y el incremento de las patologías alimentarias. En el caso de la obesidad, se le define como un desequilibrio entre las calorías ingeridas y las calorías consumidas, es decir, una inadecuación de las conductas individuales (Gracia, 2010: 83). Y se le ha dado cierta carga moral al cuestionar a quienes, conforme a una lectura de su cuerpo, no cumplen con los parámetros debido a ‘malas’ decisiones en sus estilos de vida y abandonan sus responsabilidades ciudadanas en miras de un bien común, además de predominar “el culto a la esbeltez” por lo que hay un interés especial en el análisis de los efectos de la obesidad en las personas, intentándose determinar la forma en que se autoperciben a sí mismas y a sus cuerpos (Wright, 2009).

Bajo esta perspectiva se propone la “obesidad clínica”, un concepto que engloba a los discursos biomédicos, bioeconómicos y bioculturales sobre la obesidad y las regulaciones hacia aquellos cuerpos fuera de la norma, en específico, los cuerpos gruesos, y el impacto de los discursos que asocian a la obesidad con una enfermedad y los cambios derivados a partir de dicha concepción en la cultura física (Rail, 2012; 227). Además de la salida del tema del ámbito de lo médico para insertarse, incluso, en nuestros espacios privados, mediante la idea de la construcción de ciertos hábitos para la vida cotidiana.

En su análisis, Rail sostiene que hay una “guerra contra la obesidad”, en la que hay una cultura del miedo alrededor de ella, reforzada por el uso constantes de palabras como crisis o epidemia o la programación de *reality shows* en los que los personajes principales son personas diagnosticadas con obesidad a quienes se les pueden achacar ciertas conductas morales como causantes de su situación. El lema para este “combate” podría ser “haz más ejercicio y come menos”.

Para mostrar este ejercicio de biopoder, elabora algunas “postales” en las que muestra la imposición del discurso combativo contra la obesidad, como el que alguna vez señaló Sontag con respecto al cáncer, en el que se modificaron los parámetros biomédicos como el Índice de Masa Corporal para decretarla antes; que se sustenta en la asociación de la obesidad con los problemas de salud o traza una liga irremediable entre dieta pobre, inactividad y obesidad o con enfermedades, muchas veces añadiendo la palabra “mortal”; culpabiliza a quienes tienen “exceso” de peso de estar así por sus propias conductas y por estar “fuera de control” ; no sólo se propaga el mensaje para quienes ya son consideradas personas obesas, sino también para quienes “están en riesgo”; sustenta la prescripción médica y la “opinión de los expertos”, además de recurrir a una especie de confesionalidad, en la que la persona asume su culpa por la situación; invoca a la prevención y a evitar la inactividad; y mantiene una carga de cuestionamiento hacia las mujeres a través de la imposición de ciertos estándares de belleza, también racializados, pues están pensados en cuerpos blancos.

E incluso, para Rail, hay cierta espectacularización de la obesidad, debido a que se le plantea como un problema que se soluciona por medio de la dieta, el ejercicio, la disciplina, los medicamentos, tratamientos cosméticos o cirugías bariátricas. Y el reto, es el planteamiento de discursos alternativos a esta visión hegemónica.

Parte de la materialización del contexto sociopolítico descrito, en el que hay un culto a la esbeltez, es el cuestionamiento moral dirigido a quienes se percibe (a través de la lectura de sus cuerpos) que no están tomando decisiones de estilo de vida apropiadas y, por lo tanto, abandonan sus responsabilidades (y por lo tanto sus derechos) como ciudadanos que contribuyen al bien general (Wright, 2009).

3.4 Sinónimo de emergencia y la respuesta sanitaria

Durante los últimos 60 años se han dado grandes cambios en la dieta y en la actividad física de las personas a escala global, lo cual ha desatado investigaciones desde diferentes miradas como la de la genética, la económica, la cultural, la psicológica, la médica y la ecológica, entre otras (Ulijaszek y Lofink, 2006: 337). De acuerdo con dichos autores, estas modificaciones se han producido, en gran parte, a partir de un proceso de modernización caracterizado por una seguridad alimentaria alta, una paulatina sedentarización de la

población, grandes posibilidades de adquirir alimentos con alto contenido energético, un incremento gradual de las porciones en las últimas décadas a nivel comercial, la predominancia de la idea de la búsqueda de un mejor rendimiento del dinero en la adquisición de alimentos y evitar el desperdicio de alimentos. La modificación sobre el acto de comer es evidente al alternarlo con otras actividades, la emergencia de la comercialización de bocadillos con alto contenido energético y altamente industrializados y la sustitución de labores que requerían de una gran actividad física por labores de servicio que requieren de menor esfuerzo físico. A la par se observa la inequidad en el sentido de que no todas las personas pueden acceder a alimentos de calidad debido al encarecimiento de los mismos, sobre todo de frutas y vegetales, y la reducción de los precios de alimentos, basados en granos refinados, azúcares y grasas trans, los cuales son mayormente consumidos, si se toma en cuenta que, en algunos sectores de la población, por las condiciones socioeconómicas, las decisiones alimentarias se basan en cuestiones económicas (Ulijaszek y Lofink, 2006: 348).

El nuevo siglo trajo consigo una transición epidemiológica, propia de los momentos en que se vive, postmodernos, en los que la categoría de riesgo, entendido como las consecuencias de la modernidad y de la predominancia del mercado, en la que el mercado mundial desaloja o sustituye al quehacer político; es decir, la ideología del dominio del mercado mundial o la ideología del liberalismo (Beck, 2002:11), la procuración de los intereses empresariales, por sobre otros, sin un control total del Estado (Beck, 1998:17) y la pérdida de la conciencia colectiva en aras de una individualización o el privilegio de la autonomía personal (Beck, 2002: 21) son el escenario social de fondo.

Desde finales del siglo XX, pero sobre todo en la primera década del siglo XXI, como señalan Popkin y Larsen (2004) se ha observado que al igual que las naciones con ingresos altos, los países de ingresos medios y bajos han vivido una transición nutricional, incluso más acelerada, la cual se suma a una demográfica, en la que las tasas de mortalidad y fertilidad han disminuido, y a una epidemiológica, en la que se ha pasado de las enfermedades infecciosas, la desnutrición y ambientes insalubres al incremento sustancial de enfermedades crónico degenerativas entre los distintos niveles de población. En términos nutricionales, estos cambios se reflejan en el aumento del uso de los aceites comestibles en sustitución de productos de origen animal como la mantequilla; la utilización de endulzantes calóricos en remplazo del azúcar; el incremento del consumo de proteínas de origen animal (carne,

pescado y leche) y el descenso notable de actividad física, lo cual, impide un gasto energético considerable. Garine y Pollock (2004), ha resaltado que, hoy en día, con ciertos recursos financieros es posible consumir cualquier tipo de comida en cualquier época del año en cualquier cantidad en cualquier momento, rompiendo con los ciclos estacionales y las reglas sociales tradicionalmente establecidas alrededor de la alimentación, situación que ha derivado en modificaciones de los hábitos alimenticios y de la fisonomía de los cuerpos. En ese momento, el organismo internacional recomendó elaborar estrategias de prevención universal, selectiva y focalizada, que comiencen en etapas tempranas de la vida; establecimiento de programas de atención a la obesidad a nivel comunitario; llevar a cabo proyectos de investigación y capacitar a todo el personal de salud en el tema (OMS, 2000).

Más de mil millones de adultos en todo el mundo tienen un peso excesivo, y al menos 300 millones son clínicamente obesos, apenas le queda otro remedio, como sucede a menudo entre los pobres, o porque adopta decisiones equivocadas en materia de consumo y en diversas actividades. Las más afectadas son las naciones en desarrollo, donde provocan una doble carga al sumarse a las restantes enfermedades infecciosas aún sin erradicar que siempre aquejaron a los países más pobres.

Bajo esta mirada, se le considera un factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), la diabetes, los trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres de endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon (OMS, 2016), y en últimas fechas, de COVID19.

Tradicionalmente, a la obesidad se le había considerado como producto de la inequidad económica. Sin embargo, la noción ha cambiado, pues, actualmente, se le atribuye una emergencia económica. Algunos cálculos estipulan que para 2030 alrededor de la mitad de la población mundial presentará obesidad, pudiendo tener un alto impacto en términos de vida y de dinero, pues provocará alrededor de cinco por ciento de las muertes mundiales y gastos de alrededor de dos trillones de dólares (Fanzo, 2020).

Como parte de los cambios ocurridos a finales del siglo XX, y principios de este, desde las industrias alimentarias se obtuvieron alimentos de bajo costo y de buen sabor, en parte, gracias a la adición de azúcares y de grasas, aunque sin aportaciones nutricionales, equidad y sustentabilidad. Además de la proliferación de ambientes en los que, desde las

tiendas de la esquina hasta los restaurantes de comida rápida, hacen accesibles a ese tipo de alimentos mientras que la comida recomendada en las dietas balanceadas es menos accesible y más cara (Fanzo, 2020). En los países de ingresos bajos y medios, los tradicionales cuadros de desnutrición infantil coexisten con la exposición expuestos a alimentos de alto contenido calórico ricos en grasa, azúcar y sal y pobres en micronutrientes, que suelen costar menos, pero también tienen nutrientes de calidad inferior (OMS, 2016). El mayor reto es que los entornos son cada vez más propicios para que las personas no estén delgadas (Rudacille, 2010).

En 2002, el Informe sobre la salud en el mundo, elaborado por la OMS, arrojó que las causas de morbilidad y mortalidad en el mundo estaban cambiando y había un aumento de enfermedades no transmisibles, que provocaban alrededor de 60 por ciento de muertes al año y 47 por ciento de la morbilidad. Siendo sus principales factores de riesgo: la hipertensión arterial, hipercolesterolemia, escasa ingesta de frutas y hortalizas, exceso de peso u obesidad, falta de actividad física y consumo de tabaco.

Sin embargo, la rápida transformación de los hábitos en materia de alimentación y actividad física está modificando las tasas de mortalidad y morbilidades en los países desarrollados. Una de las principales advertencias del documento es que la obesidad es uno de los 10 riesgos mundiales en materia de salud debido a la carga de morbilidad que provoca.

Entre otras razones por que el peso excesivo y la obesidad son importantes factores determinantes de la salud y dan lugar a cambios metabólicos adversos, en particular el aumento de la tensión arterial, niveles de colesterol desfavorables, una mayor resistencia a la insulina, el aumento del riesgo de cardiopatía coronaria, accidentes cerebrovasculares, diabetes mellitus y numerosas formas de cáncer.

El informe advierte que en los países desarrollados hay cada vez hay más niños y adultos con exceso de peso y obesos, y aumentan los casos, estrechamente asociados a las enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus tipo 2. Sin embargo, en los países con ingresos bajos y medios, en los sectores acomodados se comenzaba a presentar el mismo escenario.

El paradigma de la asociación entre abundancia y obesidad se diluyó cuando se observó que los hábitos de comportamiento poco saludables y las enfermedades no

transmisibles conexas se concentran en las comunidades más pobres, en las que solían haber más problemas derivados de enfermedades infecciosas y de desnutrición.

Algunos de los datos compartidos indicaban que en los países pobres hay 170 millones de niños con peso insuficiente – de los que más de tres millones mueren cada año como consecuencia -, más de 1000 millones de adultos tienen un peso excesivo y por lo menos 300 millones son clínicamente obesos.

A manera de sentencia, se concluye, entre otras cosas que “la alimentación y la actividad física influyen en la salud ya sea de manera combinada o cada una por separado” y la carga económica de las enfermedades no transmisibles. Recomendando la mejora de la dieta de las personas y el incremento de actividad física.

En un cambio de ruta, en 2004, el gobierno de los Estados Unidos, a través de la Secretaría de Salud y de Servicios, decretó que la obesidad era una enfermedad. En los últimos años han surgido múltiples teorías con respecto a sus causas: un incremento de la calidad y la expectativa de vida; un problema de salud mental; la abundancia de alimentos de escaso valor nutricional y la ausencia de una estructura que permita el desarrollo de actividad física; la pérdida de control sobre el consumo de alimentos hasta llegar a un comportamiento adictivo; una predisposición genética; cambios en el sistema endocrinológico y hasta una infección, no sólo provocada por un posible virus sino por el contacto con personas con obesidad y la adquisición de sus hábitos de vida (Gilman, 2008; 20).

Dos años después se dio a conocer la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, aprobada en la 57 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 2004, para instar a los Estados miembro a

a que elaboren, apliquen y evalúen las acciones recomendadas en la Estrategia, conforme a las circunstancias nacionales y en el marco de sus políticas y programas generales, que promuevan la salud de las personas y las comunidades mediante una alimentación sana y la realización de actividades físicas y reduzcan los riesgos y la incidencia de las enfermedades no transmisibles; 2) a que promuevan modos de vida que incluyan una dieta sana y la realización de actividades físicas y que fomenten el equilibrio energético; 3) a que fortalezcan las estructuras existentes, o establezcan otras nuevas, para aplicar la Estrategia por conducto del sector de la salud y otros sectores pertinentes, para vigilar y evaluar su eficacia, y para orientar la inversión y la gestión de los recursos a fin de reducir la prevalencia de las enfermedades no transmisibles y los riesgos relacionados con los regímenes alimentarios poco sanos y la falta de actividad física; (OMS, 2004)

Y a definir metas y objetivos nacionales, un calendario de acciones, directrices sobre régimen alimentario y actividad física, procesos de vigilancia y medidas a favor de los elementos tradicionales, promoción de dietas sanas, entre otras tareas.

A la par de ese documento, se publicó la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud debido a que se consideraban como desafíos a la alimentación poco saludable y a la falta de actividad física, además de los cambios en materia de alimentación y de hábitos poco saludables, el desequilibrio energético y el aumento de las enfermedades no transmisibles, estas últimas con un impacto económico.

El objetivo de la estrategia era “promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física”. Con la meta de realizar cuatro funciones muy específicas: reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles asociados a un régimen alimentario poco sano y a la falta de actividad física; promover la conciencia y el conocimiento generales acerca de la influencia del régimen alimentario y de la actividad física en la salud, así como del potencial positivo de las intervenciones de prevención; fomentar el establecimiento, el fortalecimiento y la aplicación de políticas y planes de acción mundiales, regionales, nacionales y comunitarios encaminados a mejorar las dietas y aumentar la actividad física y seguir de cerca los datos científicos y los principales efectos sobre el régimen alimentario y la actividad física, así como respaldar las investigaciones sobre una amplia variedad de esferas pertinentes, incluida la evaluación de las intervenciones.

Sobre la dieta, se especificaba que debería ayudar a lograr un equilibrio energético y un peso normal, limitar la ingesta energética procedente de las grasas, sustituir las grasas saturadas por grasas insaturadas y tratar de eliminar los ácidos grasos trans, aumentar el consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos, limitar la ingesta de azúcares libres y limitar la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia y consumir sal yodada. Con respecto a la actividad física, la recomendación es de hacerla por lo menos durante 30 minutos.

Además de elaborar políticas alimentarias centradas en la salud acompañadas de políticas fiscales en las que se tomen en cuenta que los precios y factores de influencia en el

consumidor, programas alimentarios para poblaciones en situaciones de vulnerabilidad y políticas agrarias. Sumado a la promoción de la actividad física en diferentes niveles.

Años más tarde se elaboró una Estrategia Global sobre Salud, Dieta y Actividad Física con la finalidad de reducir los riesgos de la presencia de enfermedades crónicas causadas por dietas poco saludables e inactividad física a través de acciones de salud pública y promoción de la salud; aumentar la conciencia general y la comprensión del impacto de la dieta y la actividad física en la salud y el impacto positivo de las intervenciones preventivas; alentar el desarrollo, el fortalecimiento y la implementación de políticas y planes de acción globales, regionales, nacionales y comunitarios para mejorar las dietas y aumentar la actividad física e involucrar activamente a todos los sectores, incluida la sociedad civil, el sector privado y los medios de comunicación y apoyar la investigación científica (OMS, 2004).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos publicó en 2010 un informe donde evalúa las estrategias más efectivas y el costo – efectividad de las mismas para dar atención a la obesidad y plantea que la misma requiere del involucramiento de los gobiernos, las industrias, la sociedad civil y las personas. De igual manera, establece que se deben compaginar las metas de desarrollo humano con las de bienestar y salud, pues hay múltiples factores influyentes en las decisiones y los comportamientos de los individuos, entre ellas, las económicas y los índices de calidad de vida como acceso a empleo, pobreza, discriminación, la ubicación de la vivienda. En el análisis se indica que la realización de actividad física es un factor determinante para que las personas tengan una alimentación más saludable y que la obesidad cuesta años de vida de las gentes y que las reglas y formas del mercado alimentario han generado un impacto en las personas (Sassi, 2010; 22). Una actualización de 2019 resalta que la falta de actividad física propicia el ausentismo y la baja de rendimiento laboral y escolar y se reduciría, en promedio, la expectativa de vida, alrededor de tres años hacia 2050. En el caso de la población infantil, se advierte el incremento de tasas de acoso escolar en las escuelas y de la reducción de oportunidades a causa de su imagen física. Y en gastos de salud, se establece que la atención a la obesidad requiere de alrededor de nueve por ciento del gasto general en salud de un país y que provocara alrededor de 70 por ciento de los gastos en diabetes mellitus tipo 2; 23 por ciento de los gastos en enfermedades cardiovasculares y nueve por ciento de los de cáncer. Como parte de las

acciones a tomar, recomienda la reducción de 20 por ciento de los contenidos calóricos de los alimentos altamente energéticos e invertir en labores de prevención (Cecchini, 2019).

Hacia 2011, la Asamblea General de las Naciones Unidas emitió una Declaración Política para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en la que indica que la obesidad está directamente relacionada con las cuatro principales enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, cáncer, respiratorias crónicas y diabetes), a un incremento en los gastos de salud pública y a un descenso en la productividad; las mujeres tiene una mayor propensión a la obesidad, y en aspectos de salud maternoinfantil, se vincula con la malnutrición prenatal y el bajo peso al nacer, sumado a una predisposición a la obesidad del infante, además de la posibilidad de presencia de diabetes gestacional, y hacer un llamado a múltiples sectores para invertir, detener y reducir las tendencias crecientes a la obesidad de las poblaciones infantiles, juveniles y de adultos (ONU, 2011). Posteriormente, se consideraría como uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar (ONU, 2015). Desde 2014, más de 50 asociaciones y colegiados conformaron la Asociación Mundial de Obesidad a fin de buscar soluciones prácticas en la materia. Como parte de sus acciones, se conformó un Observatorio Global sobre Obesidad, en el cual se comparten y cotejan las estadísticas de todos los países del mundo en la materia (WOF, 2020).

Tras varios años de intento de implementación de la Estrategia, se propuso el reforzamiento de las propuestas de activación física con la publicación del Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física 2018-2030, entre cuyos puntos principales están el crear sociedad, entornos, poblaciones y sistemas activos. El documento parte de la idea de que la actividad física regular ayuda a prevenir y tratar enfermedades no transmisibles, pero, actualmente, en algunas partes del mundo, hasta 70 por de la población no realiza alguna actividad, entre otros factores, por cambios en los patrones de transporte, el mayor uso de la tecnología, los valores culturales y la urbanización.

Por lo tanto, se recomienda divulgar entre la población los beneficios de la realización de activación física; acondicionar espacios seguros para que las personas puedan realizar actividades físicas; crear programas que ayuden a lo anterior y establecer políticas públicas en la materia. El enfoque planteado para atender la problemática es el de sistemas, basado en

la interconexión y la interacción adaptativa de las múltiples influencias sobre las oportunidades de actividad física.

Los índices de mala nutrición reflejan que hay algunos sectores de la población con problemas de desnutrición y otros en situación de obesidad, lo cual provoca que los problemas de salud relacionados con la alimentación complejicen las labores de las instituciones de salud, públicas o privadas. Las cifras son tan contrastantes como que hay alrededor de dos mil millones de personas con obesidad en el mundo y los índices de abatimiento de la desnutrición son insuficientes para lograr el Objetivo de Desarrollo Sostenible referente al Hambre Cero para 2030.

Al mismo tiempo, el cambio climático se ha convertido en una pandemia debido a sus efectos en la salud de las personas y en los sistemas naturales de los que la humanidad depende para su subsistencia.

Los equipos que han conformado una comisión de investigación científica sobre nutrición han propuesto que esta situación se enmarque dentro del concepto de sindemia global, la cual afecta a un gran número de personas en las diferentes regiones del mundo, y se acuña por el hecho de que a escala global hay una sinergia de las epidemias de desnutrición, cambio climático y obesidad debido a que ocurren de manera simultánea en el mismo tiempo y espacio, interactúan entre ellas, produciendo secuelas complejas y compartiendo indicadores sociales.

Su propuesta deriva de replantear el problema de la obesidad en cuatro distintas vertientes. La primera, es tomar en cuenta el hecho de que la prevalencia de la obesidad se está incrementando en todas las regiones del mundo debido a que ningún país ha logrado revertir la epidemia pues los problemas sistémicos e institucionales para subsanar la situación no han disminuido, sino que se mantienen.

Por otra parte, hay evidencia de que las recomendaciones para revertir los problemas de obesidad son aceptadas por los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud desde hace tres décadas, pero no han sido traducidas en un cambio sustantivo y tangible.

Al igual que lo ocurrido con el Acuerdo de París, en materia de cambio climático, no se perciben como urgentes los problemas económicos y sanitarios derivados de la obesidad a fin de generar políticas públicas específicas derivadas de recomendaciones de grupos de expertos.

Y, por último, la obesidad ha sido históricamente considerada como un problema aislado de otros desafíos globales, por lo que dicha visión debe transformarse.

Comúnmente, se podría pensar que no hay una relación entre la desnutrición y la obesidad. Sin embargo, parte de la evidencia científica revisada ha mostrado que la desnutrición infantil está estrechamente ligada a la obesidad en etapa adulta, presentándose mayores índices en los países de ingresos medio y bajo. Uno de los detonantes de la desnutrición y la carestía de alimentos es la inseguridad alimentaria, que deriva, entre otros factores, de fenómenos climáticos como sequía, lluvias excesivas, ciclones, fuertes nevadas, erosión de los suelos, entre otros, provocados por las emisiones de gases de los grandes centros urbanos e industriales.

Por otro lado, en los países de ingresos altos se da el fenómeno de la urbanización, trayendo consigo un mayor uso de transporte motorizado, reduciendo los índices de actividad física de la población, incrementándose la prevalencia de obesidad y la emisión de gases de efecto invernadero.

De igual manera, mientras más urbanizada se encuentre una sociedad, hay una notable modificación a los patrones alimenticios de la misma, ya que se registra un incremento en el consumo de alimentos ultra procesados y bebidas azucaradas, así como de carne de res y de alimentos en cuyos procesos de producción hay altos índices de emisiones de gases de efecto invernadero.

A pesar de los esfuerzos, se detectó que la industria alimentaria ha realizado fuertes cabildeos para que no se produzcan estos cambios en las políticas públicas de alimentación y no se suprima o regule la venta de alimentos ultra procesados, bebidas azucaradas, carne, azúcar y lácteos.

Para los integrantes de la Comisión, los intereses comerciales representan uno de los grandes obstáculos debido a que interfieren con el diseño de políticas públicas, propiciando situaciones de conflicto de intereses y afectando directamente a la salud planetaria, que se puede comprender como el logro de los más altos estándares alcanzables de salud, bienestar, y equidad en los diferentes sistemas humanos (económico, político y social) que tendrán un impacto en el futuro de la humanidad y los sistemas naturales de la Tierra, sin los cuales, la humanidad no puede subsistir.

De esta manera, el objetivo de replantear la situación global a partir de este enfoque de trabajo, es reorientar a la sociedad para promover la salud, la equidad, la prosperidad económica y la sustentabilidad mediante el involucramiento de las personas, las comunidades y diferentes sectores, incluidos los de toma de decisión. A fin que se conjunten fuerzas para buscar las mejores soluciones conjuntas posibles a las pandemias de obesidad, desnutrición y cambio climático en aras de preservar y mejorar la salud planetaria.

Paradójicamente, por primera vez en la historia, organizaciones de todo el mundo y agencias sanitarias unificaron criterios para establecer al 4 de marzo como el Día Mundial de la Obesidad, bajo el lema “Tiempo de Actuar” en 2020. Día en que se dio a conocer una declaración en la que se exhorta a los gobiernos a reconocer, de manera oficial, que la obesidad es una enfermedad crónica multifactorial y una condicionante de otras enfermedades con implicaciones serias para los individuos, las familias, las sociedades y las economías. Su monitoreo y su vigilancia, y la investigación innovadora sobre las causas y las estrategias efectivas de prevención y tratamiento, deben ser promovidas y apoyadas financieramente. Las estrategias de prevención de la obesidad deben ser implementadas a lo largo de las diferentes etapas, desde la etapa previa al nacimiento, a lo largo de la infancia, hasta las etapas de adultez mayor. El tratamiento para la obesidad requiere estar basado en evidencia científica, dignificar a la persona, no estigmatizarla y tenerla como centro de las estrategias, debe incluir aspectos de comportamiento, farmacológicos, digitales, nutricionales, de incentivación de la actividad física e intervenciones quirúrgicas, y tiene que ser accesible para todas las personas con obesidad. Además de incorporar al manejo de la obesidad en la atención primaria y secundaria, y abordar aspectos ambientales, sociales y comerciales alrededor de la obesidad (World Obesity Federation, 2020).

Para 2022, después de la suspensión de actividades por la pandemia derivada por Covid19, el lema del Día Mundial de la Obesidad fue “Todos necesitamos actuar”, posicionando mensajes mediáticos como que 800 millones de personas alrededor del mundo presentan obesidad, cuyas consecuencias económicas para 2025, podrían ser de hasta un trillón de dólares; que habrá un aumento de la obesidad infantil de 60 por ciento durante la siguiente década, pudiéndose alcanzar la cifra de 250 millones de infantes con obesidad, y que actualmente, hay dos veces mayor probabilidad de que una persona sea ingresada a un hospital por obesidad que por Covid19 (World Obesity Federation, 2022).

En 2023, el lema fue “Cambiemos perspectivas. Hablemos de obesidad” y se compartieron datos como que 1.9 billones de personas alrededor del mundo presentará obesidad para 2035; habrá un aumento de obesidad infantil y una de cada cuatro personas en el mundo presentará obesidad. Con un impacto económico de hasta cuatro trillones de dólares para 2035. De acuerdo con el reporte presentado, ningún país ha logrado la meta de evitar el incremento de las cifras de obesidad entre 2010 y 2025. Situación que se complicó con el confinamiento domiciliario provocado por el Covid19 por casi dos años por el cual se modificaron los hábitos alimenticios y el sedentarismo. Una revisión de la literatura médica de los últimos años arrojó que se ha asociado a la obesidad con al menos 38 enfermedades diferentes y a otras problemáticas sociales para las personas con obesidad como un menor grado educativo, desempleo, discapacidades a largo plazo, retiros laborales a corto plazo o algunos otros aspectos con impacto económico en sus vidas.

Capítulo 4.

Contexto sociohistórico y cultural de la obesidad en México

4.1 Gordura, sinónimo de salud en el pasado y enfermedad en el presente

Hacia finales del siglo XIX, el médico Álvaro Domínguez Peón publicó un trabajo sobre pelagra en la península de Yucatán, y anteriormente, había dado a conocer una descripción sobre el cuadro clínico de desnutrición. Mientras que el también médico, José Patrón, describió a la culebrilla, derivada de problemas de mala alimentación. Dichos trabajos dieron pie a los inicios de la nutriología en México, que por muchas décadas estuvo enfocada a la desnutrición, en especial, la infantil (Bourges y Casanueva, 2000: 183). Estudios como los de Manuel Gamio consideraron como factor de la desnutrición a la poca aportación nutricional de alimentos consumidos comúnmente en entornos indígenas y rurales como el maíz, los frijoles, la calabaza, entre otros, haciendo falta la carne, los huevos, la leche y otros alimentos más proteínicos, por lo que el problema alimentario derivaba de la pobreza, como principal factor de la desnutrición y la mala alimentación (Gamio en Bertrán, 2010; 391). En aquellos años, se calculaba que 70 % de los niños menores de cinco años presentaban algún grado de desnutrición (Ávila, 2018; 30).

A mediados del siglo XX se continuaron registrando altos índices de desnutrición en la población, haciéndose una correlación entre la desnutrición clínica y la mortalidad, sobre todo en poblaciones infantiles. Dicho vínculo se denominó como la clasificación de Gómez enfocado al diagnóstico clínico de desnutrición clínica severa (Rivera Dommarco *et al*, 2023: 8).

La desnutrición, sobre todo infantil, fue un tema de gran preocupación para el sector salud por lo que desde la década de los 40 se realizaron estudios comunitarios sobre alimentación y deficiencias nutricionales. Los primeros de ellos en el valle de Mezquital, Hidalgo, y posteriormente, en más de 20 comunidades rurales de diferentes partes de la República Mexicana. Ejercicios estadísticos que se continuaron desarrollando hasta 2005, mostrando las prevalencias de peso bajo, cuyos índices llegaron a alcanzar a casi una cuarta parte de la población rural y a más de 13 por ciento de la urbana.

Este tema ha sido de suma relevancia y de preocupación para las autoridades gubernamentales en turno, incluso, ha marcado épocas históricas. Desde las ciencias sociales,

se han propuesto varios modelos de análisis sobre el panorama alimentario del país. La de Ortiz, Vázquez y Montes (2005) postula cuatro divisiones históricas. En primer lugar, la construcción de una política alimentaria en México, que parte de 1930 cuando las políticas públicas se enfocaron en lograr que el campo cubriera la creciente demanda alimenticia de los núcleos urbanos. Posteriormente, la creación del Sistema Alimentario Mexicano en la década de los 70, momento en que se establecen algunos programas de apoyo nutricional para el grueso de la población. En un tercer instante, la tecnologización del campo en los 80, a fin de incrementar su eficiencia y su productividad. Y el último momento, caracterizado por la imposición de la seguridad alimentaria, privilegiando la compra de alimentos por sobre la producción de los mismos, a partir de la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte.

Históricamente, de acuerdo con la propuesta, los estudios de antropología y alimentación en México se pueden subdividir en dos: los de antropología de la alimentación, encaminados a comprender procesos sociales y culturales, por lo cual hay un énfasis en la comprensión de los hábitos, prácticas y costumbres alimentarias y los de antropología de la nutrición, basados en la descripción de los componentes de las formas de alimentación de diferentes grupos sociales y el estado nutricional de sus integrantes.

La alimentación y su influencia en diferentes aspectos de las vidas de las personas y sus actividades ha sido un tema de sumo interés para la antropología, el cual se ha intersectado con otros a partir de que se le ha asociado con condiciones de salud, de derechos humanos y de políticas públicas. El estudio y el análisis de la obesidad a partir de una mirada antropológica ha tenido como punto de partida los hábitos alimenticios y sus modificaciones en las últimas décadas, pero también, al de la salud, al ser considerada como uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad.

Desde la década de los 80, los análisis sociopsicológicos de orientación antropológica pusieron interés en el estudio de comportamientos alimentarios, las enfermedades relacionadas con la alimentación, imágenes y pesos corporales socialmente deseables, las emociones asociadas al consumo de alimentos y aspectos como el consumo desmesurado de comida y la obesidad, y el significado cultural de la gordura así como su asociación con el bienestar, la salud y la riqueza, así como la propuesta de que la obesidad podría ser un síndrome culturalmente condicionado (Contreras y Gracia, 2005:116) Así como en los

cambios en los estilos de vida, como un mayor sedentarismo e inactividad física, sobre todo en personas adultas mayores (Gama, Marques, Madeira y Rosado-Marques, 2020) Y la dilucidación sobre si existía o no problemas de obesidad en grupos sociales como los indígenas o en países de ingresos bajos, donde tradicionalmente se presentaban un mayor número de casos de desnutrición (Bengoa, 2003).

Tradicionalmente, los estudios que se llevaban a cabo con respecto a la alimentación de la población mexicana estaban asociados a la desnutrición o a la carencia de alimentos, con énfasis en el sector infantil. En la década de los 70, se comenzaron a realizar algunas encuestas al respecto, que al paso del tiempo se sumaron a la Encuesta Nacional de Salud. Estas se modificaron en los 90 cuando se consolidó la línea de investigación de nutrición humana en el Instituto Nacional de Salud Pública, donde comenzaron a realizarse estudios sobre magnitud y distribución de la mala nutrición en el país, micronutrientes y salud, epidemiología del retardo en crecimiento lineal, estrategias para mejorar la nutrición del niño, dieta, actividad física y enfermedades crónicas, lactancia, nutrición y salud materna (Bourges y Casanueva, 2000: 184). Algunos de los resultados obtenidos mostraron que entre los años 80 y los 90 hay un aumento de 25 % en obesidad infantil; un 50 % de incremento en los casos de sobrepeso en población adulta y en los de obesidad, un incremento de 150 %. A principios de siglo, las encuestas mostraron que casi 40 % de la población adulta mexicana presentaba sobrepeso y casi 30 % obesidad, producto de una transición nutricional, caracterizada por el aumento de la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados adicionados con altas cantidades de grasas, azúcar y sal; aumento en el consumo de comida rápida y comida preparada fuera de casa; disminución del tiempo disponible para la preparación de alimentos; alta exposición a publicidad sobre alimentos industrializados y disminución de la actividad física de la población (Barquera *et al.*, 2010).

De manera similar, a partir de la perspectiva de la complejidad, Santacruz (2022) considera que en términos de alimentación se han vivido diferentes transiciones a lo largo del siglo XX y lo que va del XXI. La primera, entre los años de 1900 a 1940, a partir de la transformación político-cultural que impulsó el proceso de “ciudadanización” en México y rechazó la cultura alimentaria indígena y campesina. La segunda, de 1941 a 1980, derivada de la transformación económico-cultural que “modernizó” la vida de los mexicanos y produjo consumidores de la cultura alimentaria occidental norteamericana. La tercera transición,

entre 1981-2020, en la cual, la transformación ideológico-cultural que exacerbó en la población mexicana las prácticas sedentarias y el hiperconsumo de productos formulados que pretenden ser alimentos, y propició la sindemia de obesidad-diabetes-hipertensión-enfermedades cardiovasculares y otros trastornos del metabolismo. Además, se han incorporado una serie de alimentos ultraprocesados, incluso en los entornos rurales, modificadores de los paladares de las personas debido al exceso de azúcares, grasas y sodio (Vizcarri, 2022: 64).

A lo largo de estos períodos de transición, el cuerpo también cambió de significados, pues en los finales del siglo XIX y principios del XX, la robustez estaba asociada a la salud, hay “una valoración explícita que tiene relación con un poder a la vez social y físico” (Vigarello, 2011), en el sentido de que los cuerpos gruesos eran símbolos de abundancia y de éxito, con base en la escasez existente, o que “lo acumulado en el cuerpo ayudaba a luchar contra las enfermedades” (Vigarello, 2011:117).

Sin embargo, se asentaron otro tipo de nociones, como que “el gordo es aquel que se deja llevar por la pasión, aquel que no sabe controlar su comportamiento” o “no representa la belleza ni posee una presencia agradable” (Vigarello, 2011:117).

4.2 El aumento gradual de las cifras de sobrepeso y obesidad

A partir de la década de los 80 se comienza a medir el volumen corporal de la población mexicana por medio de las Encuestas de Salud. A través de ejercicios estadísticos comparativos es posible observar que, en 1988, cuando se registró por primera vez el sobrepeso y la obesidad en la población mexicana, la prevalencia era de 25 % de sobrepeso y 9.5 % de obesidad en mujeres de entre 20 y 49 años (Rivera Dommarco et al, 2012:83).

Históricamente, hasta la década de los 70, “la prevalencia de obesidad era todavía baja, pero iniciaron procesos de urbanización y comenzaron a presentarse fuertes presiones mercadológicas por parte de la industria alimentaria para introducir sus productos al mercado y el consumismo característico del sistema actual” (Rivera Dommarco, 2023:28).

Los índices han ido variando a lo largo del tiempo, pero se han mantenido por arriba del 35 % poblacional. Los datos de la encuesta de 2006 mostraban que 39.5 % de la población presentaba sobrepeso. Seis años más tarde, el valor numérico fue de 38.8 %. Para un ejercicio

de Medio Camino, en 2016, el registro fue de 39.2 % y en la última edición, de 2022, la cifra alcanzada fue de 38.3 %. Registrándose variaciones muy pequeñas (Campos *et al.*, 2022; S244). En el caso de la obesidad, en 2006, el registro fue de 30.4 %. Un sexenio después fue de 32.4 %. En la Encuesta de Medio Camino, la cifra resultante fue de 33.3 por ciento. Y en la última medición, el alcance llegó al 36.9 por ciento (Campos *et al.*, 2022: 244).

Desagregando los registros por género, en el caso de los hombres, durante 2006, el índice de sobrepeso fue de 42.6 %; manteniéndose el mismo registro hasta 2012, con un ligero declive para 2016, de 41.7 %, y en tendencia a la baja para 2022, con 41.2 %. Pero, en el caso de la obesidad, las cifras de 2006 indicaban una tasa de 24.3 %, aumentando a 32.4 % para 2012, 33.3 % para 2016 y llegando a 36.9 % en el último ejercicio estadístico (Campos *et al.*, 2022: 244).

En cuanto a la situación de las mujeres, en el primer recuento estadístico referente al sobrepeso se obtuvo la cifra de 37.4 %, un sexenio después, hubo un decremento hasta llegar a 35.5 %, volviéndose a registrar un incremento para 2016 de 36.9 % y un descenso a 35.8 % en la más reciente encuesta. Referente a la obesidad, el registro de 2006 es de 34.6 %; seis años después, tuvo un incremento para llegar a 37.5 %; en el siguiente ejercicio de medio camino, se registró otro aumento hasta alcanzar 38.6 %, y en la última edición, hubo un alza hasta llegar a 41 por ciento (Campos *et al.*, 2022: 244).

A principios del siglo, la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 (INSP, 2000) mostró que la población mexicana tiene un consumo excesivo de alimentos de alta densidad energética, mayor consumo de grasas que la recomendación, la mayoría de los aceites que se consumen son ácidos grasos trans, alto consumo de azúcares concentrados, y un bajo consumo de frutas y verduras, alrededor de 120 gramos, a pesar de que la recomendación es de 400 gramos. De hecho, desde los años sesenta se observó un aumento en el consumo aparente de grasas y azúcares (Bertrán, 2010: 396).

Entre 1984 y 1998 se observó una disminución en la compra de frutas y verduras de casi 30 %, 26 % de leche y casi 20 % de carne, mientras que el de carbohidratos refinados aumentó en un 6 % y el de refrescos en un 37 % (Rivera Domarco *et al.*, 2012:87).

Al finalizar la primera década del siglo XXI, algunas estadísticas indicaban el cambio de consumo de ciertos alimentos. Entre 1984 y 1998 se observó una disminución en la compra de frutas y verduras de casi 30 %, 26 % de leche y casi 20 % de carne, mientras

que el de carbohidratos refinados aumentó en un seis por ciento y el de refrescos en un 37 % (Rivera Dommarco et al, 2012:87).

De finales del siglo XIX al comienzo del siglo XXI el panorama nutricional del país ha cambiado de manera sustancial, de una desnutrición clínica severa en menores de cinco años y el consumo de dietas poco variadas con aportes pobres de nutrimentos entre 1890 y 1950 a una desnutrición moderada y el consumo de dietas inadecuadas durante la década de los 50 y los 60 hasta los 70, para posteriormente vivir un escenario en el que hay una coexistencia de la desnutrición, la deficiencia de micronutrimentos y la obesidad y sus comorbilidades (Rivera Dommarco et al, 2023).

Durante la primera mitad del siglo XX, las condiciones socioeconómicas de gran parte de la población hacían imposible que la mayoría de las familias tuvieran la capacidad para adquirir alimentos suficientes para satisfacer sus necesidades de consumo alimentario; en consecuencia, la desnutrición y el bajo peso prevalecían y la obesidad (Ávila, 2018;29). Contrario a lo que solía pensarse, los sectores demográficos más afectados no eran las clases media y alta sino las clases media baja y baja debido al fenómeno del “desierto alimentario”, consistente en la escasez de alimentos saludables en un área geográfica determinada, y en el caso de México, también de agua potable (Rivera Dommarco et al, 2012).

La industria alimentaria comenzó a expandirse en México a partir de la década de los 80, ocurriendo un aumento de consumo de productos industrializados, acelerándose en la década de los 90 con la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, junto con la apertura de más cadenas de restaurantes de comida rápida y de las tiendas de conveniencia y supermercados y la mayor compra de alimentos ante la falta de producción de los mismos (Castro y Meléndez, 2021; Bertrán, 2010). A lo anterior se agregó el ingreso al mercado de industrias alimentarias privadas y su protección por parte del gobierno, como restaurantes de comida rápida, alimentos procesados, bebidas azucaradas, entre otras, ya que generaban ganancias mayores gracias a su amplia y ágil producción, a diferencia de las industrias nacionales y de comercialización local (Vizcarri, 2022). A la par de que “los sectores del procesamiento industrial, de la comercialización de alimentos procesados en supermercados y de la demanda de los consumidores por estos productos evolucionan y se refuerzan entre sí” (Hernández, Munguía y Rivera Dommarco, 2018:54).

Por otra parte, a través de una oferta de análisis de alimentos, “se puede observar que, desde los años ochenta, la disponibilidad promedio de energía ha sido suficiente para cubrir las necesidades energéticas diarias que, en los últimos 30 años, han fluctuado entre 3000 y 3100 kcal por persona al día. Entre 1983 y 2013, se incrementó la energía proveniente de huevo (120%), tubérculos (43%), vegetales (33%), grasas animales y vegetales (23%), carne (20%), azúcar y endulzantes (17%) y leche (6.5%), y se redujo la energía proveniente de leguminosas (-35%) y granos (-12.8%)” (Hernández, Munguía y Rivera Dommarco, 2018:55).

De acuerdo con Barquera, Campos y Rivera (2013), el crecimiento de las tasas de obesidad registradas en el país entre 1999 y 2006 fue una de las más altas en todo el mundo, estabilizándose entre 2006 y 2012, y disminuyendo, probablemente a causa de la saturación de las poblaciones susceptibles, como las personas en situaciones de pobreza y poblaciones infantiles. A la par, se han registrado aumentos en los porcentajes de mortalidad asociada con la obesidad, así como la coexistencia de problemas de sobre y desnutrición o la combinación de ambas, pues hay personas con obesidad con déficits nutricionales.

Contrario a lo que solía pensarse, los sectores demográficos más afectados no eran las clases media y alta sino las clases media baja y baja debido al fenómeno del “desierto alimentario”, consistente en la escasez de alimentos saludables en un área geográfica determinada, y en el caso de México, también de agua potable (Rivera Domarco et al, 2012:95-96).

Una evaluación de los entornos escolares de la ciudad de México antes del final de la primera década de este siglo mostró que, a lo largo del horario escolar, en aquella época, aún de cuatro horas y media, el estudiantado tenía hasta cinco oportunidades de ingerir algún alimento. Al momento de la entrada, al del reparto de desayunos, en el recreo, durante las clases y a la salida. La mayoría de los productos disponibles en los alrededores de las escuelas o adentro de ellas eran densamente energéticos o bebidas azucaradas, había poca disponibilidad de frutas y verduras y de agua potable al interior de los planteles educativos, además de que muy pocos estudiantes llevan alimentos elaborados en casa (Rivera Domarco et al, 2012: 91).

En el caso de México, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2016, 17), en el año 2018, cada mexicano compró en promedio 214 kilos de alimentos ultra-procesados, que representó casi el doble del consumo promedio en Brasil y Colombia. En

cuanto a la comida rápida, al cierre de 2019, el país se ubicó en el séptimo lugar a nivel mundial en cuanto a gasto per cápita en este tipo de platillos (Euromonitor, 2020), lo que refleja el incremento del gasto en alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar, que, de acuerdo con las Encuestas de Ingreso y Gasto de los Hogares, aumentó 6.9 por ciento en el período de 2000 a 2018. En México el consumo per cápita de comida chatarra ascendió a 212 kilos, equivalente a 580 gramos diarios; y el país se consolidó como el mayor consumidor de bebidas azucaradas y refrescos a nivel mundial ya que, en promedio, cada mexicano consumió 184.9 litros (Euromonitor, 2020), con una estima de 150 mililitros por día, alcanzando los casi 300 mililitros en áreas urbanas (Rivera Dommarco et al, 2023: 18).

De acuerdo con análisis sustentados en las Encuestas Nacionales de Salud, “las bebidas azucaradas (refrescos, bebidas saborizadas, deportivas y energéticas, aguas frescas, café y té endulzados y leches saborizadas) son la principal fuente de azúcares añadidos en nuestra población: contribuyen con 69%” (Batis et al, 2018: 47).

Por su parte, los alimentos con alta y baja densidad nutrimental (pan dulce, pastelillos, galletas, cereales de caja, postres, dulces y botanas saladas) aportan 25 %. Algunos factores sociales han sido la incorporación de las mujeres al mercado laboral, el crecimiento de los trayectos de traslado a causa de procesos de urbanización, la menor permanencia de tiempo en casa, el mayor consumo de alimentos y bebidas fuera de casa, disminuido la cantidad de tiempo para preparar alimentos.

En cuanto a los hábitos alimenticios, se presumía que “por lo general se hacen tres comidas: un desayuno variable en cantidad, una comida principal hacia las 2 0 3 pm y una cena variable entre 8 y 10 p.m. En el campo hay un primer desayuno muy ligero, a veces sólo café, antes del amanecer, y luego hacia las 11 un almuerzo más abundante; el resto es igual, aunque la cena es más temprano y a veces no se tiene. En el medio urbano la variación es mucho mayor y depende del tiempo disponible que cada día es más escaso en las grandes ciudades” entre dos y tres comidas estructuradas al día: el desayuno y la comida, y a veces la cena. La estructura de la comida diaria del mediodía consiste en sopa, arroz o pasta, carne con salsa picante (chile y tomate), tortillas, frijoles, agua de sabor o refresco. La carne más común para los guisados de la comida es la de pollo, pero también se hacen guisados de carne de puerco. En lugar de carne es común que se use queso, huevo o algunas verduras. Para el desayuno huevo, cereal, leche, pan, queso, fruta. A menudo, también los sobrantes del día

anterior se comen en la mañana. Por la noche fruta, pan, leche o café es lo cotidiano. Hay casos donde se hace un desayuno muy ligero, a veces sólo café con pan o tortillas, un almuerzo a media jornada de trabajo que tiene los mismos alimentos que el desayuno fuerte, y una comida al terminar el horario laboral a media tarde. Los horarios dependen en gran medida de las actividades laborales, la distancia entre la casa y el trabajo, el tipo de trabajo y la organización doméstica (Bourges y Casanueva, 2000: 182; Bertrán, 2010: 398- 399).

De hecho, desde los años sesenta se observó un aumento en el consumo aparente de grasas y azúcares (Bertrán, 2010) Según los datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (2003), el suministro de energía *per cápita* pasó de 2626 kilocalorías por habitante en 1965 a 3159 kcal/hb en el año 2000, de hecho desde los años ochenta la cantidad de energía disponible por persona en el país no ha bajado de 3000 kcal (Bertrán, 2010: 399), Reflejo de lo anterior es que en los sectores bajos el acceso reciente al *fast food* americano (hamburguesas, pizzas, sushi) permiten acceder a una nueva y moderna forma de vida, y en contraparte, el descenso del consumo aparente del frijol se redujo 44 por ciento de 1980 a 2021 (Rivera Dommarco, 2023).

Otras mediciones indican una reducción en el consumo de 30 por ciento; de leche de 25 % y de carne de alrededor de 20 % entre 1998 y 2022 (Rivera Dommarco, 2023:19). En nuestro país, entre 60 y 80% de la población de todas las edades consume poca fibra; entre 70 y 90 % de la población tiene consumos de azúcares añadidos por arriba de la recomendación; y entre 60 y 90 % consume exceso de grasas saturadas. (Rivera Dommarco et al, 2023: 31).

De igual manera, la pobreza se ha asociado a la obesidad, entre otras situaciones, por la sobre abundancia en el mercado de alimentos a bajo costo, pero con altos índices de azúcares y de grasas (Vizcarri, 2022). transformaciones sociales, ambientales y genéticas, entre ellas, la sustitución de la dieta tradicional mexicana, incorporando alimentos procesados, con elevada cantidad de grasas y azúcares, además de que los sectores más afectados son las personas pobres, de escasos recursos, quienes tienen acceso a alimentos de mala calidad. Aunado a trabajos sedentarios, uso de tecnología, actividades de ocio y recreación, TV y publicidad, entre otros (Vizcarri, 2022).

El proceso de transición nutricional en México ha conllevado al incremento de la disposición de alimentos procesados e industrializados con altos índices de azúcar, grasas y

sodio y bebidas azucaradas, así como de su promoción comercial. Además de los cambios en el consumo de comida rápida y alimentos preparados fuera del hogar en grandes sectores de la población y el decremento del tiempo disponible de preparación de alimentos en el hogar (Barquera, Campos y Rivera, 2013).

La producción de azúcares y endulzantes calóricos aumentó 121% y la energía proveniente de todos los azúcares se incrementó de 391 a 458 kcal/día por personas (Hernández, Munguía y Rivera Dommarco, 2018).

En el caso de los altos índices de consumo de bebidas azucaradas, las estadísticas indican “la introducción temprana de bebidas con azúcares añadidos probablemente tendrá un efecto de habituación de los niños a las bebidas dulces, lo cual se manifestará a lo largo de la vida” sumado a las altas tasas de ingesta de comida chatarra, como botanas, pastelillos y galletas (Rivera Dommarco et al, 2023:22).

También se modificó el sistema de abasto y de comercialización “los supermercados, las tiendas de conveniencia, los clubes de precios, las tiendas de descuento y las máquinas expendedoras” se posicionaron por sobre los tianguis y mercados (Hernández, Munguía y Rivera Dommarco, 2018:59) al igual que un aumento de espacios de comida para consumo fuera de casa.

4.3 El contexto sociopolítico y económico. Un panorama obesogénico

La economía mexicana sufrió varias transformaciones a lo largo del siglo XX con un impacto en las dos primeras décadas del siglo vigente. Después de salir de conflictos armados como la Revolución Mexicana y la Guerra Cristera, la activación financiera parecía compleja, Más aún después de la Crisis del 29, la Gran Depresión provocadora de un sinnúmero de quiebras financieras de los grandes consorcios norteamericanos, con un sensible impacto en la economía nacional, debido a que la mayoría de las inversiones en territorio nacional provenían del extranjero.

Durante la década de los 30, se produjo una reactivación económica detonante de un aumento del PIB y de los ingresos per cápita, así como un proceso de industrialización, acompañada de fenómenos sociales como el incremento demográfico ante la disminución de

la mortalidad infantil, la migración del campo a la ciudad, el crecimiento de las ciudades, la inversión pública en servicios de infraestructura y el surgimiento de la clase media.

En cuanto a las políticas económicas, se incrementó, de manera sustentable, la inversión en políticas sociales, la nacionalización de algunas industrias, así como la intervención del Estado en las mismas, en especial la del petróleo, fortaleciendo el mercado interno y propiciando el reparto agrario e impulso al campo mexicano, así como la seguridad alimentaria.

Por lo tanto, en este período histórico encabezado por Lázaro Cárdenas, se preparaban las bases socioeconómicas de un despegue de desarrollo enfocado en transicionar de un país de corte rural a uno con una faceta más industrial en el que los logros de la Revolución beneficiaran al mayor número posible de personas.

Con la Segunda Guerra Mundial y la Guerra de Corea se fortaleció la industria nacional, al sustituirse las importaciones con productos de manufactura nacional o al mayor cobro de aranceles de las importaciones, aunado a la expansión del mercado interno. Y la economía con el inicio de la utilización de las remesas enviadas a través del Programa Bracero, los precios a nivel internacional de las materias primas producidas en el país y la nacionalización de gran parte de las industrias clave, dando pie a la sustitución de las importaciones. De esta manera, durante la siguiente década hubo una estabilidad financiera considerable y sólida frente a la posible inflación, en conjunto con autonomía política y financiera.

A este momento se le denominó como desarrollo estabilizador, debido a que la estabilidad es una condición necesaria para lograr un crecimiento económico sostenido de largo plazo, siendo los objetivos de la política, la instauración de precios estables y un tipo de cambio fijo.

Hacia finales de la década de los 60 inició la debacle del sistema económico debido al incremento de la inflación, a la baja del crecimiento del PIB, al alza de los precios internacionales del petróleo, traducidos en el aumento del déficit presupuestario y la falta de recaudación fiscal y la insostenibilidad de las políticas sociales a causa de sus subsidios, provocando un endeudamiento sin precedentes, y la devaluación del peso frente al dólar en más de 50 por ciento.

Lo anterior provocó una convulsa década de los 70, caracterizada por el aumento de precios, el poco crecimiento económico, la apertura comercial a productos extranjeros, un bono demográfico significativo, la cancelación de ciertas políticas sociales y el constante endeudamiento público. En los últimos años, el hallazgo de más petróleo provocó un breve impulso económico, similar al de los años anteriores, pero la intempestiva baja del precio del crudo a escala global derivó en otra crisis hacia 1982.

Esta comenzó con otra devaluación del peso frente al dólar, llegando a casi 50 pesos por cada dólar, sumado a la imposibilidad de pagar la deuda externa, por lo que la quiebra era casi inminente. Al panorama, se sumó la nacionalización de la banca para evitar el retiro de los activos económicos y el aumento de las tasas de desempleo en más del 100 por ciento con respecto a los índices previos a la crisis económica.

En medio del cambio de la política internacional ante el derrumbe del Muro de Berlín y el fin del comunismo en varios países, el gobierno mexicano se ajustó a las políticas económicas promovidas por los Estados Unidos, entre ellas, la apertura de los mercados internos, la reprivatización de la banca, la privatización de algunas paraestatales, y la promoción del libre comercio, consistente en la ausencia del Estado para la regulación del mismo.

Al poco tiempo, se produjo otra crisis económica, derivada de una política antiinflacionaria enfocada en la sobrevaloración del peso para no perder terreno frente al dólar, así como en el sostenimiento de esta a partir de la emisión de bonos sin un respaldo. Las medidas causarían problemas financieros cada vez que se presentará una recesión económica en Estados Unidos. En el último año, de la segunda década de este siglo, se ha ganado cierto terreno frente al dólar, aunque con un crecimiento económico menor al seis por ciento.

La industria alimentaria consiste en “la transformación de productos para el consumo humano directo y pasa por lo menos por un proceso de transformación industrial al incorporar un insumo adicional a la materia prima agrícola” (Torres, 1997: 19), y a partir de la década de los 90 es parte del sistema agroalimentario del país, ciñéndose a los modelos económicos vigentes y a los estilos de vida y hábitos alimenticios del momento. Actualmente, esta rama de la industria se divide en once ramas, siendo la de la elaboración del pan y de las tortillas, de los lácteos, la de las bebidas no alcohólicas y la de otros productos alimenticios, que

incluye elaboración de botanas, la industria del café y té, elaboración de concentrados, polvos, jarabes y esencias de sabor para refrescos, elaboración de condimentos y aderezos, elaboración de postres en polvo, levadura, alimentos frescos para consumo inmediato las que más han incrementado su presencia en el mercado nacional y más han aumentado su manufactura y dividendos durante las últimas tres décadas (Hernández y Pérez, 2005).

Incluso, como señalan los autores, estas mismas han sufrido transformaciones en cuanto a la oferta de sus productos, como en el caso de la leche, que solía venderse en envases de vidrio o bolsas a ser empaquetada en tetra pack, adicionada y saborizada, además de explotar otros productos como el yogurt o los quesos. O el de la elaboración del pan, que paso de la venta en panaderías al empaquetado y la adición de nutrientes para el pan en caja, o en el caso de las tortillas, con la sustitución del maíz por harinas de maíz. Así como la de las bebidas, que se ha expandido por todo el país después de haber sido muy local, han ampliado sus redes de venta y distribución y de oferta de productos al incorporar agua embotellada, bebidas energizantes y jugos, entre otros.

En cuanto al consumo de alimentos, de 2012 a 2022 la población adulta mexicana ha mostrado una tendencia a la disminución en el consumo de leguminosas. Mientras tanto, el consumo de verduras y frutas no ha cambiado en 10 años, pero ha sido bajo según las recomendaciones de la dieta de salud planetaria, por lo que urgen estrategias que mejoren su consumo (Medina Zacarias et al, 2020; 131).

4.4 Políticas públicas y programas de acción

En el último tramo de la década de los 70, se ideó un prototipo de sistema alimentario para cubrir las necesidades de energía alimentaria de la población a través del aprovechamiento de los excedentes económicos derivados del petróleo, incrementándose la disponibilidad alimentaria en un 17 % (Ávila, 2018; 30), pero fue suspendido pocos años después.

Hacia finales del siglo XX, el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, como el Programa de Reforma del Sector Salud, establecía que “en nuestro país, trastornos propios de la pobreza, como las infecciones gastrointestinales, la desnutrición y las muertes maternas y perinatales, que afectan especialmente a los grupos de menores ingresos, coexisten con problemas relacionados con el envejecimiento de la población, el crecimiento económico y

los cambios en los estilos de vida, que se traducen en una mayor incidencia relativa de enfermedades crónico-degenerativas, padecimientos mentales, adicciones y lesiones” (DOF, 1996:2).

De ese sexenio señalaban como principal reto epidemiológico, la prevención y detección oportuna de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, asimismo del VIH, el tabaquismo, el consumo de alcohol, las adicciones en general, del cólera, el cáncer ginecológico y el cáncer de mama.

Esos mismo años, se publicó la NOM-174- SSA1-1994 para el manejo integral de la obesidad, estableciendo las líneas de acción a seguir para el tratamiento de la misma, elaborando un glosario, definiendo a la misma como “una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos” (NOM 174). Además de contener un glosario especializado y disposiciones generales y algunas específicas, así como el manejo médico, el nutricional y la atención psicológica y medidas preventivas para evitar las malas prácticas y la regulación de la publicidad.

A la par, se publicaron la NOM-015-SSA2-1994 para prevenir la diabetes, con algunas recomendaciones para el tratamiento de la misma, un glosario, una serie de etiologías y recomendaciones nutricionales y la NOM-030-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, estableciendo una serie de medidas y recomendaciones específicas para el tratamiento de la misma, así como las diferentes etapas y estadios de la enfermedad y su vínculo con la obesidad u otras condiciones de salud.

En el primer sexenio del nuevo siglo no se propusieron medidas o se establecieron políticas públicas al respecto ni se incorporó el tema al Plan Nacional de Desarrollo o se discutió en los espacios de opinión y de toma de decisión.

Durante la siguiente administración federal tampoco se establecieron objetivos, metas, estrategias ni medición de resultados específicos para sobrepeso y obesidad. Posteriormente, en el sexenio comprendido entre 2006 y 2012, se propuso regular la publicidad, el etiquetado de los alimentos y los sucedáneos de leche materna, además de

impulsar una política integral para la prevención y control del sobrepeso y la obesidad. Aunado a lograr que 45 por ciento de las personas con diabetes e hipertensión estuviera bajo control, el incremento de la detección de riesgo cardiovascular y diabetes en un 15 por ciento y la reducción en un 20 por ciento de la velocidad de crecimiento de la mortalidad asociada a la diabetes mellitus tipo 2 (Secretaría de Salud, 2007:131-133).

Al finalizar la primera década del siglo, se presentó el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria como una medida para contrarrestar la obesidad infantil, debido a que había un registro de un aumento de 40 % de los índices de la misma en menos de una década.

En 2012, la Academia Nacional de Medicina publicó el documento *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado. Trabajo de Postura*, con recomendaciones en varios rubros y el fortalecimiento del ANSA.

En este sentido, se consideró otorgar suficiente presupuesto para la implementación de las acciones y evaluación de las mismas; establecer metas, plazos y acciones para el cumplimiento de los objetivos por parte del sector privado, los gobiernos estatales y municipales, así como identificar mecanismos y procesos para su seguimiento y para la rendición de cuentas; establecer metas, plazos y acciones para el cumplimiento de los objetivos por parte del sector privado, los gobiernos estatales y municipales, así como identificar mecanismos y procesos para su seguimiento y para la rendición de cuentas; fortalecer las metas y acciones dirigidas a aumentar la actividad física en el hogar, la escuela, el trabajo, el transporte y el ámbito recreativo y fomentar la lactancia materna (Rivera Dommarco et al, 2012).

Por otra parte, se consideró necesario dotar al ANSA de un marco jurídico mediante reformas a la Ley General de Salud en diversos rubros como el etiquetado de alimentos o la elaboración de medidas efectivas para el control de la obesidad, la regulación de publicidad, entre otros aspectos. Así como, considerar un impuesto a refrescos y bebidas azucaradas con el fin de reducir su consumo y propiciar inversiones de carácter progresivo con efectos en la prevención y control de la obesidad (Rivera Dommarco *et al*, 2012).

En tanto que en el rubro de salud se propuso una campaña nacional de comunicación educativa, el aumento al acceso de la población a equipos multidisciplinarios que traten en forma eficiente la obesidad y sus comorbilidades, tratamiento de la problemática desde el

primer contacto, mayor especialización médica en la materia y certificación de la misma, así como de capacitación de educadores (Rivera Dommarco *et al*, 2012).

A nivel estructural se propuso elaborar una política nacional de prevención de como parte del Plan Nacional de Desarrollo, una ley para la prevención de la obesidad, con base en experiencias internacionales, guías de orientación alimentaria y nutricional, etiquetados nutrimentales de fácil lectura, garantizar el acceso al agua potable, promover la lactancia materna y fomentar la actividad física (Rivera Dommarco *et al*, 2012).

En 2013, el Plan Nacional de Desarrollo establecía que la Estrategia 1.2 tenía que instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes, la cual contemplaba campañas educativas, fomentar la alimentación correcta, promover la actividad física, un sistema de vigilancia para diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias y sobrepeso-obesidad, además de difundir información epidemiológica sobre obesidad y diabetes mellitus y detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios.

También, la estrategia 2.3.2, referente a hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud, indicaba que se debían instrumentar acciones para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes y la estrategia 3.4.2, con el objetivo de diseñar programas de actividad física y deporte diferenciados para atender las diversas necesidades de la población, con énfasis en la creación de un programa de actividad física y deporte tendiente a disminuir los índices de sobrepeso y obesidad (DOF, 2013).

Propuestas a las cuales se sumaba la Estrategia 3.7 enfocada a actualizar la regulación de alimentos y bebidas industrializadas, información a través del etiquetado, prohibir la publicidad de alimentos a la población infantil, regulación de cooperativas escolares y asegurar agua potable en las escuelas (DOF, 2013).

A la par, se dio a conocer la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, cuyo objetivo era “mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mexicanos, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus tipo 2, a

través de intervenciones de salud pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales” (Secretaría de Salud, 2013:55).

Sus pilares de trabajos eran: salud pública, atención médica, regulación sanitaria y política fiscal. En el primer rubro, proponiéndose la creación de un Observatorio de las Enfermedades No Transmisibles, generar información epidemiológica, promover la alimentación correcta a nivel individual y colectivo, la activación física, la participación comunitaria, la prevención de las enfermedades no transmisibles y la detección temprana de las mismas, facilitar el acceso a los servicios de salud y promover la mejora de los estilos de vida, (Secretaría de Salud, 2013:65).

Un año más tarde se modificó la Ley General de Educación para regular la venta de alimentos y bebidas en las escuelas, tanto públicas como privadas, en todos los niveles educativos, priorizado la disponibilidad de agua natural; cereales como el amaranto o la avena; leguminosas secas como garbanzos y habas; oleaginosas como las semillas de girasol, cacahuates y pepitas; frutas y verduras, y únicamente los viernes, algunos tipos de alimentos chatarra, considerados como tales por su carencia de fibras y vitaminas, alto contenido de azúcar, grasa o sal, e incorporación de aditivos químicos como colorantes y saborizantes.

Una de las primeras entidades donde se aplicaron esos cambios fue Tabasco, donde el poder legislativo tabasqueño reformó la Ley de Salud, la Ley de Educación y la Ley de Hacienda Municipal para impedir el suministro de estos productos a los menores, salvo que sus padres, madres o tutores legales lo permitan. También se prohibió la instalación de máquinas expendedoras en los centros educativos de nivel básico, así como en los hospitales públicos y privados, clínicas y centros de salud.

Además, se limitaba la publicidad de estos productos, ya que no podrán anunciarse dentro de un radio de 300 metros alrededor de centros educativos de educación básica y centros de salud y deberán pagar una tarifa aumentada en 25 % con respecto a los costos normales de publicidad para poder anunciarse en lugares autorizados.

En el caso de Oaxaca, se agregó a la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la entidad el artículo 20 bis. En este apartado, se prohíbe expresamente “la distribución, donación, regalo, venta y suministro a menores de edad de bebidas azucaradas y alimentos envasados de alto contenido calórico” en cualquier espacio, y de manera enfática en las escuelas públicas y privadas de educación básica y media superior y/o a través de

máquinas expendedoras. En la modificación se indica que las sanciones no aplican para madres ni padres, quienes podrían consentir el consumo de estos productos por parte de sus hijas e hijos.

En marzo de 2020, se aprobaron cambios a la Norma Oficial Mexicana 051, normatividad que se refiere a los etiquetados de alimentos y bebidas no alcohólicas, siendo el principal, la introducción de los octágonos negros de advertencia de exceso de grasas o de azúcares en los productos alimenticios y bebidas, además de la regulación de la venta de dichos productos en las escuelas y en sus entornos cercanos.

En una de las últimas evaluaciones realizada por un conjunto de especialistas de todo el país, bajo el título de *La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control*, se consideró que se deben actualizar y fortalecer el marco legal para la implementación de las políticas y programas de prevención y control de obesidad y para evitar conflictos de interés; promover un sistema alimentario que favorezca el consumo de dietas saludables y que minimice los impactos ambientales; incluir y reforzar las intervenciones para la prevención de la obesidad en etapas tempranas de la vida; implementar intervenciones para garantizar entornos alimentarios saludables, espacios recreativos seguros y educación alimentaria en las escuelas; fortalecer la regulación de la promoción y publicidad de alimentos y bebidas dirigida a niñas y niños; modificar el actual etiquetado frontal de alimentos y bebidas con base en las recomendaciones de expertos en nutrición y salud; mantener y fortalecer las medidas fiscales (impuestos/subsidios) para aumentar el costo de alimentos y bebidas no saludables y reducir el costo de alimentos saludables; facilitar y promover estilos de vida activos y mejorar los espacios públicos y el transporte para fomentar la actividad física; aumentar la detección y mejorar la calidad de la atención del paciente con obesidad y sus comorbilidades y desarrollar un plan de comunicación para cambio de comportamientos relacionados con sobrepeso y la obesidad, basado en evidencia, con enfoque en curso de vida y con alcance nacional (Rivera Dommarco, 2018).

En 2020, en noviembre, y después de ocho años, el Senado de la República aprobó por unanimidad la práctica de la cirugía bariátrica para la obesidad mórbida y sus comorbilidades, estableciendo como requisitos para ser candidato a este tipo de cirugía, ser

mayor de 18 años, haber fracasado en el tratamiento para bajar de peso, no tener dependencia a drogas y alcohol, no contar con seguro social y aprobar pruebas psicológicas.

El Programa Sectorial de Salud 2019-2024 se ha referido a la obesidad como una pandemia cuyas causas serían el acceso limitado e inequitativo a los servicios de salud, los estilos de vida insanos, la magnitud de la pobreza, y la falta de prevención y promoción de la salud.

En uno de los últimos llamados realizados por especialistas, con el objetivo de “identificar y resumir las acciones prioritarias en las que nuestro país puede enfocarse para hacer frente a un reto de salud pública creciente, complejo y multicausal, además de trabajar en su disseminación y discusión como vehículo para lograr un mayor consenso que contribuya a mejoras en el abordaje a todos los niveles” (Barquera et al., 2022:226), se consideró como urgente considerar a la obesidad como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial; abordarla desde un enfoque centrado en la persona; no estigmatizar a las personas consideradas con obesidad, y garantizar tratamientos accesibles y de calidad, basados en la mejor evidencia disponible.

Además de apoyar la investigación y la vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo, los determinantes de la obesidad (incluidos los sociales y comerciales) y los entornos alimentarios poco saludables; abordar los efectos del sistema alimentario en la salud humana y del planeta con un enfoque integral de sistemas complejos; asegurar la educación y un adecuado desarrollo de profesionales de salud; fortalecer las estrategias poblacionales para la orientación alimentaria y la comunicación; desarrollar un ambiente construido sostenible y promotor de entornos activos, y generar mecanismos para blindar el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas para la prevención y control de la obesidad de los conflictos de intereses comerciales (Barquera *et al.*, 2022).

Capítulo 5. La obesidad en el contexto microestructural

5.1 Características sociodemográficas de las personas participantes

Más allá de las instituciones y las políticas públicas, las personas consideradas con obesidad tienen sus propias lecturas al respecto, conformando sus criterios, estableciendo sus definiciones, construyendo sus parámetros, delimitando sus condiciones, e incluso, imponiendo sus propias barreras ante la situación. Si bien, todas ellas pueden estar influenciadas por las estructuras macro y mesosociales, sus propias trayectorias de vida y de padecimiento reflejan las formas en que asimilan lo anterior, pero también las reconfiguraciones y asimilaciones que hacen y recomponen conforme a ciertos escenarios y experiencias en su cotidianidad, en diferentes aspectos, entre ellos, la sexualidad.

En la investigación participaron dos hombres y dos mujeres radicadas en la ciudad de México, con un rango de edad de entre 20 y 40 años, cuyo criterio que los caracteriza es que en algún momento de su vida tuvieron un diagnóstico de obesidad por parte de un especialista. Conforme a lo establecido en el cuadro 5 del planteamiento metodológico, y el cual desglosamos con base en las características de cada participante, cada una o uno de los seleccionados cumplieron con los requisitos establecidos.

Cuadro 7. Personas participantes

Personas participantes en el estudio						
	Género	Edad	Diagnóstico previo	Residencia CDMX	Vida sexual activa	Recurrir a apoyo nutricional en alguna ocasión en su vida
Sol	Femenino	24	Si	Si	Si	Si
Nora	Femenino	26	Si	Si	Si	Si
Aldo	Masculino	25	Si	Si	Si	Si
Adrián	Masculino	34	Si	Si	Si	Si

Fuente: Datos propios, 2022.

Por lo tanto, participaron personas adultas radicadas en la capital mexicana, en pleno ejercicio de su sexualidad, con las trayectorias de haber pasado por algunos servicios nutriólogicos a fin de que metodológicamente se pudiera observar el impacto de los discursos médicos y estéticos y las políticas públicas en salud en las vidas de las personas, y en el cuidado de su salud sexual y reproductiva, es decir, a escala microsocia.

Algunas de las características sociodemográficas de quienes participaron en la investigación son las siguientes:

Cuadro 8. Características sociodemográficas

Características sociodemográficas de participantes					
Nombre	Edad	Domicilio	Nivel de estudios	Trabajo	Domicilio propio
Sol	Femenino	El Paraíso (Iztapalapa)	Licenciatura (Biología)	No	No
Nora	Femenino	Copilco (Coyoacán)	Maestría (Género)	Si	No
Aldo	Masculino	Santa Cruz Atoyac (Benito Juárez)	Maestría (Historia)	Si	Si
Adrián	Masculino	Campestre Churubusco (Coyoacán)	Licenciatura (Antropología)	Si	No

Fuente: Datos propios, 2022.

En tres de los casos, la residencia permanente es en la capital mexicana, mientras que, en uno, se combina el tiempo de estancia en la ciudad de México y el Estado de México conforme a la situación económica y a la apertura o cierre de oportunidades laborales o académicas.

El nivel mínimo de estudios de quienes participaron en la investigación es de licenciatura, ya sea titulados, o en proceso de la obtención del grado, y el máximo, es el de maestría. Quienes laboran lo hacen en campos relacionados con su área de estudios.

Las remuneraciones percibidas no son tan altas, pues en algunos casos son empleos de medio tiempo, sólo en el caso de uno de los entrevistados, su trabajo si es de tiempo completo. Salvo en uno de los casos, todas y todos los participantes mantienen cierto nivel

de dependencia económica. Hechos que se reflejan en la falta de un espacio propio para vivir y de seguir viviendo en el seno familiar.

Por las ubicaciones domiciliarias de las personas participantes, y en sí, su área de interacción social y de desempeño cotidiano, situamos la investigación en el centro sur oriente de la ciudad de México.

Historia de vida 1. Sol

Sol vive en la alcaldía Iztapalapa, muy cerca de los límites con el municipio de Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, en la colonia El Paraíso, a unas cuadas de la estación de metro Guelatao y de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Tiene 24 años y trabajaba como recepcionistas hasta unos días previos a la entrevista. Su peso era de 62 kilogramos y su estatura de un metro con 63 centímetros. A la par estaba en proceso de titulación de la licenciatura en Biología en la UNAM, después de terminar su servicio social.

Al momento de la entrevista se encontraba bajo un plan alimenticio, pero asumió que a lo largo de su vida había sido diagnosticada con obesidad. Vive con su padre y su madre y dedicaba aproximadamente cinco horas al día a sus actividades laborales, las cuales eran de medio tiempo por lo que sus ingresos económicos no eran muy altos. La razón de no tener un empleo de tiempo completo era la necesidad de contar con tiempo libre para la realización de su servicio social en línea y avanzar en su proyecto de tesis.

En un día en su vida cotidiana se levanta alrededor de las siete de la mañana, prepara su desayuno, realiza algunas labores del hogar como el lavar los trastes y tender la cama, para después tomar una ducha y arreglarse para salir de casa antes de las nueve. Cuando trabajaba solía llevar su maleta con ropa deportiva para pasar al gimnasio por la tarde noche un par de horas y cumplir con su rutina de por lo menos dos horas, aunque a veces se podría prolongar un poco más, dependiendo del esfuerzo físico que realizara.

A su retorno, dedicaba otras dos horas a realizar las labores asignadas en su servicio social por la vía remota, pudiendo realizarlas en cualquier momento del día sin tener que

cumplir un horario en específico. Al terminar sus tareas del servicio, preparaba su cena y un poco después de consumir los alimentos, se dormía.

Con ese ritmo de vida, consideró que podía tener un estilo de vida adecuado para el consumo de sus alimentos en los momentos adecuados, ya que contaba con tiempo para poder preparar sus diferentes comidas e ir al gimnasio.

Entre sus pasatiempos está el salir a caminar, ir a “bobear” a algún lado o ver alguna película o alguna serie, e incluso, estar con su familia y platicar.

Historia de vida 2. Nora

Nora vive en la alcaldía Coyoacán cuando permanece en la ciudad de México. El lugar donde renta está ubicado cerca del metro Copilco, en las inmediaciones de Ciudad Universitaria. Le gusta esa zona de la ciudad debido a la movilidad que tiene para dirigirse a diferentes puntos de su interés.

Ella es originaria de San Antonio La Isla, Estado de México, cerca de Toluca, y suele pasar parte de su tiempo en su localidad de origen cuando no tiene trabajo en la capital mexicana u obtiene algún empleo en poblaciones cercanas a su comunidad de origen, debido a que así reduce los gastos de su manutención, alojándose en la casa de su mamá.

Tiene 26 años y trabaja como facilitadora social en un hospital, y en ocasiones, tocando en grupos musicales o realizando alguna composición musical por encargo. Su peso era de 90 kilogramos y su estatura de un metro con 63 centímetros. Al momento de la entrevista vivía con su madre y dedicaba ocho horas al día a sus actividades laborales, en poblaciones cercanas a su poblado de origen por lo que no acudía a la ciudad de México de manera frecuente.

Durante el período de la investigación, trabajaba en un proyecto al interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, pero sin una base y un horario específico por lo que cubría turnos en varios hospitales en distintos turnos, y en diferentes comunidades. Situación que le impedía tener una rutina diaria específica ya que sus actividades dependían del horario y la unidad asignada, pues algunas sedes se localizaban a más de una hora de su casa. En otros casos, cubría turnos de 24 horas, imposibilitándole el consumir alimentos de su predilección y gozando de pocas o nulas horas de sueño. Ella consideró que su situación

laboral afectaba en su alimentación, su sueño y otras cuestiones vinculadas directamente con su salud.

En sus tiempos libres le gusta hacer actividades relacionadas con la música, en específico la composición de canciones, o de corte creativo, como pintar o alguna otra actividad artística plástica. También salir a andar en bicicleta, ver series y películas.

Historia de vida 3. Adrián

Adrián vive en la alcaldía Benito Juárez, en el pueblo de Santa Cruz Atoyac, a espaldas de Plaza Universidad y otros centro comerciales e inmobiliarios que han inundado la zona delimitada por la avenida Cuauhtémoc y el Eje 7 A Sur Emiliano Zapata, pero que aún conserva ciertas organizaciones comunitarias, aunque él no necesariamente participa en ellas.

Tiene 34 años y trabaja en una institución cultural dentro de la UNAM enfocada a la divulgación de las humanidades. Su formación de licenciatura y de maestría es de historiador. Su peso era de 81 kilogramos y su estatura de un metro con 70 centímetros. Vivía solo y dedicaba alrededor de ocho horas al día a sus actividades laborales por lo que tiene un empleo de tiempo completo cuya remuneración le permite una autonomía económica e independencia.

Debido a la cercanía de su centro laboral con su domicilio, en un día en promedio se levanta alrededor de las siete de la mañana, se prepara un café y un poco de fruta y se desplaza hacia su fuente de empleo en transporte público, ya que su tiempo de desplazamiento promedio es de media hora.

En su espacio laboral suele enfocar a sus tareas del día alrededor de unas cuatro horas, acompañadas de un café. Posteriormente, sale a caminar un poco y tomar algún refrigerio como tacos o algo similar, para no comer algo más hasta la tarde que llega a casa. Regresa a su espacio laboral y continúa sus labores hasta pasadas las tres de la tarde, y dependiendo de la carga de trabajo, se retira a su hogar a esa hora o a más tardar, a las cinco de la tarde.

Al igual que por la mañana, regresa a su hogar en transporte público, y refiere que a esa hora del día tiene mucha hambre por lo que la primera actividad que realiza al retornar a casa es comer. Dependiendo de su disponibilidad de tiempo decide entre preparar o encargar algo a domicilio. Cuando él se cocina suele procurar combinar vegetales con alguna proteína.

Sus alimentos de la tarde los suele consumir viendo la televisión. Posteriormente, toma una siesta, para después realizar algunas cuestiones laborales, o en caso de no tener trabajo, jugar un videojuego o esperar la visita de su novia, con quien cena varias veces a la semana. Debido a que participa en un equipo de fútbol, al menos dos días a la semana acude a los partidos y regresa a su casa a bañarse, cenar, relajarse y dormir. Los días que no acude a realizar ejercicio, visita a su novia. En sus tiempos libres le gusta leer, jugar videojuegos, y ver películas.

Historia de vida 4. Aldo

Aldo vive en Coyoacán, en la colonia Campestre Churubusco. Tiene 25 años, su peso era de 94 kilogramos y mide un metro con 72 centímetros. Vive con sus papás. Al momento de la entrevista trabajaba como asistente de investigación en El Colegio de México y redactaba su tesis para finalizar su licenciatura en antropología en la UNAM, dedicando a ambas actividades más de ocho horas al día. En algunas ocasiones, también dedica tiempo a realizar labores editoriales como corrección de estilo, siempre y cuando su tiempo se lo permita, pues su prioridad es finalizar su tesis lo más pronto posible.

En un día en promedio se levanta entre las siete y las ocho de la mañana. Su desayuno es variado, pues en ocasiones, si tiene mucha prisa, sólo toma un café en 10 minutos. Con más tiempo, también se prepara un plato de avena o algo más “sustancioso”. Para él, consumir los alimentos con calma es importante, por lo que prefiere levantarse un poco más temprano para tener tiempo de desayunar. El cual, considera que puede ser de entre media hora y una hora para disfrutar de sus alimentos. No sólo el desayuno, sino cualquiera de sus comidas, almuerzo o cena.

En el caso de la comida, dependiendo de sus horarios, consume sus alimentos en el comedor de la institución donde labora actualmente o en su casa. Por lo regular, entre semana lo hace más en el comedor institucional, en el que, asegura, muchas veces la calidad de los alimentos no es la mejor, pero es preferible realizar ahí su comida a salir a los puestos de la zona donde sólo se consiguen tacos, tortas, quesadillas y gorditas y las opciones más saludables son más caras.

Durante los fines de semana, suele comer en casa y dedicar un tiempo considerable a la comida, pues hasta gusta de acompañar sus alimentos con alguna bebida alcohólica y de platicar con quienes comparte los alimentos.

Por la noche, sus hábitos cambian como consecuencia de una mayor disponibilidad de tiempo libre. En primer lugar, tiene posibilidades de prepararse los alimentos, y una vez listos, realizar algunas actividades de esparcimiento como ver algo en el teléfono, ver videos, observar una serie y comer mientras lo hace. En caso de que lo haga acompañado, no realiza otras actividades para poder convivir con las demás personas.

Los fines de semana suele dedicarlos a la práctica de senderismo y montañismo, actividad física que comenzó a realizar durante sus estudios universitarios. Por lo que, suele ausentarse de la ciudad varias ocasiones al mes para asistir a sesiones de entrenamiento. En caso de no salir de la ciudad, prefiere salir con algunas amistades, leer, jugar videojuegos o estar en redes sociales.

5.2 ¿Cómo me percibo? Obesidad, cuerpo, identidad y género

La autopercepción con respecto al propio cuerpo, el establecimiento de un cuerpo deseado, tal vez “ideal”, la definición propia de lo que se considera o no como obesidad, el saber que partes del cuerpo se desearían cambiar para poder ceñirse más a la autoconstrucción de las dimensiones corporales ideales, el establecer que cuerpos del sexo contrario o del mismo son deseados, establecer el por qué se construye cierta autopercepción corporal asociada al peso son parte de los aspectos revisados en este bloque.

Lo anterior en respuesta a lo planteado con respecto a la falta de datos en las estadísticas oficiales sobre las formas en que las personas se perciben a sí mismas con respecto a su cuerpo e imagen y a la urgencia de dar voz a quienes han sido diagnosticados con obesidad a fin de conocer sus propias elaboraciones discursivas, pero también, como han aterrizado en su vida cotidiana, en el cuidado y la construcción de su cuerpo, los discursos biomédicos y estéticos sobre los valores ideales para los cuerpos perfectos.

Sol consideró que siempre ha sido robusta, debido a que se lo han enfatizado desde niña, le gustaría verse más delgada y ha tratado en enfocarse en lograrlo en los últimos meses de su vida

“Siempre he tenido como ese problema con mi peso, he tenido una complejión robusta, entonces ahorita si, ahorita que como que tengo el, cómo decirlo, la

solvencia o la capacidad de poder mejorar esa parte pues sí, estoy en eso” (Sol, entrevista, 12 mayo 2022).

Incluso a la pregunta sobre qué cambios realizaría a su cuerpo, indicó que la delgadez es muy importante para que ella se sienta bien. Por eso, la parte que desearía modificar de su cuerpo es el abdomen. Para lo anterior, trabaja constantemente en el delineado de su cuerpo a través de la actividad física.

Me inspira, a lo mejor, no estar en un peso ideal, pero si desafiarse a mi cuerpo y ver todo lo que yo puedo hacer. Por ejemplo, definir más mis brazos, mejorar la masa muscular de mis piernas, y, sobre todo, mantener mi estado de ánimo hasta como ahora lo llevo, como que ir mejorando y seguir gustándome esa imagen que veo en el espejo (Sol, entrevista, 12 mayo 2022).

El tipo de cuerpos que ella desea son de hombres con “espalda grande porque tienen músculos, o brazos grandes que se ven musculosos, que se ven marcados, que se ven trabajados, o las piernas que se vean trabajadas”, ya que los cuerpos delgados no son de su total simpatía.

Nora no duda en afirmar que tiene obesidad pues “es el diagnóstico” que todos los médicos le han dado. Le gustaría verse más delgada y tener un poco más de altura, pero no se sometería a ningún tratamiento estético o tomaría medicamentos o algún otro remedio para poder lograrlo. Para ella, la condición de mujer impacta directamente en la forma de autopercepción o de delimitar una imagen corporal, pues “hay muchos estereotipos de belleza, y las mujeres tenemos que cumplir con estereotipos más rígidos”.

Sin embargo, en este momento de su vida, no privilegiaría el lograr o alcanzar la delgadez de su cuerpo a algún costo o con algún sacrificio.

En este momento ya no me enfocaría en esos cambios de delgadez, más bien me concentro en estar un poco más saludable, pero a nivel corporal, ya me siento mejor con mi cuerpo (Nora, entrevista, 17 abril 2022)

El tipo de cuerpo de su deseo son altos, ya sean hombres o mujeres. En el caso de los hombres, que tengan una corporalidad similar o un poco mayor a la suya, el cabello largo y las manos anchas. En el de las mujeres, rasgos un poco más andróginos y cabello corto.

Adrián se asume como una persona con sobrepeso, ya que, a su parecer, su Índice de Masa Corporal, aún no llega a los valores numéricos en los que se consideraría que podría

tener obesidad, o al menos eso piensa, pues asume tener algunos kilos “extra” pero no los necesarios para ser considerado como un hombre con obesidad. Le gustaría verse más delgado, pero no se sometería a algún tratamiento médico o quirúrgico, sólo dieta y activación física. Su postura está sustentada en una experiencia traumática de una persona cercana a él. Así la recuerda,

Cuando estaba en la prepa tenía un amigo con obesidad que se sometió a una operación del engrapado de estómago y murió y de ahí quedé como la verdad como muy shockeado con eso así que honestamente nunca lo haría” (Adrián, entrevista, 7 julio 2022).

Más que desear tener un cuerpo delgado, su interés radica en una corpulencia construida a base de ejercicio y activación física.

Me gusta ser esbelto o sea como grueso de espalda ancha. Me gusta tener rasgos muy masculinos en mi cuerpo. Honestamente es algo que me agrada, estar musculoso (Adrián, entrevista, 7 julio 2022).

El tipo de cuerpo que él desea es delgado, entre delgado y rellenito, y tatuado. Reconoce que si fuera muy gordito o muy delgado no sentiría atracción. También privilegia la juventud por sobre los cuerpos adultos.

Aldo afirma que es una persona con obesidad debido a que los médicos se lo han diagnosticado constantemente desde hace años, aunque cuestiona que sea estrictamente obesidad, sino más bien, sobrepeso

Recibí varias veces ese diagnóstico de manera recurrente cuando iba al doctor. De joven, o de niño tuve ese diagnóstico por bastante tiempo. Últimamente no me han diagnosticado propiamente con obesidad, la verdad es que desconozco el parámetro técnico, pero si me han diagnosticado con sobrepeso. No sé médicamente cual sea la diferencia (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Aldo no se sometería a algún tratamiento médico para cambiar su peso corporal ni tomaría alguna sustancia que los ayudara a lograrlo. Incluso, cuestiona el tener obesidad como tal, ya que, si bien considera que su peso corporal no corresponde con su estatura, como se lo han explicado en múltiples ocasiones, tampoco cree estar en una situación extrema que le desencadene alguna enfermedad o alteración a su metabolismo.

Yo tengo entendido que existe el índice de masa corporal y que siempre me diagnosticaban con sobrepeso por mi talla y mi estatura. Siempre he pesado más

de lo que según se estipula que debo de pesar acorde a ese índice. Pero te diría que, si la obesidad es algo negativo, no la tengo porque al final de cuenta pues yo trato, sobre todo en los últimos años de tener una vida más sana (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

En estos momentos, su aspiración no es tener un cuerpo delgado ni someterse a tratamientos extremos para poder lograrlo. Por el contrario, sólo desea no tener un excedente considerable de peso, pues con experiencias anteriores, su salud estuvo en peligro.

Uno percibía que un cuerpo delgado era el cuerpo a aspirar, pero he trabajado justamente en que no precisamente debo tener un cuerpo así, delgado. Es lo más ideal, pero, no mencione que en algún momento de mi vida si aspire a tener un cuerpo delgado y fue un proceso, pues muy fuerte, porque sí fue un impacto fuerte para mi salud. El dejar de comer o según hacer ejercicio, pero sin un plan adecuado de nutrición. Eso fue en mi adolescencia, en mi temprana adolescencia, y digamos que pase por esta etapa de, de llevar al extremo esta aspiración de ser delgado y que al final término en algo que perjudicó mi salud. Entonces, ahorita no es como que aspire a tener el cuerpo delgado, más bien lo que yo quiero, es poder hacer con mi cuerpo los objetivos que me propongo, y ya pues como se vea es algo secundario (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

En su caso en particular, no tiene preferencia por algún tipo de cuerpo en específico, ni con ciertas características o perfiles concretos. Más bien, está abierto a la diversidad corporal y al surgimiento de empatía y a la salud.

Yo siempre he pesado más de lo que según se estipula que debo de pesar acorde a los índices, pero te diría que si es la obesidad algo negativo pues te diría que no la tengo porque al final de cuenta pues yo trato, o sea con los últimos años pues he tratado de tener una vida más sana, pero pues si no se, cuál sería el parámetro para determinar qué es obesidad y que no, en los cuerpos (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Las cuatro personas participantes en la investigación han coincidido en un diagnóstico biomédico de exceso corporal, el cual sea introyectado a lo largo de sus vidas, en el sentido que, como parte de su autopercepción corporal, asumen que su peso corporal está fuera de la norma establecida en el ámbito de la salud. En sí, las y los cuatro se asumen como personas con sobrepeso, al considerar que, si bien sus cuerpos no se ciñen a los parámetros consensuados a nivel médico, tampoco consideran que sus situaciones sean extremas o requieren de una intervención urgente.

Las posibilidades de modificación de sus cuerpos están latentes. En los casos de las mujeres, si hay un deseo expreso de hacerlo, pero también, Nora cuestionó la exigencia de

cuerpos femeninos más delgados, por lo que el género es un aspecto a tomar en cuenta en la construcción corporal. Incluso, refirió que más allá de la búsqueda de un cuerpo delgado, su deseo es un cuerpo con el que se siente bien física y emocionalmente para poder llevar a cabo su plan de vida. En los de los hombres, ambos coincidieron en una reducción de peso, pero sin aspirar a una delgadez como tal. En uno de los casos, la robustez no representa un problema de imagen corporal, por el contrario, es deseada, con algunos kilos menos, pero sólo eso.

A nivel autopercepción, no hay la consideración de la obesidad como tal, incluso, en uno de los casos, el de Aldo, se cuestiona la definición como tal debido a un desconocimiento de los valores biomédicos establecidos y sus cambios.

5.3 Participantes y sus trayectorias del padecimiento. La experiencia de vivir la condición de obesidad

El saber cómo han vivido la experiencia de ser personas consideradas con obesidad, las formas en que han sido atendidas, ya sea por profesionales de la salud o por especialistas alternativos, las emociones vividas durante los procesos de atención, los intentos por reducir el peso corporal, la percepción de los mecanismos de ayuda en cuanto a su eficacia o insuficiencia, el cómo los discursos biomédicos aterrizaron en sus procesos de solicitud de apoyo y el por qué se llegan a pedir son parte de los puntos revisados en este apartado, cimentado en los testimonios recabados en las entrevistas relacionados con la asistencia con algún especialista y el recibimiento de un diagnóstico de obesidad.

Por esa razón, se parte del itinerario diagnóstico, comprendido como “aquella fase de la trayectoria de atención en la que se identifican los primeros síntomas, se busca la explicación causal asociada a determinada entidad nosológica, se consultan uno o varios profesionales, que pueden –o no– instrumentar pruebas diagnósticas y/o terapéuticas a fin de establecer interpretaciones profesionales o diagnósticos tentativos o provisionales respecto de la condición de enfermo, hasta llegar al establecimiento del diagnóstico correcto o definitivo” (Osorio, 2017, 214) y se continua con la noción de trayectoria en el sentido de conocer las acciones tomadas y vividas por cada una de las personas después de saber su diagnóstico, así como las formas en que lo ha asumido y su percepción sobre la atención ofrecida y recibida a partir del mismo.

En el caso de Sol, al momento de la entrevista llevaba cuatro meses bajo un régimen alimenticio y había bajado de peso de 74 kilogramos a 62. Consideró que nunca había tenido obesidad, pero sí sobrepeso. Por esa razón, ha acudido en dos ocasiones con algún especialista. La primera vez con un nutriólogo, y en esta segunda ocasión, con una persona que se dedica a entrenamientos especializados y acondicionamiento físico en los gimnasios. Sobre su primera experiencia, consideró que la atención del nutriólogo fue “insana” debido a que le quitó muchos alimentos “de un jalón” y no sintió resultados efectivos. En la experiencia vivida al momento de la entrevista consideró que estaba siendo más efectiva por no ser tan tajante sino estar estructurada “por pasos”, permitiendo, desde su perspectiva, un mejor acoplamiento a la dieta, que combinada con ciertas rutinas de entrenamientos la hacen sentir mejor al bajar de peso más rápido.

Una de las causas por las que aduce haber subido de peso en los últimos años está relacionada con cuestiones hormonales. Cuando terminó su tratamiento nutricional, decidió ponerse un implante hormonal, situación que le impidió continuar bajando de peso, por el contrario, incrementó su peso sin importar el tipo de alimentos o de bebidas consumidas. “Subía de peso, casi casi por respirar”, refiere con respecto a su experiencia de peso corporal de los últimos años. Más bien, asume que su estructura ósea es gruesa y presenta una tendencia natural a acumular grasa.

A pesar de asistir de manera constante al gimnasio por dos años, fue hasta que se retiró el implante que logró los resultados deseados. Aun así, al preguntarle sobre si está conforme con su cuerpo en este momento, asintió que puede mejor todavía más en aspectos como “definir más mis brazos, mejorar la masa muscular de mis piernas, y sobre todo mantener mi estado de ánimo hasta como ahora lo llevo” (Sol, entrevista, 2022).

Si bien tuvo cuestionamientos a la primera atención recibida, por parte del nutriólogo, insiste en que en esta segunda ocasión los resultados obtenidos son mucho mejores, pues

Me ha ayudado más a, a conocerme, aprender a hacer bien las cosas y no solamente dejar de comer por comer o de sentir culpa, sino que ha logrado el objetivo de equilibrio. A lo mejor puedo comer hoy unos tacos y no pasa nada, y los días posteriores puedo seguir con una dieta y todo bien y equilibrarlo con el ejercicio (Sol, entrevista, 12 mayo 2022).

En cambio, en la primera ocasión, si bien bajo de peso,

Cuando termino el tratamiento me empezó a dar como ansiedad por comer, dejé de comer muchas cosas por mucho tiempo, entonces cuando las volví a probar, yo ya no tenía un autocontrol, más lo de las hormonas que me generaban ansiedad por estar comiendo, fue un desastre (Sol, entrevista, 12 mayo 2022).

Por lo tanto, consideró que su experiencia con el nutriólogo no fue satisfactoria, más bien resultado contraproducente en el sentido de que el peso perdido fue recuperado rápidamente y las medidas restrictivas asociadas a la dieta provocaron un estado de estrés y de ansiedad.

Nora asumió que tiene sobrepeso. Ella ha acudido a los servicios de nutrición del Instituto Mexicano del Seguro Social debido a que se le ha diagnosticado colitis y gastritis por lo que lleva una dieta muy específica. Complementa estos servicios con atención psicológica, gastroenterología, ginecología y reumatología, debido a la condición de salud por la pasa en estos momentos.

Su diagnóstico es de moteado grueso, que como ella misma explica “es un problema congénito y mis defensas por lo general siempre están muy bajas y tengo que llevar a cabo por lo general dietas cuando me lo detectaron yo tenía anemia a pesar de que tenía sobrepeso” (Nora, entrevista, 17 abril 2022). Pero para poder tener certeza de lo que ocurría en su cuerpo fue con muchos médicos, los cuales le diagnosticaron gastritis, colon irritable, ansiedad y depresión, sin darle un resultado más certero. Por lo que parte de su problemática actual deriva de esta serie de pasos inciertos.

Sobre su experiencia con la atención nutricional, no la considera muy efectiva, ya que ha vivido situaciones como que

Daban por hecho que yo me alimentaba de manera inadecuada porque tengo sobrepeso y obesidad y me daban dietas muy invasivas que luego me hacían más daño por los padecimientos que tengo (Nora, entrevista, 17 abril 2022).

A la vez, percibe que las atenciones y los apoyos no han servido porque sólo son dietas generales, para todo tipo de cuerpos, y no hay una atención especializada. Suelen incluir alimentos a los que no están acostumbradas las personas a comer y no lo hacen ante la carencia de ese hábito. Y, además las consultas son muy breves y rápidas, sin poner mucha atención a la persona.

Para ella, los factores que han provocado el aumento de su peso corporal están relacionados con la genética, pues varios integrantes de su familia también presentan está

condición y a la falta de una educación alimenticia y de mejores hábitos alimenticios, ya que, a pesar de contar con asesoría nutricional constante, no ha podido cambiar ciertos hábitos. Así lo explica,

Yo siempre me he alimentado bastante bien porque como he tenido muchos problemas de salud y tengo que llevar a cabo dietas, conozco que alimentos me hacen daño, pero algo que, si llego a consumir mucho y me cuesta mucho trabajo dejar, son los dulces entonces eso ha sido también un detonante para que me cueste para bajar de peso (Nora, entrevista, 17 abril 2022).

Los apoyos nutricionales no han dejado satisfecha a Nora, quien reconoció que, a pesar de la situación, no ha recurrido a terapias alternativas para bajar de peso ni a la ingesta de medicamentos o de otras sustancias para poder lograrlo. Sólo trata de consumir los alimentos que están a su alcance de una manera más proporcionada y balanceada.

Adrián ha recurrido en tres ocasiones a un nutricionista ya como adulto y una vez como niño. Como infante, su mamá lo llevaba para que ganara peso corporal y mejorara su talla, debido a que era un niño delgadito y chaparrito. De esa época, recuerda que le daban muchos suplementos alimenticios tipo *ensure* para ganar peso y aumentar su corporalidad.

En su etapa adulta, en dos ocasiones fue en un hospital privado. Su primera experiencia fue a los 17 años debido a que se “sentía un poco gordito” y su novia de aquella época se lo recalaba constantemente. Entonces, ante su deseo de estar más delgado, buscó el apoyo nutricional. Esta primera experiencia no le gustó por el trato que le dieron.

En la segunda ocasión, decidió aprovechar los servicios de salud otorgados por su fuente laboral. Si bien consideraba que no era necesario, debido a que estaba conforme con su peso, decidió aprovechar la gratuidad del servicio. Con respecto a esta experiencia, externó su conformidad debido a que la especialista

Te hacía una bitácora de comidas y te enseñaba a calcular tus porciones de alimentos para mantenerte en tu peso o bajar de peso, esa vez si fui para mantenerme en mi peso y con la idea de comer mejor (Adrián, entrevista, 7 julio 2022).

El motivo por el que dejó de asistir fue su decisión, pero indica que aprendió mucho sobre los efectos de la alimentación en el cuerpo y las formas de consumir alimentos.

En su tercera experiencia, acudió por una afección gastroenterológica debido a que por una hernia hiatal presenta mucho reflujo y agruras. “Si no controlo bien mi alimentación y como muchos irritantes o muchas grasas o tomo mucho alcohol, me duele y la sufro

bastante en la noche y demás momentos del día” (Adrián, entrevista, 7 julio 2022). En este proceso de atención, pidió que también se le supervisará nutricional. Sin embargo, le fue difícil mantener el control requerido y se sintió “aburrido”. Al igual que la vez anterior, aprendió a mantener las porciones de lo que debía de comer en la semana o preparar su comida de distintas formas. Uno de los puntos que ha tenido en su contra es que se consideró como “comelón” y repite muchas porciones.

Sobre las causas por las que intuye haber subido de peso, refiere directamente a la pandemia por Covid19 y a su autodisciplina. En el caso de la pandemia, narra que

Antes de la pandemia en realidad yo no le ponía mucha atención a mi alimentación es decir que comía casi lo que quería y a las horas que quería. Podía tener consecuencias en mi salud, como lo del esófago que es lo que te decía, pero yo no sentía que afectara mi peso, me gustaba mucho mi peso corporal, me sentía fuerte, atlético, y yo sentía que hacía tanto ejercicio, que no importaba el control que tuviera sobre la comida porque siempre quemaba toda esa grasa extra. Así me sentía, entonces llegó la pandemia y todos esos años estuve encerrado en mi casa y no hice gran cosa, pues subí mucho de peso. Como que me deprimí y me afectó mucho la autoestima, ya no me sentía como me sentía antes definitivamente (Adrián, entrevista, 7 julio 2022).

El apoyo nutricional en varias ocasiones le ha permitido conocer el manejo correcto de sus porciones de alimento, la distribución diaria de sus comidas, las formas en que puede combinar los alimentos, la frecuencia de su consumo, entre muchos otros aspectos. Sin embargo, considera que el mejor resultado obtenido con respecto a la disminución de su peso corporal ha sido el ejercicio intenso y constante. Por lo que los apoyos nutricionales los considera útiles en cuanto a la adquisición de conocimientos, pero con resultados medianos.

Aldo ha sido diagnosticado con sobrepeso desde niño, y mencionó que siempre que va al médico le reiteran su diagnóstico. Aunque también argumentó que no le ha quedado del todo claro todo debido a que no le han dicho propiamente que tiene obesidad, pero si sobrepeso, pero para él, no ha quedado clara la línea de separación entre ambos conceptos.

De chico me mandaron con un pediatra que me mandó con una nutrióloga y ya de ahí desde que me dieron un plan de alimentación, pero la verdad es que no, no prosperó mucho tiempo porque ya ni me acuerdo la verdad que fue lo que me cambiaron. Pero yo por mi cuenta no, que yo vaya seguidamente, no (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

En una segunda ocasión, volvió a recurrir con un especialista, pero en esta vez, no fue de la nutrición, aunque sí tuvo injerencia en su dieta y sus hábitos alimenticios.

Fui al alergólogo también y ahí si fue más estricto con algunas cosas que me causaban alergia. En ese momento me quitaron muchas cosas porque me causaban alergias desde frutas hasta algunas comidas. No me acuerdo muy bien de las comidas, pero sí de las frutas que no podía comer, y digamos que ese ha sido, lo más extremo que tuve que cambiar en mi alimentación. Pero recuerdo que no funcionó porque no seguí, digamos en ese proceso (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Actualmente, no acude con ningún especialista de la nutrición, pero admite que sigue algunos consejos de sus compañeros del club de senderismo al que pertenece desde hace varios años.

La asociación es un espacio de formación en el que te instruyen, entonces, parte de esta formación es la alimentación, te recomiendan ciertos, pues ciertos alimentos para poder tener más energía para hacer las actividades, y digamos entre los mismos compañeros pues nos pasamos como tips de comidas, recomendación nutritiva digamos que por ejemplo para las salidas de campamento hay gente que tiene mucho ingenio para llevar comida y preparar y así entonces he adoptado muchas recomendaciones de ese tipo (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Sobre esta experiencia de modificación a ciertos hábitos alimenticios y la adecuación de su dieta para el desarrollo de actividad física compartió que

Yo no sentía un cambio como tal, pero sí en cómo yo me sentía en la salud, en la energía que tenía, siempre estaba ahí cansado, entonces pues poco a poco pues tratando de, a veces nos llega este sentimiento de que podría ser más esbelto si no comiera tanto ¿no? o si no estuviera comiendo esto o lo otro y como que siempre está esa espinita de querer a aspirar a un cuerpo pues digamos, más “estético”, pero sí digamos que yo me siento bien adoptando estos hábitos que te decía, y pues no necesariamente tengo que aspirar a tener este cuerpo pues este que nos han dicho que es el sano por así decirlo (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Incluso, no descarta recurrir en algún otro momento de su vida a los servicios de nutrición, aunque con cierta cautela ante la posibilidad del funcionamiento de los mismos

Desconociera si ahorita voy con un nutriólogo o una nutrióloga, si me funcionaría ahorita con más consciencia de esta cuestión, pues a lo mejor y sí, por eso no me cierro a la posibilidad de ir con una nutrióloga o un nutriólogo (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

En general, las cuatro personas participantes externaron cierto recelo sobre los servicios de nutriología, ya sea en instituciones públicas o privadas. Las expectativas puestas en estos no fueron del todo satisfechas, e incluso, hubo ciertos grados de insatisfacción. La mayoría

considero que sus problemáticas en particular no fueron resueltas o que los esquemas de tratamiento eran inflexibles, dando pie a la falta de adherencia o al abandono de la atención. En ninguno de los casos se reportó empatía por parte del personal de nutriología ni tampoco el uso de algún recurso extraordinario coadyuvante de la estrategia de intervención. La mayoría coincidió en que el mayor provecho de dichas consultas recayó en la información dada para poder establecer una dieta más balanceada, aunque en ninguno de los casos ha sido implementada como tal.

En dos casos, el de Nora y el de Aldo, consideraron mayor eficacia en el uso de alternativas nutriológicas, recomendadas por personas dedicadas al deporte, que por parte de especialistas en la materia. Incluso, junto con el caso de Adrián, los tres coincidieron en que la práctica de activación física de manera constante, y con cierto nivel de intensidad, puede traer más beneficios, que únicamente la modificación de patrones alimentarios, pues, sus experiencias de vida les han mostrado que, mediante la realización de ejercicios físicos, sin necesidad de realizar algún cambio de alimentos, les permite reducir su peso corporal y ceñirse más a las formas en que desean moldear sus cuerpos.

5.4 ¿Cómo me perciben? Biopolítica y obesidad

En los cuatro casos estudiados, las personas refieren haber sido etiquetadas como “gorditas”, “robustas”, “de huesos anchos”, entre otros calificativos, debido a las formas de sus cuerpos y a sus pesos corporales. Comentarios que les han acompañado a lo largo de su vida y han significado algunos episodios trascendentales en la misma, o más bien, traumáticos e incómodos, llevándoles, en algunas situaciones, a tomar decisiones drásticas sobre sus cuerpos.

Parte de esta perspectiva deriva de las nociones del establecimiento de medidas corporales ideales, del discurso de un cuerpo ligero como un cuerpo saludable e ideal, de un modelo estético a seguir, de la medicalización del peso corporal a través de la asociación del aumento de peso corporal con la enfermedad sostenidas a través de un discurso de control de los cuerpos mediante el cual se toman medidas al respecto como la elaboración de políticas públicas, la emisión de alertas epidemiológicas, la constante asociación de la obesidad como causal de enfermedades, la exigencia de la reducción de peso corporal y la oferta de un sinfín

de opciones para lograrlo a través de múltiples formas, aunque la mayoría de ellas no ofrezcan resultados viables o sus métodos sean muy cuestionables.

Es a través de estas experiencias a nivel individual en las que se ve reflejada la instauración de un aparato biopolítico vigilante de la salud óptima, de los cuerpos ideales y los estéticamente correctos con el objetivo de responder a una macroestructura exigente de ciertos tipos de cuerpos conforme a las necesidades de las dinámicas socioeconómicas, sin que estas necesariamente tengan un alcance para todas las personas o haya una viabilidad para su logro o su alcance.

Por lo que el peso corporal se ha convertido en una de esas tecnologías por las cuales se establecen ciertos mecanismos de sujeción biopolítica en la que el interés por el control poblacional es evidente en el sentido de establecer una normatividad por cumplir a fin de corroborar el éxito de un estilo de vida promovido por el sistema económico vigente, entre cuyas paradojas, está el poder ceñirse a dicha propuesta de estilo de vida y de hábitos.

Incluso, en algunas de estas experiencias pueden apreciarse ciertas tendencias gordofóbicas, en el sentido del rechazo o el cuestionamiento a un cuerpo grueso sin ningún otro motivo más que el de estar en desacuerdo con la corporalidad, sumado a los prejuicios y estereotipos circundantes alrededor del tema.

En casos como el de Sol, ella asumió que su abdomen es la parte que considera menos atractiva de su cuerpo y es la parte de su cuerpo que estaría dispuesta a modificar para poderse ver más atractiva.

Como parte de su historia de vida, desde la infancia y la adolescencia ha lidiado con los cuestionamientos sobre su peso corporal, con comentarios como cuando era niña, de que “ay, estas gordita”, o “ay que la cachetoncita” o en la adolescencia de “ay, subiste de peso”, “ay, estas embarneciendo” o “ay no te preocupes, vas a crecer y vas a bajar de peso”.

El rechazo por su cuerpo lo experimentó durante la secundaria, ya que recordó que “cuando me llegó a gustar alguien, o sea, aunque no me lo dijeron como que no me logré acercarme porque sentía que eso iba pasar (el rechazo)” (Sol, entrevista, 12 mayo 2022).

En el de Nora, también consideró al abdomen como la parte menos atractiva de su cuerpo. Su familia y los médicos han sido quienes más le han cuestionado su cuerpo. Al interior de su familia le hacen énfasis en que es “robusta”, “muy llenita”, “gordita” y otros

calificativos que suelen desagradarle. De igual manera, los médicos le comentaban que gran parte de sus problemas de salud derivaban del sobrepeso.

Por esas razones, su infancia y su adolescencia no fueron del todo satisfactorias, pues

no me gustaba yo misma corporalmente también me generaba muchos problemas de autoestima, pero ya una vez siendo adulta también yo empecé a estudiar cómo más respecto al feminismo y demás derechos humanos, fue como pude romper un poco con esos estereotipos que tenía (Nora, entrevista, 17 abril 2022).

Ante la situación, optó por no mostrar su cuerpo por completo, y por esa razón, fue ampliamente cuestionada por su familia.

Usaba ropa muy holgada entonces mi familia siempre me decía que tenía que ponerme ropa un poco más pegadita porque de por sí ya estaba gorda, entonces iba a parecer más gorda o sea como tratar de que yo me adaptara a ciertos estereotipos por el ser mujer, ser adolescente y además tener un cuerpo gordo (Nora, entrevista, 17 abril 2022).

En determinado momento de su vida, asumió que los intentos por adelgazar y verse más delgada eran correctos debido a que era felicitada en su entorno inmediato por lo que su reto era tener un físico más notablemente delgado.

Cuando era adolescente yo tenía muchas ganas de ser delgada entonces pues las personas también me felicitaban cuando adelgazaba o me veía un poco más delgada, pues entonces yo pensaba que eso era lo correcto para mí, entonces es lo que yo quería en ese momento (Nora, entrevista, 17 abril 2022).

Durante la adolescencia, recibía comentarios como “tienes bonita cara, pero tu cuerpo no es tan bonito” por lo que lo internalizó y sólo tomaba fotos de su cara, pero no de su cuerpo en general.

En la infancia y en la adolescencia fue muy complicado y a mí no me gustaba yo misma corporalmente también me generaba muchos problemas de autoestima, pero ya una vez siendo adulta también yo empecé a estudiar más respecto al feminismo y demás derechos humanos, fue como pude romper un poco con esos estereotipos que tenía (Nora, entrevista, 17 abril 2022).

Por lo que, para Nora, fue a partir de corrientes teóricas reivindicativas del cuerpo y del género, contrapuestas a las nociones de biopolítica, en el sentido del control corporal, que pudo ir superando esas experiencias de vida en las que se le cuestionaba ampliamente su corporalidad.

Adrián aseguró que si le gustaría ser más delgado y más alto. A él, le gustaría ser esbelto, de espalda ancha, con un cuerpo muy masculino, pues, anteriormente, “en la época que hacía mucho ejercicio por ejemplo esos eran rasgos visibles de mi cuerpo y me gustaba mucho como era percibido” (Adrián, entrevista, 7 julio 2022).

En su caso, cuando era muy niño, era muy flaco. Su mamá lo llevó al nutriólogo para ganar peso, ya que le insistía que “debía estar más grande”. Posteriormente, durante su crecimiento, se sentía un poco “feo” debido a su cuerpo. Esta percepción cambió a los 25 años, cuando comenzó a hacer mucho ejercicio ante su enrolamiento en un equipo de rugby y su inscripción a un gimnasio. Sobre esa experiencia indica:

Eso conllevó cambios físicos en cómo me veía que me di cuenta que socialmente empezó a ser percibido como algo muy positivo, como que de repente estaba muy fuerte, tenía un cuerpo muy atlético y la verdad a esa edad me encantaron las consecuencias que eso tuvo sobre mi sociabilidad, mi autoestima se fue para arriba así turbo, empecé a tener mucho más, si noté que resultaba muchísimo más atractivo para las mujeres con las que convivía, por ejemplo chicas que antes me gustaban y con las cuales yo me acercaba e intentaba algo y la verdad no me ofrecían más nada o nada más allá de una amistad cambiaron su percepción sobre mí y de repente ahora si resultaba atractivo y como un posible candidato sexual incluso (Adrián, entrevista, 7 julio 2022).

En su caso, el sentir la “masculinidad” de su cuerpo al tener contacto fuerte con otros hombres y sentir la fortaleza de sí mismo también resultó una experiencia agradable.

En contraparte, el rechazo hacia su cuerpo lo experimentó al ingresar a la universidad al recibir comentarios negativos hacia su cuerpo de manera constante hasta que asumió que en verdad estaba gordo y la gente lo percibía como tal, pues se decía a sí mismo “no manches, claramente subí varios kilos”.

A nivel familiar, suelen compararlo con su hermano mayor, quien también ha sido diagnosticado con obesidad. Parte de los comentarios que recibe son “oye, te estás viendo bien gordo a comparación como te veías antes, ¿qué pasa ahí?” u “oye ya estas subiendo no vayas a terminar como tu hermano, o sea ve como es”, situación que reconoce que le disgusta mucho porque las críticas no son sólo hacia él, sino también hacia su hermano.

A Aldo siempre le han dicho “estas pasadito de peso”, como una forma condescendiente de reiterarle su corporalidad y el estar fuera de la normatividad del peso corporal admitido biomédicamente.

Yo nunca he sido delgado, jamás en mi vida he sido así delgado, esbelto, siempre he sido, pues siempre he sido robusto, ancho. Por temporadas, en la pandemia, por ejemplo, engordé, engordé muchísimo. Para mí siempre hubo esta correlación de él estar gordo, tener panza no es sano ¿no?, Pero pues poco a poco he ido tratando de cambiar esa relación. Digamos semántica de un cuerpo que no se ve esbelto que no se ve musculoso, no sé, en el caso de los hombres, no es un cuerpo sano (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Este señalamiento de estar fuera de las normas de peso corporal establecidas por los parámetros médicos, le hizo merma en cuanto a la aceptación de su cuerpo como tal, sobre todo, en algunos momentos de interacción en los que era necesario mostrar cierta parte del mismo o en el ámbito cotidiano para salir a la calle o desarrollar actividades fuera de casa. Incluso, en algunas ocasiones, rechazando el sumarse a la actividad, para evitar mostrar el cuerpo,

A veces uno tiene este complejo de que “ay no soy atractivo, mi cuerpo no es atractivo” y a veces uno hace cosas como para ocultarlo, ocupo ropa más holgada u ocupo algo que oculte, que disimule, digamos en esta idea de que a lo mejor nuestro cuerpo no es atractivo. Pero como te digo o sea parte de, de aceptarnos pues es también pues sentirte en confianza de nuestro cuerpo, yo por ejemplo mucho tiempo no me gustaba estar en una alberca porque no me gustaba mostrar mi parte del cuerpo superior y yo siempre decía “ah, es que no me gusta nadar, no me gusta la alberca” pero más bien lo que no me hacía sentir cómodo era mostrar mi cuerpo (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Sobre esta última experiencia, Aldo describe un poco más aquello que le hacía sentir incómodo, así como las limitantes que el rechazo a su cuerpo le provocaron para poder incorporarse a actividades físicas o de otro tipo en las que su cuerpo quedara descubierto.

Alguna vez tomé clases de natación, igual de niño, y sí sentía como esta incomodidad de estar en una alberca, con mi cuerpo así, estar, ser más gordo que los demás. A veces sí sentía como ese rechazo, bueno no explícitamente, pero implícitamente había esa diferencia marcada de pues los niños que eran delgados y los niños que eran más gordos. En la alberca vas en traje de baño, estaba todo descubierto y ahí no hay como taparse. Al final de cuentas, pensándolo más con el tiempo pues tener un cuerpo así me impidió digamos hacer las actividades que nos ponían ahí en las clases de natación (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Me decían que tenía chichis de mujer, ese comentario era pues muy común y era algo que también me generaba complejo después, de lo soez del comentario, pues sí como que como hombre a parte misógino no, decirte que pues tener los pechos más grandes por la grasa pues te sientas mal, te sientas feo, te sientas acomplejado y creo que es algo que se viera mal pero tenía ese complejo porque me decían que me veía así ¿no?, entonces sí, tengo muy presente esos comentarios en la primaria

principalmente por unos compañeros que se la pasaban molestando (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

El rechazo a su cuerpo desde su etapa infantil, y posteriormente, durante la adolescencia, le provocaron el deseo de modificar su cuerpo, aunque sin ayuda, sino más bien, por su propia cuenta. Experiencia que derivó en ciertas problemáticas en su salud.

Ajá, pues de, siempre, toda mi infancia y mi adolescencia fue digamos esta constante, como, pues sí, como un complejo de no aceptación de mi propio cuerpo. Entonces fue un tema bastante pues recurrente, y que, devino en un momento en que trate, así sin asesoría ni ninguna asesoría medica pues reducir la talla (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Muy probablemente, dicho rechazo provenga desde una época en su infancia en la que su padre y su madre decidieron cambiar sus hábitos, y, por ende, todos los de su familia, incluidos los de él.

Mis papás, una temporada también, tuvieron preocupación con este tema del peso porque si fueron al doctor y les dijeron que tienen que cambiar sus hábitos. Como que también influyó en nosotros como sus hijos porque también nos querían arrastrar a este cambio de hábitos, pero pues uno como niños, yo la verdad lo último que quería era hacer ejercicio. O sea, siempre me gusto, si era muy dado a las actividades físicas, pero como tengo, pues no me gustaba sentirme cansado o sentir que me faltaba el aire. Entonces, si tiene mucho que ver con mis papás que en esta época de que ellos mismos querían cambiar su forma, sus hábitos y todo eso y nos querían inducir a la fuerza, hubo un choque, pues como niño tampoco es como que adoptara esos hábitos, realmente nunca los adopté (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Aunado a este dilema sufrido por la imposición de un cierto modelo de vida con el que no empataba por diversas circunstancias, Aldo experimentó vaivenes durante su infancia y adolescencia, vinculados directamente con la percepción corporal de otras personas sobre su cuerpo y la forma en que este se desarrollaba conforme su crecimiento natural.

En la adolescencia uno crece y el cuerpo va cambiando. Fue en ese pequeño inter que crecí y llegué a adelgazar un poco más y como que ahí sentía el cambio de percepción de mi familia como de que “ah ya estas esbelto, ahora si ya adelgazaste”, “ya creciste, ahora si ya diste el estirón y ya no estas gordito” “ya no eres el niño gordito”, y como que eso te hace sentir bien pero no por las mejores razones. Ya cuando uno deja de crecer, uno vuelve a recuperar la talla, y ha sido un vaivén de este tipo de cuestiones con el cuerpo. Te diría que en toda mi niñez y gran parte de mi adolescencia pues fue aceptarme como yo era y siempre sentirme inseguro de mi cuerpo (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Considera que actualmente su cuerpo no requiere delgadez, sino más bien mantenerse en un estado óptimo a fin de poder realizar las actividades que desea sin ningún contratiempo y sentirse bien sin necesidad de cumplir con algún estereotipo o medida ideal.

En las trayectorias de vida de las cuatro personas participantes hay cuestionamientos a sus corporalidades desde etapas tempranas, en concreto, sus infancias, recalando su exceso de peso. Razones por las que desde ese momento hay un cuestionamiento a la fisonomía propia y a las formas en que debe moldearse desde su período de crecimiento, sin opción a la diversidad corporal.

El señalamiento del exceso de peso ha sido constante a lo largo de sus vidas con un impacto en la autoestima y la autopercepción corporal debido a que prevalece el deseo de la delgadez corporal a pesar de las posibles limitantes fisionómicas y a la estructura anatómica, pues las partes del cuerpo que más incomodaron a quienes participaron en el estudio son aquellas en las que se refleja un posible exceso de peso.

Algunos de los mayores momentos de aceptación social ocurrieron cuando se percibió que las personas bajaban de peso, pues sus familiares y amistades les mencionaban que era algo bueno para su persona y su salud. Incluso, refieren que, al recibir esos comentarios, sentían un alivio, un reconocimiento positivo hacia su persona y ciertas medidas de afecto y de valoración.

En un cierto sentido ontológico, la percepción de obesidad sobre sus cuerpos otorga una definición a sus personalidades y a su ser, en un sentido de estar asociados a lo insano, a aquello que no debería de ser, a lo que podría corregirse o remediarse bajo ciertas indicaciones con la finalidad de que su personalidad se adecue a las demandas sociales y su representatividad corporal se ciña a los parámetros del deber ser contemporáneo en cuanto a estilo de vida, hábitos alimenticios y condición de salud.

Por otra parte, además de la experimentación de rechazo o de una señalización explícita, con cierta tendencia a la gordofobia, debido a la implantación de un discurso de animadversión hacia los cuerpos gruesos, se aprecia el funcionamiento de los mecanismos de biopoder y de biopolítica cuando son el padre o la madre quienes impulsan los intentos por los cambios de estilos de vida o cuando son los profesionales de la salud quienes tajantemente otorgan un diagnóstico sin menoscabar el impacto del mismo en la vida de las personas.

En todos los casos, las personas participantes fueron desarrollando sus propias estrategias de resistencia ante los discursos hegemónicos corporales, las cuales fueron desde el uso de cierto tipo de ropa para disimular su peso corporal hasta el ocultamiento del mismo a través de las imágenes compartidas en espacios públicos o el rechazo a la participación en ciertos eventos sociales o actividades con la finalidad de evitar mostrar su cuerpo, e incluso, el mostrar cierto interés por la temática para evitar la asociación de su corporalidad con un descuido personal.

5.5 Representaciones y prácticas sobre obesidad y salud en general

El concepto de salud es muy amplio y puede entenderse de múltiples maneras por lo que las personas lo pueden adaptar a sus vidas tomando en cuenta diversos aspectos conforme a sus propias necesidades, entendimientos e ideologías o modos de pensar su entorno. Si bien ha surgido una narrativa sobre el “deber ser saludable” en el siglo XXI, sustentada en una alimentación balanceada, la activación física constante, el consumo de agua, el control de las porciones alimenticias, entre muchas otras recomendaciones, el seguimiento de las mismas representa ciertas pautas de complejidades.

A partir de estos discursos, las personas participantes en el estudio les han otorgado diferentes significaciones, múltiples aplicaciones, diversas adaptaciones a sus cotidianidades y a sus presupuestos económicos para dar seguimiento a dichas recomendaciones con el objetivo de evaluarlas y obtener los mejores resultados posibles, no en términos de cumplimiento de ciertos patrones médicos de medidas o de alcanzar un determinado prototipo sino de sentirse bien consigo mismas o de considerar que el seguimiento de ciertas recomendaciones les permite mejorar su autopercepción corporal, su autoestima, sus vínculos con otras personas y su sexualidad.

Es por ello que trazan sus propias trayectorias, sustentadas en sus experiencias de vida propias, en el desarrollo de cierto conocimiento sobre sus cuerpos y sus hábitos, así como sus actividades cotidianas para poder adaptarlas a un modelo de vida en el que se sientan bien consigo mismos y se adhieran a lo que para ellas y ellos es un estilo de vida saludable en el que sus valores y sus acciones no se ven confrontados.

En el caso de Sol dedica alrededor de una hora a cada uno de sus alimentos, acompañándolos con agua natural y basando su elección alimentaria en su gusto y en la

calidad de los mismos. Refirió que desde niña le fue prohibido el consumo del refresco y de comida chatarra.

Se me facilita porque igual desde que era niña, mis papás nunca fueron como de comprarme chatarra ni esas cosas, o lo hacían, pero no era tan seguido, y la comida siempre se basaba en frutas, verduras, en tomar agua y que los refrescos fueran, no limitados, pero era esporádico el consumo (Sol, entrevista, 12 mayo 2022).

Sobre la activación física, realiza cardio y pesas alrededor de dos horas al día. Un hábito que realiza desde la infancia, debido a que su padre y su madre constantemente la instigaban a realizar alguna actividad deportiva o activación física, a la cual, en este momento no la ve actualmente como una actividad obligatoria, pero sí como necesaria para sentirse bien y ver los alcances de su propio cuerpo.

A lo mejor si no es estar en un peso ideal, pero si desafiar mi cuerpo y ver todo lo que yo puedo hacer por ejemplo a definir más mis brazos, mejorar la masa muscular de mis piernas, y sobre todo mantener mi estado de ánimo hasta como ahora lo llevo, como que ir mejorando y seguir gustando esa imagen que veo en el espejo como ahorita (Sol, entrevista, 12 mayo 2022).

Algunos de los consejos que sigue son los de sus familiares, quienes al realizar activación física constante cuentan con cierta experiencia en la materia.

Seguí algunas recomendaciones que me daban por ejemplo mis hermanos, mis hermanos son igual, practican deporte entonces me decían ‘no pues si evita tal tipo de comida’ por ejemplo cosas fritas, comer en la calle, o prepara tus alimentos en casa o come más verduras, o sea seguía como ese tipo de, de consejos (Sol, entrevista, 12 mayo 2022).

En el caso de Nora, el vínculo entre salud y alimentación es muy importante, y siempre lo ha tenido presente en su vida, pero considera que su situación se combina con ciertos aspectos de su salud, debido al padecimiento de una afección crónica,

Es un problema congénito y mis defensas por lo general siempre están muy bajas y tengo que llevar a cabo por lo general dietas. Cuando me lo detectaron yo tenía anemia a pesar de que tenía sobrepeso. Fui con muchos médicos y les daba mis síntomas, pero pues ninguno se percató de que podía tener anemia porque tenía sobrepeso entonces me diagnosticaron gastritis, colon irritable, ansiedad generalizada y depresión, entonces eso detonó también que mis síntomas empeoran y pues mucho de ello tenía que ver con la alimentación que llevaba (Nora, entrevista, 17 abril 2022).

Siempre me he alimentado bastante bien porque como he tenido muchos problemas de salud, tengo que llevar a cabo dietas en cuanto a que alimentos me hacen daño. Pero algo que si llego a consumir mucho y me cuesta mucho trabajo dejar son los dulces entonces eso ha sido también como un detonante que me cueste para bajar de peso (Nora, entrevista, 17 abril 2022).

Adrián dedica alrededor de media hora a cada una de sus comidas al día, acompañándolos con diferentes tipos de bebidas, dependiendo de la hora del día. Si es por la mañana, con café. Por la tarde, con agua natural o si lleva a cabo la comida fuera de su casa con algún refresco o bebida azucarada. Sus elecciones alimentarias están basadas en la calidad, pero reconoció que por mucho tiempo estuvieron más sustentadas en el precio que en la calidad.

Suele jugar fútbol dos o tres veces a la semana, tanto por recreación como por activación física. Aunque señaló que antes de la pandemia solía realizar mucho mayor actividad física.

Debido al gusto que tiene por el juego, no les es complicado disciplinarse y participar de manera constante en las actividades de su equipo, las cuales incluyen partidos semanales en una liga cercana a su domicilio y algunas sesiones de entrenamiento. Sin embargo, consideró complejo el poder comer más balanceado. Pues, como explica

Comer más verduras, más legumbres, o sea, en porciones, pues racionalmente más acomodadas en torno a mi peso, lo que necesito y no comer de más. Pero ahí si siento que por cuestiones de tiempo y de organización se me dificulta, entonces, muchas veces termino comiendo rápido, satisfaciendo mi gusto inmediato con antojos porque termino comiendo cosas como hamburguesas o tortas o tacos y no siempre es la opción más nutritiva (Adrián, entrevista, 7 julio 2022).

Por lo tanto, asume que una de sus principales limitantes para mejorar su dieta o sus hábitos alimenticios es la organización del tiempo para evitar el consumo de cierto tipo de productos o de caer en cuestiones de atracón.

Como parte de algunos cambios, ha incrementado su consumo de agua natural, explicando lo siguiente:

Pues últimamente, en el desayuno, casi siempre con café. Siempre tomo agua cuando me despierto, trato de tomar un vaso de agua y después ya este que estoy comiendo, ya desayunando pues ya un café. La comida cuando puedo, en fin de semana, pues con una cerveza, algo un poco más fuerte y en la cena

pues sí, agua. Ya en la noche no tomo café, antes sí, pero ya me altera mucho el sueño (Aldo, entrevista, 22 junio 2022)

Sobre las influencias para la elección de sus alimentos, mencionó diversos factores para poder tomar una decisión. Por ejemplo, cuando come con su padre y madre, en la selección no influyen los costos, y dan preferencia a que sean alimentos lo más saludables posibles. Cuando lo hace de manera solitaria, suele hacerlo en el comedor institucional, donde la comida tiene un costo menor a los 10 pesos, debido a que goza de un subsidio por lo que la calidad a veces no es la deseada. Aun así, prefiere comer ahí a salir a puestos callejeros cercanos a su centro laboral.

La activación física es importante para él como consecuencia de los pasatiempos desarrollados en los últimos años, enfocándose a las actividades al aire libre en el campo y en espacio rurales. Las cuales comenzó a practicar previo a la pandemia por COVID 19, como parte de su vida universitaria, y ahora que ha concluido con sus estudios, trata de mantener el hábito.

Trato de hacer ejercicio entre semana, entreno. En los últimos años he tratado de tener un entrenamiento fijo porque hace tres años, antes de la pandemia, entré a montañismo de la UNAM. Entonces, cuando entré ahí, fue un poco fuerte para mí darme cuenta que no estaba al 100 por ciento físicamente. Digamos, en las primeras sesiones nos ponían a correr y yo andaba ahí, sufriendo bastante en las actividades también cuando salíamos, la sufría, y poco a poco con el tiempo pues he tratado de acostumbrarme a hacer un poco más de ejercicio, a retomar la actividad física para que digamos, disfrutar estas actividades que pues la verdad, aunque la exigencia física a veces sea mucha, me gusta bastante (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Con base en esta experiencia, se hizo adepto del senderismo y ha tenido la oportunidad de subir diferentes montañas como la Malinche, el Nevado de Toluca, en espera de poder lograr el objetivo de subir al Iztaccíhuatl, y después al pico de Orizaba. Logros que lo hacen sentir satisfecho ante una carencia de tradición de activación física en su vida, como consecuencia de ciertas enfermedades detectadas durante su infancia,

Yo desde chico he sufrido de asma alérgica, entonces por mucho tiempo dejé la actividad física por esa cuestión de las alergias y el asma como que tanto física como mentalmente era muy para mí pues muy difícil sobrepasar ese límite digamos, de salud, para hacer una actividad intensiva. Poco a poco he ido sobrellevando para irme acostumbrando a hacer ejercicio, trato regularmente de entrenar para poder hacer justamente esto que te contaba de escalar los picos de México, y otro obstáculo obviamente es pues el aspecto

pues económico ¿no?, para hacer ejercicio es bueno tener tiempo, y desde digamos unos buenos tenis, este, ropa pues adecuada para este, entrenar también es gastar dinero y es algo que no me pagan mis papás tengo yo que ahorrar para ir comprando esas cosas, materiales, equipo. No pago gimnasio, la verdad es que si pago gimnasio se me va pues un buen gasto regular, por eso trato ahí de ingeniármelas para hacer algunos ejercicios, salir a correr y pues tampoco se puede salir a correr a todas horas, hay que tener en cuenta que salir a ciertas horas pues no es tan seguro digamos eso también y con, pues con el día a día también es difícil encontrar tiempo y energía para hacer estas actividades regularmente (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

El vínculo generado entre la obesidad y la salud ha estado más enfocado al cuidado de la alimentación y de hábitos como la activación física que a la ingesta de medicamentos u otro tipo de sustancias que pudieran ayudar a la reducción de peso de una manera más rápida. En general, las cuatro personas participantes han encontrado en la activación física una manera de poder reducir su peso corporal de una forma rápida y eficaz. En todos los casos, no reciben una asesoría profesional o están bajo un régimen estricto. Más bien, se apoyan en personas conocidas, con algún conocimiento en la materia, para poder practicar alguna actividad o llevar alguna rutina.

En el ámbito alimenticio, la situación es similar. Las modificaciones a las cuestiones alimentarias provienen como resultado de algunos consejos por parte de personas cercanas o derivan de algunas experiencias previas aprendidas, las cuales son modificadas conforme a la propia trayectoria de cada persona. En este aspecto, prevalece una visión crítica con respecto a las recomendaciones provenientes de especialistas. En el caso de Adrián, se retoma un poco más la información de experiencias previas de consulta con nutricionistas, aunque no aplica todo lo aprendido.

Para el caso de la obesidad, las respuestas asociadas a la atención de la misma están vinculadas únicamente a la alimentación y a la activación física, y, por ende, se les considera como condicionantes de la salud. En ninguno de los casos analizados, las personas participantes cuestionaron o pusieron en duda dichas medidas, al igual que su eficacia y su eficiencia o su beneficio. Incluso, la posibilidad de poder llevarlas a cabo o no, a pesar de las condiciones socioculturales o económicas propias o de no contar con todas las condiciones posibles para seguir las recomendaciones. En algunos casos, se realizaron adaptaciones a las mismas, pero, en ningún momento, se planteó alguna modificación sustancial o significativa.

Por lo tanto, en esta correlación de obesidad y salud se contemplan algunos cambios a ciertos hábitos, pero no se cuestionan otros como el desarrollo de ciertas actividades, en las que están mezcladas cuestiones económicas, que pueden contraponerse con esos intentos de modificar ciertos estilos de vida, debido al sedentarismo de muchas actividades profesionales en boga o el consumo de gran parte de tiempo por parte de las mismas, impidiendo un cambio estructural en ciertos hábitos.

5.6 Representaciones y prácticas sobre la obesidad y la sexualidad y la salud sexual y la reproductiva

El ejercicio de la sexualidad de las personas es un aspecto pocas veces tomado en cuenta pero es reflejo de una serie de condiciones sociales, culturales, estéticas, políticas, religiosas, espirituales, ideológicas, económicas, biológicas, entre otras, que al interseccionarse con aspectos como la corporalidad, la emocionalidad y la autopercepción, muestra las estrategias de adaptación y de resistencia hacia ciertas determinantes hegemónicas, como el peso corporal y los cánones estéticos del cuerpo vigentes en nuestros días.

Por lo anterior, es de suma importancia su vínculo con la obesidad, pues las personas mantienen o buscan mantener el ejercicio de la sexualidad independientemente de cualquier condición de salud o patrón estético asociado o impuesto. Incluso, superando los imaginarios colectivos en lo que se disocian a las personas con cuerpos gruesos de la sexualidad, bajo la creencia de que no se ejerce ante la carencia de pericia para la realización de actividad física o la imposibilidad de movilidad.

A la par, realizan un cuidado de su salud sexual y reproductiva al observar y determinar ciertos elementos de la misma que impactan directamente en sus vidas cotidianas o propician ciertas condiciones de tensión en sus devenires. Si bien podría ocurrir a nivel general, entre las personas entrevistadas, a pesar de la presencia de alguna disfunción sexual, ninguna fue atendida por una o un especialista. En el caso de la salud sexual de las mujeres, la disfunción sexual más mencionada fue la falta de lubricación. En el de los hombres la eyaculación precoz. Salvo en el caso de Nora, nadie más reportó acudir al médico en caso de alguna molestia.

Para Sol, el gusto y la interacción con otras personas deriva de su físico debido a que siempre le hacen énfasis en el mismo, mencionándole lo atractivo de sus piernas o “que mis caderas son anchas, que tengo una cara bonita, o que les agrada mi color de piel, mis ojos”,

además de la actitud, “ser amistosa, amigable, de hacer platica y demás”. Aunque considera que algo que podría entorpecer sus vínculos con otras personas en un sentido erótico -afectivo es su peso.

Me pasó más en la secundaria cuando me llegó a gustar alguien, o sea, aunque no me lo dijeron como que no me logré acercarme porque sentía que eso iba pasar (a rechazar). Fue algo que yo sentí porque por ejemplo alguien que me gustaba y yo veía el tipo de niña que a él le gustaba entonces decía no, yo sé que me va decir que no (Sol, entrevista, 12 mayo 2022).

A ella lo que le atrae de otras personas es su personalidad, “como que lo que me atrae más, nada más que sean personas que tengan presencia, con eso es suficiente, que llamen mi atención” y tengan buen humor. En cuanto a lo físico “me gustan los hombres altos, el color de piel no tiene gran importancia, me gusta que sean hombres corpulentos de espalda ancha, de manos grandes, de piernas grandes”, poniendo atención en las manos. Sobre las partes más atractivas de su cuerpo, resaltó a las piernas y las nalgas, junto con su rostro. En el caso de ella, “mis piernas y mis pompis, jamás en la vida las cambiaría por nada, ni mi cara”.

En su caso, desea hombres con cuerpos musculosos y no pone peros a los diferentes tipos de prácticas, salvo aquellas en cuyas implementaciones puedan causarle algún dolor físico. Los cuerpos delgados no le generan algún sexual, por el contrario, se lo inhiben.

Su vida sexual no ha sido satisfactoria en todo momento, por el contrario, “empecé a disfrutar porque siento que, que de más chica era como de hacer por hacerlo y no me tomaba las cosas con calma, entonces fue hasta hace apenas como tres años que me la empecé a llevar más tranquila y empezar a ver qué era lo que realmente me gustan a mí y no solamente a la otra persona” (Sol, entrevista, 12 mayo 2022).

Nora se sabe y se siente deseada a causa de los constantes comentarios que recibe al respecto “como que les parezco atractiva y que les gustaría tener más interacciones conmigo en aspecto afectivo y sexual” por lo que basa sus posibilidades de establecer vínculos con otras personas en el cuidado de su apariencia física, ya que “se viste más bonita”, “más elegante” y se maquilla más de lo normal a fin de posteriormente iniciar con el coqueteo en general, el cual va desde buscar un contacto físico hasta señalar directamente el gusto por la otra persona, además de investigar el interés real de la otra persona. Como parte de sus experiencias, reconoce que, en la mayoría de los casos, sus posibles vínculos eran amistades por las que sentía alguna atracción física o emocional. En esto último recae su mayor interés,

ya que, si no se genera una atracción o vínculo emocional, difícilmente entablaría una relación. “Pues por lo general no tengo preferencia específica sobre algún cuerpo, más bien creo que necesita tener alguna conexión emocional para sentir atracción sexual” (Nora, entrevista, 17 abril 2022).

Algunas de las partes de su cuerpo que más llaman la atención son su cuello y sus piernas, al igual que su cabello. En torno al ejercicio de su sexualidad, explico que el cuidado de su cuerpo es importante, por lo que suele recurrir al especialista en caso de alguna situación que afecte a su salud sexual y reproductiva, aunque a veces no haya tenido las mejores experiencias al respecto. Ella reportó poca lubricación y dolor al tener relaciones sexuales.

Debido al padecimiento que tengo, tenía una infección por hongos desde que soy muy niña y pues iba con la ginecóloga para que me diera tratamiento. No ha sido un tipo de consulta muy recurrente, pero en última instancia, yo intente colocarme un método anticonceptivo, por lo mismo de mis problemas de salud, no puedo utilizar métodos anticonceptivos hormonales, y los de barrera me daban un poco de miedo, entonces yo quise usar un dispositivo intrauterino pero me lo colocaron muy mal y se salió y yo no sabía que estaba, o sea me dolía, me lastimaba, fui a la revisión y me dijeron que teníamos que esperar tres meses a que mi cuerpo lo adaptara, pero pues yo ya no aguantaba el dolor, fui con la gineco por otro hospital privado y ella me dijo que estaba mal colocado, incluso que no me ayudó que solo me lastimó muchísimo (Nora, entrevista, 17 abril 2022).

Para ella, la vivencia de la sexualidad implica mucha interacción corporal, mucho contacto físico, pero también la sensación de estar protegida o de sentirse segura. Sumado a las posibilidades de exploración de experiencias y de prácticas no convencionales y aquello que le propicie estimulación corporal. Estas son las causas por la que continúa explorando su sexualidad, dando apertura a cuestiones más afectivas que de género o de orientación sexual.

A grandes rasgos la responsabilidad afectiva y las conversaciones previas a cualquier tipo de relación sobre los acuerdos y no acuerdos que podamos llegar a tener para relacionarnos. A mí siempre me gusta como dejar en previsible esta situación y como moralmente no tengo preferencias, no hay como algo en específico que me guste, pero por lo general pues los hombres con cabello largo, que sean altos, también que tengan como características de cuidadores o algo así, bueno también con las mujeres, que me cuiden y me den como mucha atención, y con las mujeres pues tampoco hay preferencia específica, pero por lo general si han sido mujeres *tomboy*, por usar un término
Pues me gusta un poco el BDSM pero no es una práctica que haga mucho por lo mismo de que a veces es un poco complicado hablar con las personas sobre eso, pero ya cuando tengo como más confianza con mi pareja pues puedo plantearlo y podemos hacer acuerdos.

Por lo general si prefiero las relaciones que son más sexo afectivas, que solo sexuales, en las relaciones sexuales, bueno, solo sexuales, como encuentros casuales no me gustan mucho.

Mucho tiempo me consideraba heterosexual y solo tenía interacciones sexoafectivas con hombres y pues ellos pues no eran muy cuidadosos conmigo, tampoco eran, bueno, no me enfocaban mucho en mi placer, solo en el de ellos, y pues en cuanto empecé a salir con mujeres también abrí como una, bueno más bien me empecé como a educar sobre mi propia sexualidad y sobre lo que me gustaba a mí y a partir de ahí pues ya empecé a construir relaciones con hombres sexo afectivas que fueron un poco más placenteras para mí y siento que todavía por completo no lo he logrado (Nora, entrevista, 17 abril 2022).

En este último tema, considera que más que el peso corporal, el género también influye mucho en su placer y en la forma en que ejerce su sexualidad

Pues, los hombres, por lo general, son más, solo quieren una relación casual o bueno, han sido como mis experiencias, y con los que sí he formado relaciones sexoafectivas pues no han sido muy abiertos en el tema sexual, siempre he tenido muchos problemas en mis relaciones heterosexuales porque ellos también sabiendo que soy una mujer bisexual sienten que no pueden cumplir ciertas expectativas que yo tengo respecto al sexo. Con las mujeres, pues ha sido más placentero y me he podido conocer un poco mejor, ellas también esperan reciprocidad en ese sentido y siento que las parejas sexuales que he tenido han sido muy satisfactorias (Nora, entrevista, 17 abril 2022).

Aunque reconoce que la mayoría de los comentarios e insinuaciones de corte erótico – afectivo han provenido de hombres, mientras que con las mujeres se han dado otro tipo de dinámicas.

Deseada como tal, yo creo que con hombres porque ellos han sido los que me han hecho más comentarios respecto a que les gusto sexualmente y con las mujeres pues si he entablado más una relación de amistad y ya a partir de eso construimos una relación afectiva y sexual, pero los hombres muchas veces si han, me han buscado para tener relaciones meramente sexuales (Nora, entrevista, 17 abril 2022).

En algún momento, su cuerpo y el peso corporal si han representado un impedimento para el goce de su sexualidad y la práctica de la misma

Mi último novio por ejemplo tenía una corporalidad muy similar a la mía y pues generamos también mucha empatía entre nosotros al respecto, pero pues en temas sexuales tampoco nos iba también por lo mismo (Nora, entrevista, 17 abril 2022).

El caso de Adrián es diferente, a él le gusta su torso y le han señalado un gusto por sus piernas y sus muslos, aunque también pretende agradar con otras estrategias como el sentido del humor, y pone atención en los vínculos emocionales que podría generar con otras personas.

Creo que cuando me pienso como un ser sexual hacia otras personas, creo que, por razones de mi historia personal, siempre divido mis intereses, si son meramente sexuales o si son sexuales con una carga emocional digamos, o un interés emocional de relación. Creo que mis primeros acercamientos, mis primeras herramientas que tengo para presentarme como esta especie de candidatos de más, la verdad lo centro mucho más primeramente en mi personalidad o sea, siento que soy gracioso, o sea siento que tengo facilidad para hacer reír a la gente y como en que la gente se sienta un poco o sea como generar ese sentido gracioso y que la gente ría, pero también que se sienta un poco como seguros conmigo, es decir, no me gusta tener acercamientos agresivos o arrogantes con la gente en general, no solo en mis contactos sexuales, en general no me gusta entonces yo creo que lo suelo hacer es mostrarme como gracioso ¿no?, o sea pero también seguro o sea, por ejemplo la verdad viéndolo muy maquiavélicamente o sea muy esquemáticamente me vulnero, cuento historias chistosas de mi donde no soy un protagónico ejemplar o sea como que me equivoco en algo o algo me pasa de mala suerte o tome una mala decisión, cuento historias accidentadas pero que sin embargo represento de una manera un poco comediante entonces eso siento que a veces resulta atractivo para, para otras personas sobre todo mujeres. Entonces creo que uso eso, principalmente, pero también debo decir que si me gusta verme bien o sea si tengo intenciones como físicas sexuales o sexoafectivas, si me gusta verme bien, vestirme bien, yo reconozco que soy algo vanidoso, o sea en ciertas circunstancias sociales si me gusta usar ropa que me gusta y que yo sé que se me ve bien, usar ropa que resalta ciertos aspectos de mi físico que a mí me gustan y me parece que resultan con cierta atracción con ciertas personas (Adrián, entrevista, 7 julio 2022).

Sobre las partes de su cuerpo que podrían gustar a otras personas, destacó algunas de las que ha trabajado en el gimnasio y otras más basadas en el seguimiento de ciertos estereotipos o personajes de algunas series de *streaming*.

Mis brazos siento que son muy masculinos, estoy muy tatuado entonces también siento que si le doy énfasis sutil a eso puede tener como éxito. A veces, no siempre, pero a veces me gustan mis piernas creo que son como gruesas y fuertes sabes y, a veces me gusta cómo usar shorts, o algo así, si la situación lo amerita. Bueno, me gusta mucho mi cabello y mi barba, entonces sí, si me hago consciente de que voy a estar en una situación social donde me interesa resultar atractivo hacia otras personas, puedo hacerme cierto tipo de peinados o no sé o bañarme ese día y tener el pelo más brillante o peinarme mejor la barba. A veces también he notado por experiencia que, mi barba es muy larga entonces me la trenzo, como en una sola trenza, ya sabes como en las series de los vikingos y eso, eso a veces lo hago y resalta ¿no?, o a veces cuando conozco personas nuevas y tengo estos tipos de look, la verdad no es raro que me digan 'wow me encanta tu barba, se ve así', no sé, entonces, no sé, funciona como un aliciente, aunque sea de la conversación, tampoco es que la gente me diga "ay que guapo te ves", o sea eso nunca pasa pero supongo que resulta interesante el look y pues a veces claro que abre por lo menos la

posibilidad de conversar con otras personas y en ciertos casos, muchos, con mujeres y claro que me resulta atractivo, ¿no?, o sea creo que si soy coqueto (Adrián, entrevista, 7 julio 2022).

A diferencia de las otras personas participantes, Adrián hizo énfasis en el color de su piel como parte de su atractivo

Yo no me creo, yo no me siento universalmente guapo o por ejemplo no sé, a pesar de que no sé, tengo la tez blanca cosas así ciertamente trae muchos privilegios en una sociedad como la nuestra pero no me considero con un look para nada hegemónico ¿no?, en general tengo rasgos como desaliñados y sé que eso no sé puede ser percibido no sé cool, o chido, en algunos sentidos, pero sé que no es un look universal o sea sé que, si he notado por ejemplo alguna vez he tenido interés sexual en tal vez algunas mujeres más por ponerlo de alguna forma, conservadoras, en torno a cómo ellas perciben la sexualidad masculina, sus intereses, y creo que en esos momentos, si lo he notado (Adrián, entrevista, 7 julio 2022).

Sin embargo, a pesar de su sentir, el peso corporal si resulta un condicionante para el ejercicio de su sexualidad y su autopercepción al considerar que podría no sentirse a gusto consigo mismo

La verdad es que ahorita si me siento con sobrepeso, si he subido bastante, estoy con seis kilos arriba del peso que en realidad me gustaría tener. Entonces si me siento gordito, si me siento panzoncito y la verdad a veces sí, si siento que eso a veces no resulta tan atractivo. O sea, la verdad si me preguntas entorno a antes, yo siento que hace unos cinco años, yo creo que es la mejor percepción que he tenido, autopercepción de mi cuerpo que he tenido y más me ha gustado a mí, ahorita no me siento ahí. Entonces si me siento, si me puedo llegar a sentir un poco inseguro entorno a mi peso actual realmente, y si siento que eso puede influir en mis intenciones de intercambio sexual y de como soy percibido (Adrián, entrevista, 7 julio 2022).

En el caso de Aldo, la percepción es diferente con respecto a sus posibles vínculos sexuales y al establecimiento de relaciones erótico-afectivas. En parte, derivada de sus propias experiencias, pero también, de las formas en que ha construido su autopercepción corporal.

Si existe mucho el prejuicio de que los cuerpos esbeltos son más bellos, entonces si creo yo, digamos una autopercepción, tampoco es que me he detenido mucho en ello, digamos en pensar en eso que a lo mejor a ciertos tipos de personas les parezca más atractivo una persona esbelta, pero pues yo creo que pues en mi propia experiencia tampoco ha sido digamos, mi cuerpo como es, no ha sido un obstáculo para acercarme a alguien (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Una situación que resalta al compartir las experiencias de vida de las formas en como “maquillar” la apariencia

Por mucho tiempo también esta cuestión está, pues a veces uno tiene este complejo de que “ay no soy atractivo, mi cuerpo no es atractivo” y a veces uno hace cosas como para ocultarlo, ocupo ropa más holgada ¿no?, o ocupo algo que oculte, que disimule, digamos en esta idea de que a lo mejor nuestro cuerpo no es atractivo (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Por esa razón, resaltó la autoconfianza como una cualidad necesaria para el poder establecer vínculos con otras personas, sobre todo, de corte afectivo, además del respeto hacia la otra persona y una serie de cualidades emocionales que permitan establecer una relación de corte honesto y con posibilidades de duración. Particularmente, destacó su falta de experiencia en la interacción de corte erótico-afectivo con otras personas, entre otras causas, provocado por su miedo al rechazo por parte de otras personas, por lo que la comunicación de sus emociones le representa una complejidad a pesar de que, en otros aspectos de su vida, es una persona muy directa.

Tampoco es como que yo tenga mucha experiencia en esta, establecimiento de vinculo sexoafectivos, o sea con decirte que nada más he tenido una novia, o sea hasta ahorita solo he tenido una novia, y ya fuera de eso tampoco es como que, que sea muy versado en la, las artes de aproximarse a alguien para establecer este vínculo sexoafectivo (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

El humor ha sido una de las cualidades que más han destacado sobre su persona, y de forma autocrítica, considera que otro aspecto a su favor es el mantenerse informado sobre determinadas temáticas para poder entablar conversaciones

Tener buen humor, no hacer reír a la gente a cada rato, pero si tener una forma o manera de ver las cosas con humor. Creo que esa siempre ha sido una forma para mí de vincularme con otros, aunque no sea necesariamente digamos esta cuestión de seducción sexoafectiva, sino también con amistades. Pero, por ejemplo, con mi novia siempre me decía que algo que le llamó de mi fue que la hacía reír. Y este si puede ser que también me gusta saber cosas, como siempre estar informado y todo, a veces eso también despierta interés en otras personas, y también fue algo que le llamó mucho la atención, bueno de lo que me dicen, que le llamaba mucho la atención a mi novia que pues soy una persona que tiene mucha curiosidad y trata de saber cosas o estar informado (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Con respecto a su salud sexual y reproductiva, mencionó tener dificultades para eyacular, pero no ha acudido con ningún especialista en la materia ni lo ha platicado con otra persona. Lo mismo ocurre cuando ha sentido dolor al tener relaciones sexuales. Si bien considera su vida sexual como activa, reconoce el paso de períodos de tiempo de inactividad de varias

semanas debido a las dificultades de tiempo para poder compartir algunos momentos con su pareja en turno.

En lo relacionado con el sentimiento de atracción hacia otras personas, hizo énfasis en la necesidad de que la otra persona tenga confianza en sí misma y en su forma de ser y de su cuerpo, además de compartir algunos intereses intelectuales, o incluso ideológicos.

Me gusta también una persona que se sienta en confianza consigo misma, yo soy heterosexual, yo me siento atraído por las mujeres, no me he relacionado sexo afectivamente con hombres, y pues en las mujeres me gusta ver, me gusta que se sientan digamos pues en confianza consigo mismas, con su cuerpo (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Sí es notorio cuando alguien se siente en confianza consigo misma y creo que eso es algo que atrae, porque hablando de cuerpos, no pues no, tampoco es que me desviva, yo no recuerdo en ningún momento que yo me haya muerto por alguien con cuerpo estéticamente más atractivo (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Por eso, considera no tener un gusto en particular por determinado tipo de cuerpo o alguna característica específica.

Si me atraen diversos cuerpos, como que no, no hay así como un cuerpo ideal para mí, pero igual, no sé si algo más específico, no se (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Salvo con ciertos elementos o características

Me atrae digamos, el cabello, porque he encontrado un patrón de que, si tienen cabello café, me gusta, o muchas de las personas por las que me he sentido atraído pues tienen cabello café, a lo mejor es un patrón ahí. si digamos en cuestión de que sean delgadas o no, creo que realmente algo con lo que como que traiga un criterio de que, 'ay de que', 'ay si no es de tal talla, no me parece atractiva' (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

(Me) llama más la atención las caderas de una mujer me parecen más atractivas, a veces pues si encontraría unas caderas un poco más anchas lo consideraría un poco más atractivo que otras menos esbeltas (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Y en el caso de él, resalta la forma en que se han torneado sus piernas, al considerar que es una parte de su cuerpo que podría generar cierto atractivo.

Siempre me han gustado mis piernas, mis piernas anchas, entonces como que siempre he sentido confianza en las piernas como que es una parte de mi cuerpo que, ahora que hago más ejercicio, pues he notado que tengo bastante fuerza en las piernas y resistencia y todo eso pues es como una parte de mi cuerpo que me hace sentir confianza conmigo mismo, como que me ayuda mucho a hacer lo que

me gusta-mis piernas es una parte de mi cuerpo que me gustan bastante ver, que estén bien, que estén sanas, y pues, eso, es, es algo que me gusta (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

Aunque en otro aspecto, mantiene ciertos resquemores con otras partes de su cuerpo

Me rapo, yo ya tiene años que comencé a tener entradas, y este cuando empezaba a notar estas entradas pues dije ‘no, en algún momento me voy a quedar pelón’ entonces pues de una vez me rapo, entonces pues sí siento que el cabello me causa mucho conflicto a veces, entonces te digo ya tiene años que me rapo por esta cuestión de que yo tan joven y con una entradotas aquí, entonces si como que me causa conflicto tenerme que rapar porque no me gusta ya como se ve mi cabello largo (Aldo, entrevista, 22 junio 2022).

La experiencia de Aldo en cuanto al establecimiento de vínculos erótico afectivos es aún corta, pero mantiene una apertura hacia la diversidad corporal y el cambio de su autopercepción corporal con el objetivo de modificar ideas para poder ser partícipe de otras experiencias aún no vividas de corte sexual y de interacción con otras personas.

Todas las personas participantes en esta investigación mantienen una vida sexual activa, en su mayoría de corte heterosexual, pues sólo en el caso de Nora hubo una apertura hacia las interacciones con personas de su mismo sexo. En todos los casos se reconoció que, en algún momento, la definición de la persona con obesidad mermó la interacción sexual con otras personas debido a posibles dificultades para el entendimiento en la interacción con alguna otra persona en el ámbito relacional o por la falta una seguridad personal para el considerar establecer un vínculo del tipo al no considerar tener un cuerpo objeto del deseo o que cumpla con ciertos parámetros para poder ser considerada atractivo.

En el caso de las mujeres, si bien compartieron algunas experiencias de incomodidad con respecto a sus cuerpos, como parte de sus estrategias, resaltan aquellas partes de su corporalidad que podrían ser consideradas como atractivas para con quienes desean una interacción sexual y mostraron cierta receptividad para no limitar sus experiencias, además de no responder a todos los estereotipos vigentes correspondientes a la construcción corporal, pues incluso, ellas mismas no los desean o no los buscan como parte de sus objetivos sexuales.

En cuanto a los hombres, compartieron una mayor incomodidad con respecto a sus cuerpos y a las formas en que podrían ser percibidos. Incluso, en ambas situaciones expuestas, la percepción de un exceso de peso provocó la disminución del interés por mantener un vínculo sexual con otras personas o una limitante al dejar de sentirse atractivos o no considerarse como “deseables” para otras personas. Desde la mirada masculina, la imagen corporal resulta trascendental para el surgimiento

de la libido y del deseo sexual, considerando que a un cuerpo más deseable hay una mayor posibilidad de conseguir parejas sexuales casuales o fijas.

Las emociones son parte importante en la búsqueda de interacciones sexuales, más aún en el caso de las mujeres, pero también en el de los hombres. Si bien el objetivo de esta investigación está más centrado en la corporalidad, en el deseo de los cuerpos o el sentirse deseado, si se aprecia la importancia de la temática emocional en cuanto a las vivencias sexuales y a la generación de vínculos de este tipo, incluso, como parte de las estrategias para establecer dichas relaciones debido a que se busca generar empatía y atracción no sólo con aspectos físicos sino también emocionales.

Contrario al imaginario común de la carencia de vida sexual de las personas consideradas con obesidad, las cuatro personas participantes mantienen una vida sexual activa y consideran a la sexualidad como un componente importante de sus vidas. Incluso, le brindan un espacio importante dentro de sus tiempos. A pesar de sus posibles complejos o incomodidades de su cuerpo, estos no son los motivos por los que dejan de ejercer su sexualidad, sino más bien cuestiones cotidianas como el trabajo, el estudio o alguna otra actividad. De igual manera, salvo en un caso, la corporalidad representó una limitante para obtener satisfacción sexual ante la carencia de una interactividad placentera, limitada por el desempeño físico de la actividad sexual.

En materia de cuidado de la salud sexual y reproductiva, sólo en una de las situaciones se recurrió con un especialista, en los otros, a pesar de presentarse ciertas molestias o “anormalidades” con respecto al funcionamiento de los órganos sexuales o de algunas otras partes de la anatomía corporal no se solicitó alguna atención en especial ni tampoco se puso mucha atención a la anomalía. Nadie reportó alguna disfunción sexual de manera permanente.

Es a través de la sexualidad que las personas elaboran estrategias para la significación de sus cuerpos y los de otras personas, de su salud, de sus vínculos y los diferentes tipos de ellos, de su interacción con otras personas, de sus emociones, de su autoestima y de muchos otros componentes para su vida. De manera paralela, es a través de lo sexual que también es posible conocer el impacto de los discursos hegemónicos con respecto al cuerpo, a la sexualidad y a la salud, principalmente, y las formas en que surgen resistencias ante estos.

Discusión y reflexiones finales

La obesidad es un fenómeno multifactorial asociado a una interacción entre diversos componentes de diferentes rubros, que van desde lo biológico hasta lo cultural, incluyéndose aspectos sociales, económicos, políticos, ideológicos, estéticos, religiosos, históricos, ambientales, psicológicos, de género, estéticos, éticos, entre otros. Por lo tanto, requiere de una lectura más allá de la biomédica, centrada en el tratamiento médico de las personas diagnosticadas con sobrepeso u obesidad y en los intentos por mantener un control del peso corporal con base en ciertos valores anatómicos y en ciertos estándares alimenticios, de actividad física y estilos de vida.

Debido a su multifactorialidad, la obesidad requiere de diferentes niveles de análisis, desde el de las grandes estructuras en materia sanitaria, como son los organismos reguladores de las políticas sanitarias en materia de salud y quienes trabajan en conjunto con ellos desde diferentes instancias para proponer políticas y lineamientos a seguir en la materia, pasando por los de mesoestructura, es decir, las instancias que aterrizan lo macroestructural a nivel local para establecer los lineamientos nacionales y regionales, algunas veces adaptadas y en otras no, y a nivel microsociedad, representando las maneras en que a nivel individual se traducen las otras dos estructuras y las formas en que se puede generar una resistencia a las mismas.

Con base en nuestro estudio a nivel macroestructural, se observó que la condición de salud de obesidad se ha ido construyendo con ahínco en las últimas cinco décadas. En un primer lugar, a partir del comienzo de la medición del peso corporal a nivel masivo y el establecimiento de determinados valores hasta comenzar a elaborar ciertos ejercicios estadísticos en los que se ubicaban algunos porcentajes de las poblaciones con algún indicio de exceso de peso corporal.

Ante el incremento de dichas cifras hacia finales de la década de los 90, se planteó la existencia de una crisis en la materia debido al rápido aumento de los índices de personas diagnosticadas con obesidad en varios sectores de la población y al de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas directamente con el peso corporal o algunas otras cuestiones metabólicas modificadas por los incrementos de ingesta de azúcares y grasas.

Como respuesta comenzaron a plantearse e implementarse modelos de atención individual y comunitaria para la reducción del peso y el tratamiento de enfermedades

crónicas, centrados en aspectos médicos y nutriólogicos apoyados en políticas públicas y líneas de acción enfocadas a la reducción de las tasas epidemiológicas de sobrepeso y obesidad en un corto plazo de tiempo.

Uno de los aspectos clave fue la medición de los índices de obesidad a fin de elaborar escenarios y conocer las situaciones estadísticas de las diferentes regiones del mundo, así como la epidemiología de la misma. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la información obtenida sobre quienes han sido diagnosticados o considerados con obesidad sólo es de corte estadístico. En algunas ocasiones, con cruces con otras categorías o valores, pero los porcentajes que se obtienen están enfocados a la fracción de personas de una población total que presentan exceso corporal.

Otros temas relacionados y abordados en las baterías de encuestas son el consumo de alimentos, algunos hábitos cotidianos y alimenticios, la activación física, la compra de ciertos tipos de productos alimenticios, el gusto o la predilección por determinados alimentos, la cantidad de azúcares y grasas o de bebidas azucaradas consumidas.

Por lo tanto, las narrativas alrededor de la obesidad no están centradas en las personas sino en estadísticas, desconociéndose las perspectivas individuales de quienes han sido considerados o diagnosticados con obesidad, pues las mediciones métricas de ciertos estilos de vida no arrojan un conocimiento sobre determinadas tomas de decisión de las personas o la adopción de ciertas conductas o patrones, e incluso, sobre el consumo de determinados productos o no a pesar de conocer el riesgo de los mismos. Más distantes aún, los referentes a la autoconcepción o autopercepción de las personas sobre sus cuerpos, sus emociones, su sexualidad, su salud sexual y reproductiva, su vínculo con otras personas, y otros ejercicios de interactividad y afectividad.

La generación de un vínculo entre la obesidad y el cuidado de la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de la sexualidad está en proceso de construcción debido a que las investigaciones se han centrado en establecer una relación directa entre la obesidad y las disfunciones sexuales, planteando que las personas con sobrepeso u obesidad no pueden vivir plenamente su sexualidad como consecuencia de su peso corporal ni tampoco llevar a cabo sus funciones de reproductividad, ya que se considera que por sus condiciones corporales, les es más difícil.

En el ámbito biomédico, los estudios de corte cuantitativo son escasos, teniéndose un volumen considerable de los mismos, pero basado en la obtención de valores y cifras. En el caso de las investigaciones de corte cualitativo, aún son pocas las realizadas para el análisis de la obesidad. Como se puede observar en nuestra revisión, desde la biomedicina, prácticamente son nulos y desde otras ciencias sociales aún son escasos, incluida la antropología.

En el caso de las ciencias antropológicas, la propuesta es el análisis de la misma a partir de la antropología de la salud, basada en un enfoque biocultural que permita ubicar el impacto de la interseccionalidad de los diferentes componentes antes descritos en la cotidianidad de las personas calificadas como “con obesidad”, ya sea a partir de un diagnóstico clínico o de una consideración social.

A partir de este punto, se considera necesario seguir planteando investigaciones de corte social, con perspectiva antropológica, en la materia, las cuales, requieren de enfoques como el biocultural para poder elaborar narrativas centradas en las trayectorias de quienes han sido considerados o diagnosticados con obesidad, en cuya trama se observen los impactos de las macro y mesoestructura a nivel individual y su influencia en los propios devenires. Pero, con un préstamo de conceptos como los relacionados con lo corporal, lo emocional, e incluso, lo sexual.

A diferencia de otros momentos en la historia sanitaria del mundo, durante las dos últimas décadas se ha posicionado un discurso de crisis centrado en el aumento de los índices de sobrepeso y obesidad de forma rápida entre la población en general, formándose un discurso enfocado a la promoción del cuidado del peso corporal, la disminución del mismo y el cambio urgente de estilos y hábitos de vida y alimenticios.

Reforzado a través de los medios de comunicación y otros mecanismos de comunicación en cuyos contenidos se replica constantemente el mensaje de los “cuerpos ligeros” como los “cuerpos sanos”, “los cuerpos ideales”, o “los cuerpos modelos” para otras personas. Esos cuerpos socialmente aceptados, a los cuales nadie pone en entredicho, debido a que representan el éxito de un modelo socioeconómico, de una ideología, de ciertos estilos de vida y modelos de alimentación.

Estas nociones estructurales, presentes en todo el mundo, a causa de la implantación de un modelo global mundial de intercambio económico, privilegio del mercado, abierto a la

oferta y la demanda de un sinfín de mercancías y de productos, entre ellos, los alimentos ultraprocesados y “las comidas rápidas”, provocadores de una transición nutricional, basada en el tipo de alimentos consumidos, que pasaron de ser alimentos frescos y de temporada, asequibles en mercados y tianguis, comúnmente elaborados en casa a productos empaquetados, vendidos en tiendas de conveniencia o supermercados, fuera de temporada, basado en diferentes componentes industriales como saborizantes o colorantes artificiales y sustitutos de varios ingredientes naturales.

Situación similar a la ocurrida con las bebidas azucaradas y saborizadas, de las cuales aumentó su disponibilidad de manera considerable, pues de solo algunas marcas existentes en el mercado, estas se ampliaron en sabores, tamaños, empaques, disponibilidad, precio, variedad, y, por ende, el consumo de las mismas en todos los grupos etarios.

A escala mesosocial, las instituciones mexicanas de salud, de los diferentes sistemas de salud, han elaborado sus propias estrategias de atención y de prevención a la obesidad. Desde la Secretaría de Salud federal se han plasmado algunas líneas de acción, reforzadas con la elaboración de ciertas Normas Oficiales Mexicanas o algunos otros instrumentos legales, así como ejercicios estadísticos en materia de salud y nutrición. Y a partir de estos, cada entidad federativa ha diseñado sus propias medidas conforme a sus requerimientos locales.

Las encuestas y estudios estadísticos se han realizado de manera sistemática en las últimas dos décadas por parte del Instituto Nacional de Salud Pública con la finalidad de obtener un panorama epidemiológico sobre aspectos de salud, y al paso de tiempo, de nutrición, obteniéndose información sobre ciertos hábitos alimenticios y de consumo, preferencias, posibilidades de activación física, tiempo dedicado a la misma, entre otros aspectos relacionados con la temática.

Estos contextos están presentes en la ciudad de México, uno de los núcleos urbanos más grandes no sólo de la República Mexicana, sino de Latinoamérica, en donde se vive totalmente dentro de un ambiente obesogénico, cumpliéndose con todas las condiciones estipuladas por Ralston *et al*, y donde los hábitos de vida se transformaron a partir de los procesos de urbanización.

Es en un espacio urbano como este que las tasas de obesidad han aumentado de forma considerable debido a la modificación de los estándares de vida como consecuencia de una

explosión demográfica y de una transformación del espacio en un período de tiempo muy corto. Entre otros factores, los tiempos de desplazamiento han aumentado severamente, incrementando el consumo de alimentos en espacios fuera del hogar, en muchos de los casos con contenidos altos en grasas y azúcares y con poco balance y variedad de elementos verdes o de origen vegetal. Igualmente, las posibilidades de realización de actividad física disminuyen como consecuencia de lo descrito. Y a la par, se incrementa e incentiva el sedentarismo.

A escala micrososial se reflejan los niveles anteriormente descritos en situaciones como el constante monitoreo personal del peso corporal, el rechazo o la aceptación del cuerpo, la recurrencia a servicios de apoyo nutricional o de otro corte o la búsqueda de apoyo ante otras instancias u otras personas, la construcción de una autoimagen favorable o desfavorable y la asunción de la misma.

También se observan las verdaderas posibilidades de cambio de hábitos y las permanencias de ciertas costumbres en cuanto a lo que el discurso biomédico ha cuestionado y ha establecido como saludable o no saludable o lo que la estética ha determinado como aceptable o no aceptable. En todos los casos analizados, hay cierta apertura a la aceptación de los cambios propuestos por las autoridades de salud o los especialistas en la materia, pero también hay algunas resistencias a los mismos con base en una realidad difícil de ajustar a los requerimientos de las ciencias de la salud o a los criterios especializados en la materia.

Por lo que el seguimiento a cada una de las trayectorias da cuenta de las diferentes formas de adaptación de un discurso considerado como desasociado a los escenarios reales debido a su excesiva medicalización y poca individualización, siendo necesarias las narrativas sobre la obesidad más centradas en las personas y sus necesidades, sus emociones, sus condiciones de vida, sus economías, sus alcances y limitantes, entre muchos otros aspectos.

La introducción de las nociones de sexualidad y de salud sexual y reproductiva permitieron observar, de manera clara, las propias contradicciones de los discursos individuales con respecto a las nociones de obesidad, pues hubo quienes, a pesar de ser señalados como personas con obesidad, externaron cierto rechazo hacia los cuerpos gruesos o una predilección por cuerpos más delgados. Así como, las formas de establecer resistencias hacia una serie de estereotipos vinculados al ejercicio de la sexualidad, desde el considerar

que no hay una vida sexual activa, una forma torpe de ejercerla como consecuencia de la masa corporal, la carencia de estímulos sexuales, la presencia de múltiples disfunciones sexuales, la carencia de deseo por parte de otras personas hacia los cuerpos considerados con obesidad, entre algunos otros posicionados desde los imaginarios comunes o desde las ciencias biomédicas.

Las investigaciones en materia de obesidad requieren de la incorporación de la perspectiva de género debido a que el fenómeno se vive muy diferente desde el ser mujer o ser hombre o no considerarse parte de esta división binaria ante las exigencias sociales de ciertos prototipos corporales y genéricos o la permisividad para no cumplir con el deber ser aunado a las diferentes formas del ser sexual con base en la construcción genérica. Temas como la autopercepción corporal, la sexualidad, la reproducción, la salud, la imagen no pueden generalizarse ni establecerse parámetros universales.

El cuerpo es una categoría esencial para el abordaje de la obesidad debido a su relevancia en las formas de ser en el mundo de las personas a partir de él, pero también, por el peso histórico de la categoría en el establecimiento de una configuración social o de una serie de parámetros a seguir, así como la reconfiguración de las mismas con el objetivo de instigar al posicionamiento de un discurso a favor de la diversidad corporal.

La importancia de la investigación antropológica en el tema de la obesidad radica en la posibilidad de no analizar la temática con el objetivo de obtener respuestas universales ante un panorama en el que están involucradas las tres cuartas partes de la población del país, sino en la posibilidad de planteamientos pluriversales en los que se reconozcan las diferencias y las semejanzas, las distintas lecturas del mundo, del cuerpo, de la sexualidad y de la salud, tanto como mecanismos de resistencia como posibilidades ontológicas.

Si bien no se realizó una investigación enfocada al estudio de las emociones, parte de la información recabada mostró la importancia de las mismas en cuanto a la configuración de una autopercepción corporal y a sus impactos en la posibilidad del establecimiento de vínculos erótico afectivos y sexuales además de la construcción o no de una autoestima sustentada en la aceptación o el rechazo a la imagen corporal.

La obesidad y la política tienen un vínculo estrecho debido al posicionamiento del tema en la esfera pública, pero también, a los múltiples intentos de regulación del peso corporal al amparo de discursos hegemónicos, sustentados en la biomedicina, y en el anhelo

del control de los cuerpos a fin de someterlos a patrones estéticos cuasi imposibles de seguir debido a las condiciones socioculturales vigentes en las que los “cuerpos delgados” resultan una excepción, y no la regla.

La categoría de biopolítica resulta ineludible en el estudio de la obesidad debido a la excesiva regulación sobre el peso corporal y al establecimiento de un panorama de crisis al respecto, derivando en políticas de control de la población sustentadas en los ejes de la alimentación y la activación física. Por lo que las únicas soluciones planteadas a la problemática consisten en la restricción alimentaria, en específico de ciertos productos, y en las recomendaciones de incremento de las actividades físicas. Aunque, de manera contradictoria, las políticas económicas estimulan el desarrollo de la industria alimentaria de procesados.

A partir del enfoque biocultural es posible obtener una lectura multifactorial sobre la obesidad, tomando en cuenta múltiples aspectos como lo biológico, lo anatómico, lo fisiológico, lo genético, lo nutricional, desde una perspectiva crítica, no sólo sustentando dichas visiones en lo dicho por la medicina, sino en la interdisciplina. Y, por otra parte, el ámbito sociocultural, en donde las tradiciones y las costumbres, las posibilidades económicas, las ubicaciones geográficas, los contextos sociales, las nociones culturales, los vínculos históricos son elementos que terminan por definir la situación desde varios ejes, cuya intersección debe ser el objetivo a alcanzar a partir de más análisis con la misma perspectiva.

A la vez, surgen nuevas preguntas como ¿Cuáles son los mecanismos de resistencia de las personas, con respecto a su peso corporal, frente a discursos estéticos y médicos cada vez más insistentes en lo saludable como aquello delgado y carente de acumulación? ¿Qué papel debería ocupar la autopercepción corporal en la elaboración de las estadísticas oficiales, las políticas públicas y las líneas de acción? ¿Cómo debería llevarse a cabo una evaluación de las políticas públicas en la materia a partir de una perspectiva más humanista, centrada en la persona, y no en las generalidades? ¿Cuál debería ser el papel de las ciencias sociales, en específico, el de la antropología en salud, en medio de esta crisis sanitaria dictada por los organismos hegemónicos de vigilancia sanitaria?

Si bien el alcance de esta investigación no es total, sino parcial, su metodología y sus resultados tienen la finalidad de ser discutidos para el planteamiento de nuevas

investigaciones y para la continuación de la misma en otros espacios en las que el centro de la discusión sean las personas consideradas con obesidad.

Referencias bibliográficas

Aguirre Beltrán, Gonzalo (1992). *Nace la antropología médica* en Roberto Campos comp. *La antropología médica en México*, Instituto Mora – Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 39 -93.

Aguilar-Salinas, Carlos A. (2007). *Adiposidad abdominal como factor de riesgo para enfermedades crónicas* en *Salud Pública de México*, vol. 49, pp. 311-31

Almeida-Filho, Naomar (2013). *Para una teoría unificada sobre salud-enfermedad: I. Salud como objeto- modelo complejo* en *Revista Saúde Pública*, no. 47 (03), junio, pp. 433- 450.

Aranceta, Javier (2013). *Public health and the prevention of obesity: failure or success?* en *Nutrición Hospitalaria*, septiembre, no. 28, suplemento 5, pp. 128 -137.

Armelagos, George (2010). *The omnivore´s dilemma. The Evolution of the Brain and the Determinants of Food Choice* en *Journal of Anthropological Research*, vol. 66, no.2, pp. 161 – 186.

Armus, Diego (2010). *¿Qué historia de la salud y la enfermedad?* en *Salud colectiva* ;6(1):5-10, pp. 5 -10, consultado el 17 de junio de 2020 en <https://www.scielo.org/pdf/scol/2010.v6n1/5-10/es>

Ávila, Abelardo (2018). *Obesidad en la pobreza, una paradoja del México contemporáneo* en *Revista Ciencias*, no. 127-128, enero – junio, pp. 27-35.

Baeta S., María F. (2015). *Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud-enfermedad* en *Comunidad y Salud*, vol. 13, núm. 2, julio-diciembre, pp. 81-83.

Barquera, Simón et al. (2022). *Volviéndonos mejores: necesidad de acción inmediata ante el reto de la obesidad. Una postura de profesionales de la salud* en *Salud Publica México*, 64, 225-229.

Barquera, Simón; Hernández-Barrera, Lucía; Trejo-Valdivia, Belem; Shamah, Teresa; Campos-Nonato, Ismael y Rivera-Dommarco, Juan (2020). *Obesidad en México, prevalencia y tendencias en adultos. Ensanut 2018-19* en *Salud Publica México*, no.62, pp. 682-692

Barquera, Simón (2013). *Obesity prevention* en *Salud Pública de México*, vol. 55, Suplemento 3. Intervenciones para la prevención de la obesidad en población latinoamericana, pág. 356.

Barquera, Simón; Campos, Israel y Domarco Rivera, Juan Antonio (2013). *Mexico attempts to tackle obesity: the process, results, push backs and future challenges* en *Obesity Reviews*, noviembre, vol. 14, issue 52.

Barquera, Simón; Campos-Nonato, Ismael; Rojas, Rosalba y Rivera, Juan (2010). *Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención* en *Gaceta Médica de México*, no. 146, pp. 397-407

Barquera, Simón y Tolentino, Lizbeth (2005). *Geografía de las enfermedades asociadas con la nutrición en México: una perspectiva de transición epidemiológica* en *Papeles de población*, no 43, pp. 133 -148.

Barros, Nelson Filice de y Nunes, Everardo Duarte (2009). *Sociologia, medicina e a construção da sociologia da saúde* en *Revista de Saúde Pública*, , no. 43, vol. 1, pp. 169-175, consultado el 16 de junio de 2020 en https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100022

Batthyány, Karina y Cabrera, Mariana (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial*, Montevideo, Universidad de la República, 96 págs.

Belausteguigoitia, Marisa; Chaparro, Amneris; García, Modesta; Maciel, Janaina, Moreno, Hortensia; Tapia, Alejandra; Torres, César y Vásquez, Salma (2022). *Antimanual de la lengua española para un lenguaje no sexista*, UNAM – CIEG, 47 págs.

Bengoa, José María (2003). *Historia de la nutrición en salud pública* en *Anales Venezolanos de Nutrición*, v.16, n.2, junio.

Benyamini, Yael y Todorova (2017). *Women's Reproductive Health in Sociocultural Context* en *International Journal of Behavioral Medicine*, no. 24, pp. 799- 802.

Bertrán, Miriam (2010). *Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México* en *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, vol. 20, núm. 2, abril-junio, pp. 387-411.

Bircher, Johannes y Hahn, Eckhart (2017). *The Meikirch Model as a Conceptual Framework for Person Centered Healthcare* en *European Journal for Person Centered Healthcare*, vol. 5, issue 2.

Bircher, Johannes y Kuruvilla, Shyama (2014). *Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: New opportunities for health care and public health* en *Journal of Public Health Policy*, volumen 35, issue 3, agosto, pp. 363–386.

Blodgett, Elizabeth y Benson, Kristen (2013). *Differences in Emerging-Adult Women's Body Image and Sexuality Outcomes According to BMI and Dating Status* en *International Journal of Sexual Health*, vol. 25, issue 3, pp. 225 – 239.

Bourdieu, Pierre (1991). *El sentido práctico*, Madrid, Taurus.

Bourdieu, Pierre (1987). *Espacio social y poder simbólico* en *Cosas Dichas*, Barcelona: Editorial Gedisa, págs. 127-142.

Bourgues, Héctor; Bengoa, José y O'Donnell, Alejandro (2000). *Historias de la nutrición en América Latina*, Sociedad Latinoamericana de Nutrición, 268 págs.

Botlani, Saeideh y Pal, Sebely (2018). *Obesity, mental health, and sexual dysfunction: A critical review* en *Health Psychology Open*, julio – diciembre, 5(2), consultado el 21 de abril de 2020 en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6047250/>

Braverman-Bronstein, Ariela; Camacho-García-Formentí, Dalia; Zepeda-Tello, Rodrigo; Cudhea, Frederick; Singh, Gitanjali; Mozaffarian, Dariush y Barrientos Tonatiuh (2020). *Mortality attributable to sugar sweetened beverages consumption in Mexico: an update in International Journal of Obesity*, no. 44, pp. 1341–1349.

Brooke, Thomas (2016). *Exploring biocultural concepts: anthropology for the next generation* en Molly Zuckerman y Debra Martin. *New directions in Biocultural Anthropology*, Hoboken, Nueva Jersey, pp. 29-47.

Butler, Judith (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, Barcelona, Paidós, 316 págs.

Cabot, Mateu (2008) *Nuestra época en clave estética: estetización generalizada y nuevas artes* en Luis Puelles y Rosa Fernández eds. *Estetización y nuevas artes*, Contrastes. Suplemento, N°. 13, pp. 29-40.

Campos-Nonato, Ismael; Galván-Valencia, Oscar; Hernández-Barrera, Lucía; Oviedo-Solís Cecilio y Barquera, Simón (2023). *Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022* en *Salud Pública México*, 65 (supl. 1), S238-S247.

Campos, Roberto; Peña, Edith y Maya, Alfredo (2017). *Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016)* en *Salud Colectiva*, vol. 13, no. 3, pp. 443-455

Cano- Rodrigo, Susana; Soriano, José Miguel y Merino, Juan Francisco (2017). *Causas y tratamiento de la obesidad* en *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 37(4), pp. 87-92.

Carbonetti, Adrián; Aizenberg, Lila, y Rodríguez, María Laura (2013). *La Historia Social de la Salud y la Enfermedad: conformación, logros y desafíos* en *Estudios*, no. 30, julio – diciembre, pp. 145 – 157, consultado el 17 de junio de 2020 en <http://www.scielo.org.ar/pdf/ecea/n30/n30a09.pdf>

Castillo Pérez, Nydia María, coord. (2014). *Obesidad y sexualidad responsable: análisis del impacto de los spots publicitarios en tres estados de México*, México, Plaza y Valdés Editores, 192 págs.

Castro, Ana Elisa y Meléndez, Juana (2021) *Balance y perspectivas para la comprensión de la obesidad en México en el siglo XXI*, México, Clave Editorial – UANL, 223 págs.

Castro, Roberto (2016). *De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad en Salud Colectiva*, 12, marzo, pp. 71-83.

Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, México, UNAM, 320 págs.

Cecchini, Michael, coord. (2019). *The heavy burden of obesity: the economics of prevention*, OCDE, Francia, consultado el 3 de junio de 2020 en https://www.oecd-ilibrary.org/sites/67450d67-en/index.html?itemId=/content/publication/67450d67-en&csp_=77ac5dad9f2cb67b4d2e46c9fc814aa4&itemIGO=oecd&itemContentType=book#section-d1e732

Centers for Disease Control and Prevention (2020). *Overweight and obesity*, consultado el 26 de julio de 2020 en <https://www.cdc.gov/obesity/index.html>

Cerón, Víctor; Fernández, Gabriel; Figueroa. Apolinar y Restrepo, Inés (2019). *El enfoque de sistemas socioecológicos en las ciencias ambientales en Investigación y Desarrollo*, vol. 27, núm. 2, pp. 85-109.

Chen, Eunice y Brown, Molly (2005). *Obesity Stigma in Sexual Relationships* en *Obesity Research*, vol. 13, no. 8, agosto.

Ciccía, Lu (2022). *La invención de los sexos. Cómo la ciencia puso el binarismo en nuestros cerebros y cómo los feminismos pueden ayudarnos a salir de ahí*, México, Siglo XXI Editores, 254 págs.

Cockerham, William (2010). *Health Sociology In a Globalizing world* en *Política y Sociedad*, vol. 48, no. 2, pp. 235-248.

Comelles, Josep y Martínez, Ángel (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*, Madrid, Eudema, 96 págs.

Connell, Raewyn (2015). *Masculinidades*, México, PUEG - UNAM, 343 págs. 2º edición.

Conrad, Peter (1992). *Medicalization and social control* en *Annual Review of Sociology*, Vol. 18, pp. 209-232

Contreras, Jesús y Gracia, Mabel (2005). *Alimentación y cultura : perspectivas antropológicas*, Barcelona, Ariel, 505 págs.

Counihan, Carole (1999). *The anthropology of food and body*, Routledge, Nueva York – Londres, 256 págs.

Cruz, Marcelina; Tuñón, Esperanza; Villaseñor, Marta; Álvarez, Guadalupe y Byron, Ronald (2013). *Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología en Región y Sociedad*, año XXV, no. 57, pp. 165 – 202.

Diario Oficial de la Federación (2018). *NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad*, 18/05/2018, consultada el 8 de junio de 2020 en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5523105&fecha=18/05/2018

Diario Oficial de la Federación (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*, 20/05/2013, consultada el 8 de junio de 2020 en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5523105&fecha=18/05/2018

Diario Oficial de la Federación (2008). *Programa sectorial de salud 2007-2012 "Por un México Sano: Construyendo Alianzas para una Mejor Salud"*, 17/0/2008, consultada el 13 de junio de 2020 en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5028687&fecha=17/01/2008#gsc.tab=0

Diario Oficial de la Federación (1995). *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, 31/05/1995, consultada el 13 de junio de 2020 en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4874791&fecha=31/05/1995#gsc.tab=0

Di Giacomo, Susan (2013). *La metáfora como enfermedad: dilemas posmodernos en torno a la representación del cuerpo, la mente y el padecimiento* en Àngel Martínez-Hernández, Lina Masana y Susan M. DiGiacomo. *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*, Tarragona/Porto Alegre, Universitat Rovira i Virgili – Asociación Brasileña de Redes Unidas, pp. 73- 84.

Elias, Norbert (2016). *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*, México, Fondo de Cultura Económica, 686 págs.

El Poder del Consumidor (2012). *El fin del Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria (ANSA) y la necesidad de una ley y política integral de combate a la obesidad*, México, 32 págs.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 , consultada el 16 de abril de 2020 en <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/doctos/informes/ENSANUT2016ResultadosNacionales.pdf>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 , consultada el 16 de abril de 2020 en https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

Engin, Ayse Basak y Engin, Atilla, eds. (2012). *Obesity and lipotoxicity*, Nueva York, Springer, 624 págs.

Eskew, Ashley y Hurst, Bradley (2016). *Obesity and Women's Reproductive Health: What's the big deal?* en *Topics in Obstetrics and Gynecology*, vol. 36, no. 13, pp. 1-5.

Espinoza, Ricardo; Moreno, Alberto y Gómez, Fernando (2019). *El problema de la obesidad en tiempos de capitalismo tardío: de la economía neoliberal a las políticas públicas colaborativas basadas en el “buen vivir”* en *Saúde e Sociedade*, vol. 28, no.2, pp. 239-248.

Esteban, Mari Luz (2010). *Diagnósticos en salud y género: aportaciones antropológicas para una perspectiva integral de análisis* en Mari Luz Esteban, Josep M. Comelles y Carmen Díez Mintegui (coord.) *Antropología, género, salud y atención*, Barcelona, Ediciones Bellaterra, pp. 49-68.

Esteban, Mari Luz (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*, Barcelona, Edicions Bellaterra, 253 págs.

Fábrega, Horacio (1979). *The ethnography of illness* en *Social Science and Medicine*, no13A, pp. 565-576.

Falquet, Jules (2022). *Imbricación. Más allá de la interseccionalidad. Mujeres, raza y clase en los movimientos sociales*, Buenos Aires, Editorial Madre Selva, 314 págs.

Fassin, Didier (2004). *Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud* en *Revista Colombiana de Antropología*, vol. 40, enero-diciembre, pp. 283-318.

Figuroa, Juan Guillermo (2014). *Políticas públicas y la experiencia de ser hombre. Paternidad, espacios laborales, salud y educación*, México, El Colegio de México, 315 págs.

Figuroa, Juan Guillermo y Salguero, Alejandra (2014). *¿Y si hablas de...sde tu ser hombre? Violencia, paternidad, homoerotismo y envejecimiento en la experiencia de algunos varones*, México, El Colegio de México, 493 págs.

Fischler, Claude (1987). *La symbolique du gros* en *Communications*, 46, pp. 255-278.

Fernandez Varelo, MJ; Martínez Galiano, JM; Herrera Gómez A (2011). *Influencia de la obesidad en la salud sexual y reproductiva* en *Rev Enferm*, dec. 34(12), pp. 52-56.

Foucault, Michel (2021). *La sexualidad, seguido de El discurso de la sexualidad. Cursos en Clermont-Ferrand (1964) y Vincennes (1969)*, México, Ediciones Akal, 328 págs.

Foucault, Michel (2011). *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*, México, Siglo XXI editores, 4ª reimp., 150 págs.

Foucault, Michel (2007). *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el College de France (1978 -1979)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 331 págs.

Foucault, Michel (1976). *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*, retomado de <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1095/1008>

- Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Ed. Península, Barcelona, pp.21-38 y 83-95.
- Frenk, Julio (1992). *La nueva salud pública*, en Organización Panamericana de la Salud. *La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate*, Washington D.C., OPS/OMS, Publicación científica, no. 540, pp. 75- 93.
- Freyermuth, Graciela y Sesia, Paola (2006). *Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica* en *Desacatos*, no. 20, enero-abril, pp. 9 - 28.
- Fuentes, Mónica y López, Sergio (2005). *La investigación social en salud: comunicaciones recientes en Salud Pública México* en *Salud Pública México*, vol.47 no.1, enero - febrero.
- Gadamer Hans Georg (2001). *El estado oculto de la salud*, Barcelona, Gedisa, 323 págs.
- Gargallo, Francesca (2000). *Género* en Horacio Cerutti Guldberg (director), *Diccionario de filosofía latinoamericana*, Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe (antes Centro Coordinador y Difusor de Estudios Latinoamericanos), UNAM, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca.
- Galgani, José y Ravussin, Eric (2011). *Principles of Human Energy Metabolism* en Rexford S. Ahima, *Metabolic Basis of Obesity*, Nueva York, Springer, pp. 1-24.
- Gama, Augusta; Marques, Patricia; Madeira, Tiago y Rosado, Vitor (2020). *Excesso de peso ou obesidade e fatores do estilo de vida em idosos do concelho de Lisboa* en *Antropologia Portuguesa*, vol. 37, pp. 131-158
- Garine, Igor (2002). *Antropología de la alimentación y autenticidad cultural* en Mabel Gracia Arnaiz, coord. *Somos lo que comemos: estudios de alimentación y cultura en España*, Barcelona, Ariel, pp. 9-13.
- Garine, Igor y Pollock, Nancy (2004). *Social aspects of obesity*, Nueva York – Londres, Taylor and Francis Group.
- Garine, Igor y Vargas, Luis Alberto (2006). *Introducción a las investigaciones antropológicas sobre alimentación y nutrición* en Florencia Peña Saint Martin y Arturo Luis Alonzo Padilla, coords. *Cambio social, antropología y salud*, Conaculta – INAH, México, pp. 103 -120.
- Garza, Beatriz y Ramos, María Elena (2017). *Cambios en los patrones de gasto en alimentos y bebidas de hogares mexicanos (1984-2014)* en *Salud Pública de México*, vol. 59, no. 6, noviembre-diciembre, pp. 612 – 620.

Ghaderpour, Saber; Ghiasi Rafighe; Heydari, Hamed y Keyhanmanesh Rada (2021). *The relation between obesity, kisspeptin, leptin, and male fertility* en *Horm Mol Biol Clin Investig*, vol. 43(2), pp. 235-247.

Gilman, Sander (2008). *Fat. A cultural history of obesity*, Cambridge, Polity Press, 237 págs.

Goeree, Ron y Diaby, Vakaramoko (2013). *Introduction to health economics and decision-making: Is economics relevant for the frontline clinician?* en *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, vol. 27, issue 6, diciembre, pp. 831-844.

Good, Byron (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Barcelona, Edicions Bellaterra, 375 págs.

Goodle, Fiona (2011). *What is health?* en *British Medical Journal*, julio, 343.

Goodman, Alan; Dufour, Darna y Peltó, Gretel, ed (2000). *Nutritional Anthr algunas opology. Biocultural perspectives on food and nutrition*, Mayfield publishing company, California, 392 págs.

Gracia, Mabel (2000). *La complejidad biosocial de la alimentación humana en Zainak. Cuadernos de Antropología – Etnografía*, no 20, pp. 35 – 55.

Gracia, Mabel (2002). *La alimentación en el umbral del siglo XXI: una agenda para la investigación sociocultural en España* en Mabel Gracia Arnaiz, coord. *Somos lo que comemos: estudios de alimentación y cultura en España*, Barcelona, Ariel, pp. 15-40.

Gracia, Mabel (2003). *Alimentación y cultura: ¿hacia un nuevo orden alimentario?* en Julia Navas y Carmen Gaona. *Los modelos alimentarios a debate. La interdisciplinariedad de la alimentación*, España, Universidad Católica San Antonio de Murcia, pp. 205 – 230.

Gracia, Mabel (2010). *Engordar, adelgazar, enfermar: algunas reflexiones sobre alimentación* en Mari Luz Esteban, Josep M. Comelles y Carmen Díez Mintegui (coord.) *Antropología, género, salud y atención*, Barcelona, Ediciones Bellaterra, pp. 69-85.

Gracia, Mabel (2011). *La medicalización de la obesidad. Concepciones y experiencias sobre la gordura en jóvenes con "exceso" de peso* en *Zainak. Cuadernos de Antropología-Etnografía*, no. 34, pp. 225-241.

Gracia, María (2011). *La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social* en *Revista de Facultad de Medicina*, vol.54, no.3, pp. 20 – 28.

Gracia, Mabel (2014). *De la lipofobia al lipofobismo: imágenes y experiencias en torno de la obesidad* en *Salud i Ciencia* 20(4), pp. 382-388.

Guber, Rosana (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*, Buenos Aires, Siglo XXI, 160 págs.

Hadley, Craig y Crooks, Deborah (2012). *Coping and the Biosocial Consequences of Food*

- Insecurity in the 21st Century* en *Yearbook of Physical Anthropology*, vol. 55, pp. 72 – 94.
- Haydn, Leigh (2006). *The Parallel Lives of Biocultural Synthesis and Clinically Applied Medical Anthropology* en *NEXUS*, vol. 19, pp. 75 -101.
- Hernández Alcántara, Alfredo, Arechiga, Julieta y Méndez, Adriana (2011). *La gula y los siete trastornos alimentarios* en *Ciencia*, enero – marzo, pp. 83 – 87.
- Hersch, Paul (2013). *Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria* en *Revista Salud Pública*, vol.55, no.5, sep/oct.
- Izquierdo, Andrea; Crujeiras, Ana; Casanueva, Felipe y Carreira, Marcos (2019). *Leptin, Obesity, and Leptin Resistance: Where Are We 25 Years Later?* en *Nutrients*, noviembre, 11(11): 2704e, consultado el 1 de junio de 2020 en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6893721/>
- Jaramillo, Juvencio; Isaac, Fernando y Estrada, Dulce (2018). *Causas socioeconómicas de la obesidad infantil en Monterrey, Nuevo León, un modelo explicativo y evidencia empírica como factor de política pública en salud* en *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, enero, consultado el 15 de junio de 2020 en <http://www.eumed.net/rev/caribe/2018/01/obesidad-infantil-monterrey.html>
- Kantor, Renee (2011). *Una historia de la gordura. Entrevista a Georges Vigarello* en *El Malpensante*, edición 116, febrero.
- Katz, David (2014). *Perspective: Obesity is not a disease* en *Nature*, vol. 508, S57
- Kismodi, Eszter y Ferguson, Laura (2018). *Celebrating the 70th anniversary of the UDHR, celebrating sexual and reproductive rights* en *Reproductive Health Matters*, no. 26, pp. 1–5.
- Kivits, Joëlle; Fournier, Cécile; Mino, Jean-Christophe; Frattini, Marie-Odile; Winance, Myriam; Lefève, Céline; Robelet, Magali (2013). *Jalons pour une recherche interdisciplinaire en santé et en sciences humaines et sociales : apports d'un séminaire de recherche* en *Santé Publique*, vol. 25, pp. 579 – 586, consultada el 16 de junio de 2020 en <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-5-page-579.html>
- Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press, Berkeley.
- Kleinman Arthur, 1988, *Illnes narratives*. Basic Books. New York.
- Kleinman, Arthur y Benson, Peter (2006). *Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It* en *PLoS Medicine*, volumen 3, issue 10, e294.
- Krieger, Nancy (2001). *Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva ecosocial* en *International Journal of Epidemiology*, agosto, V. 30

pp. 668-677, disponible en <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2015/11/krieger2.pdf>

Kumar Singh, Rajan; Kumar, Permendra y Mahalingam, Kulandaivelu (2017). *Molecular genetics of human obesity: A comprehensive review* en *Comptes Rendus Biologies*, volume 340, issue 2, febrero, pp. 87-108, consultado el 1 de junio de 2020 en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1631069116301895?via%3Dihub>

Landy, David (1990). *Toward a biocultural medical anthropology* en *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 4, no. 3, septiembre, 358 – 369.

Leatherman, Thimas, Hoke, Morgan y Goodman, Alan (2016). *Local nutrition in global contexts: critical biocultural perspectives on the nutrition transition in Mexico* en Molly Zuckerman y Debra Martin. *New directions in Biocultural Anthropology*, Hoboken, Nueva Jersey, pp. 49-65.

Lebel, Alexandre; Riva, Myléne; Pampalon, Robert y Thériault, Marius (2010). *The Geography of Overweight in Quebec: Analyzing and Visualizing Spatial Inequalities Using Second-level Residuals* en *Canadian Journal of Public Health*, vol. 101, no. 2, marzo – abril, pp. 133 – 137.

Le Breton, David (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*, Nueva Visión, Buenos Aires, 256 págs.

Le Breton, David (2002). *La sociología del cuerpo*, Nueva Visión, Buenos Aires, 112 págs.

Leonardi, Fabio (2018). *The Definition of Health: Towards New Perspectives* en *International Journal of Health Services*, vol. 48(4), pp. 735–748.

Lipovetsky, Gilles (2020). *Gustar y emocionar. Ensayo sobre la sociedad de seducción*, Barcelona, Anagrama, 473 págs.

Lipovetsky, Gilles (2016). *De la ligereza. Hacia una civilización de lo ligero*, Barcelona, Anagrama.

Lipovetsky, Gilles y Serroy, Jean (2015). *La estetización del mundo. Vivir en la época del capitalismo artístico*, Barcelona, Anagrama,

Lipovetsky, Gilles y Charles, Sebastien (2014). *Los tiempos hipermodernos*, Barcelona, Anagrama, 138 págs.

Liuzzi, Antonio y Di Blassio, Anna Maria (2013). *An Up-to-Date Vision on the Aetiology and on the Epidemiology of Obesity and Morbid Obesity* en Paolo Capodaglio, Joel Faintuch y Antonio Liuzzi en *Disabling Obesity. From determinants to health care models*, Nueva York, Springer, pp. 1-21.

Liu, Yue y Dhing, Zhide (2017). *Obesity, a serious etiologic factor for male subfertility in modern society* en *Reproduction*, volume 154, Issue 4, pp. 123-131.

López, Cristina (2013). *La biopolítica según la óptica de Michel Foucault : alcances, potencialidades y limitaciones de una perspectiva de análisis* en *El banquete de los dioses. Revista de filosofía y teoría política contemporáneas*, vol.1 no. 1 nov 2013-mayo 2014.

Loría, David (2021). *Leer el cuerpo gordo. Miradas a la narrativa mexicana contemporánea desde la adipocrítica*, México, Universidad Iberoamericana, 87 págs.

Luján, Karina y Monterubbianesi, Pablo (2016). *Aportes de la economía de la salud al estudio de la transición de riesgos sanitarios: el caso de la obesidad* en *Ensayos sobre política económica*, vol.34, no.81, julio – diciembre, consultado el 15 de junio de 2020 en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-44832016000300005&lng=en&tlng=en

Luzania, Manuel (2009). *Geografía de la salud* en *Altepepaktli. Salud de la comunidad*, vol. 5, no. 10, septiembre, pp. 8 -10.

Luzi, Livio y Radaelli, Maria Grazia (2002). *Infuenza and obesity: its odd relationship and the lessons for COVID-19 pandemic* en *Acta Diabetológica*, no. 57, pp. 759–764.

Mallimaci, Fortunato y Giménez, Verónica (2009). *Historia de vida y método biográfico* en Vasilachis de Gialdino, Irene, coord. *Estrategias de investigación cualitativa*, Barcelona, Gedisa, 175 – 212 págs.

Malo, Miguel (2017). *Perspectivas en la lucha contra la obesidad como problema de salud pública* en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, no. 34(1), pp. 5-6.

Marmot, Michael y Bell, Ruth (2016). *Social inequalities in health: a proper concern of epidemiology* en *Annals of Epidemiology*, vol. 26, issue 4, abril, pp. 238 – 240.

Marrodán, María Dolores (2000). *La alimentación en el contexto de la evolución biocultural de los grupos humanos* en *Zainak. Cuadernos de Antropología – Etnografía*, no 20, pp. 109-121.

Martínez, Alfredo y Rendo, Tara (2019). *Últimos descubrimientos en el tratamiento dietético de la obesidad: investigación basada en la evidencia* en *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, no. 23, suplemento 1, pp. 90-91.

Martínez, Ángel (2007). *Cultura, enfermedad y conocimiento médico* en Mariluz Esteban (ed). *Introducción a la Antropología de la Salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*, Bilbao, Osalde, 243 págs.

Mazagatos, Begoña; Ingles-Bordab, Sandra y López-Picadoc, Amanda (2015). *El cuerpo como objeto de deseo en obesos mórbidos con antecedentes de abuso sexual* en *Revista de*

la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol.35, no.126, abr./jun, consultada el 9 de junio de 2020 en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000200003

McElroy, Ann (1990). *Biocultural models in studies of human health and adaptation en Medical Anthropology Quarterly*, vol. 4, no. 3, septiembre, 243 – 265.

Medina-Zacarías, María Concepción (2020). *Factores de riesgo asociados con sobrepeso y obesidad en adolescentes mexicanas en Salud Pública México*, vol.62, n.2, pp.125-136

Menéndez, Eduardo (1992). *La antropología médica en México* en Roberto Campos comp. *La antropología médica en México*, Instituto Mora – Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 97-113.

Menéndez, Eduardo (2005). *Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos en Revista de Antropología Social*, vol. 14, pp. 33-69.

Menéndez, Eduardo (2008). *Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades en Región y sociedad*, vol.20, especial 2, enero, disponible en https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252008000400002

Menéndez, Eduardo (2016). *Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos en Ciencia y Salud Colectiva*, 21, 1, pp. 109 – 118.

Menéndez, Eduardo (2018). *Poder, estratificación social y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Tarragona, Universitat Rovira i Virgili, 546 págs.

Messer, Ellen (2006). *Globalización y dieta: significados, cultura y consecuencias en la nutrición* en Miriam Bertrán y Pedro Arroyo (eds.) *Antropología y nutrición*, México, UAM-X/Fundación Mexicana para la Salud, pp. 27-74.

Michaud, Yves (2007). *El arte en estado gaseoso. Ensayo sobre el triunfo de la estética*, México, Fondo de Cultura Económica, 169 págs.

Mills, Anne (2014). *Reflections on the development of health economics in low- and middle-income countries en Proceedings of the Royal Society*, vol. 281, issue 1789, agosto, consultado el 16 de junio de 2020 en https://royalsocietypublishing.org/doi/full/10.1098/rspb.2014.0451?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&

Minello, Nelson (1998). *De las sexualidades. Un intento de mirada sociológica* en Ivonne Szasz, Ivonne y Susana Lerner. *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, El Colegio de México, pp. 35 – 48.

Montero, Carmen (2004). *Alimentación y vida saludable ¿Somos lo que comemos?*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 228 págs.

- Montero, J. C. (2001). *Obesidad: Una visión antropológica*. Universidad de Buenos Aires.
- Montoya, Gabriel (2007). *La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva* en *Acta Bioethica*, no. 13, vol. 2, pp. 168 – 175.
- Morales, Audacio (2010). *Visión epistemológica de la obesidad a través de la historia en Comunidad y salud*, vol. 8, no. 2, consultado el 18 de junio de 2020 en http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932010000200011
- Morin, Raúl (2008). *Obesidad y sexualidad* en *Revista Trabajo Social*, no. 18, pp. 4-13
- Muñiz, Elsa y List, Mauricio (2007). *Pensar el cuerpo*, México, UAM Azcapotzalco, 264 págs.
- Muscogiuri, Giovanna; Pugliese, Gabriella; Barrea, Luigi; Savastano, Silvia y Colao, Annamaria (2020). *Obesity: The “Achilles heel” for COVID-19?* en *Metabolism Clinical and Experimental*, abril, p. 108.
- Navas, Julia; Palacios, José y Muñoz, Praxedes (2014). *La otra cara de la obesidad: reflexiones para una aproximación sociocultural* en *Ciência y saúde coletiva*, 19 (06), junio.
- Núñez, Guillermo (2017). *Abriendo brecha. 25 años de estudios de género de los hombres y masculinidades en México (1990 -2014)*. México, CIAD, 233 págs.
- Organización de las Naciones Unidas (2011). *Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*, consultada el 3 de junio de 2020 en <https://undocs.org/es/A/66/L.1>
- Organización de las Naciones Unidas (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*, consultado el 3 de junio de 2020 en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Estrategia Global para la Salud, la Dieta y la Actividad Física*, 18 págs.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Obesidad. Prevención y manejo de la epidemia global*, Génova, OMS, Serie de Reportes Técnicos, no. 894, 254 págs.
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *Prevención de la obesidad*, disponible en <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad#:~:text=La%20obesidad%20es%20uno%20de,como%20varios%20tipos%20de%20c%C3%A1ncer.>
- Ortiz Gómez, Ana Silvia; Vázquez García, Verónica; Montes Estrada, Margarita (2005). *La alimentación en México: enfoques y visión a futuro* en *Estudios Sociales*, vol. 13, núm. 25, enero-junio, pp. 8-34.

Osorio, Rosa María (2017). *El significado del diagnóstico en la trayectoria del enfermo reumático: De la incertidumbre a la disrupción biográfica* en *Salud Colectiva*, Universidad de Lanús, 13(2):211-223

Paradies Yin; Ben Jehonathan; Denson, Nida; Elias, Amanuel; Priest, Naomi; Pieterse, Alex, et al. (2015) *Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis* en *PLoS ONE* 10(9), consultado el 16 de junio de 2020 en <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0138511>

Peña-Romero, Alicia; Navas-Carrillo, Diana; Marín, Francisco y Orenes-Piñero, Esteban (2018). *The future of nutrition: Nutrigenomics and nutrigenetics in obesity and cardiovascular diseases* en *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, no. 58, vol. 17, pp. 3030-3041.

Peña Sánchez, Edith Yesenia (2010). *El enfoque biosocial aplicado a la investigación epidemiológica sobre obesidad* en *Revista Salud Pública y Nutrición*, vol. 11, no. 2, abril – junio.

Peña Sánchez, Edith Yesenia (2011). *Antropología sexual: bases teóricas y metodológicas* en Anabella Barragán y Lauro González. *La complejidad de la antropología física*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, tomo II, pp. 289 – 314.

Peña Sánchez, Edith Yesenia (2012). *Enfoque biocultural en antropología : alimentación-nutrición y salud-enfermedad en Santiago de Anaya*, Hidalgo, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 381 págs.

Peña Sánchez, Edith Yesenia y Hernández Albarrán, Lilia (2015). *Entre cuerpos y placeres. Representaciones y prácticas sexuales en personas con discapacidad adquirida*, México, Universidad Autónoma de Nuevo León, 415 págs.

Peña Sánchez, Edith Yesenia y Hernández Albarrán, Lilia (2013). *Entre saberes ancestrales y conocimiento contemporáneos. Las representaciones y prácticas curativas en Suchitlán, Comala, Colima*, México, INAH, 411 págs.

Peña Sánchez, Edith Yesenia y Landeverde, Avelina (2015). *Reflexiones sobre la obesidad desde la perspectiva del riesgo epidemiológico y social* en *Estudios de Antropología Biológica*, vol. XVII, no. 2, pp. 105 – 120.

Peña-Sánchez, Edith, y Landaverde- Martínez, Avelina (2015). *Obesidad: entre los límites del sobre peso y la confusión. Los medios de comunicación y la condición de salud como riesgo* en Coord. Fernanda García de Arco, et al. *La fuente hemerográfica en la diacronía: Variedad de enfoques*. México, UAM, pp. 326-355.

Perdiguero, Enrique; Bernabeu J; Huertas R, et al (2001). *History of health, a valuable tool in public health* en *Journal of Epidemiology and Community Health*, no. 55, pp. 667-673, consultada el 17 de junio de 2020 en <https://jech.bmj.com/content/55/9/667>

Pérez Gil Romo, Sara., Romero Juárez, Ana Gabriela., Candiani Rodríguez, Itzel y Martínez Pimentel, Lizbeth (2021). *Obesidad en México: un acercamiento a la mirada social en los últimos 16 años en Interdisciplina*, vol.10, no.26, enero- abril, pp. 91-117.

Popkin, Barry y Gordon-Larsen, Penny (2004). *The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants* en *International Journal of Obesity*, no. 28, S2-S9.

Poulain, Jean Pierre (2004). *Sociologie de l'obésité : Facteurs sociaux et construction sociale de l'obésité* en Basdevant, Arnaud y Guy-Grand, Bernard, *Médecine de l'obésité*, Flammarion, pp. 31 – 43.

Qingxian, Cai and Chen, Fengjuan and Fang, Luo and Xiaohui, Liu and Tao, Wang and Qikai, Wu and Qing, He and Zhaoqin, Wang and Yingxia, Liu and Jun, Chen and Lei, Liu and Lin, Xu (2020). *Obesity and COVID-19 Severity in a Designated Hospital in Shenzhen, China* (3/13/2020). Consultado el 28 de mayo de 2020 en <https://ssrn.com/abstract=3556658> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3556658>

Ralston, Johanna; Brinsden, Hannah; Buse, Kent; Candeias, Vanessa; Caterson, Ian; Hassell, Trevor; Kumanyika, Shiriki; Nece, Patricia; Nishtar, Sania; Patton, Ian; Proietto, Joseph; Ramos, Ximena; Redy, Srinath; Ryan, Donna; Sharma, Arya; Swinburn, Boyd; Wilding, John y Woodward, Euan (2018). *Time for a new obesity narrative* en *The Lancet*, octubre, vol. 392, pp. 1384-1386.

Rigby, Neville (2014). *Too Late to Challenge the Modern Obesity Epidemic?* en David W. Haslam, Arya M. Sharma y Carel W. Le Roux, *Controversies in Obesity*, Nueva York, Springer, pp. 11 -16.

Rivera Dommarco, Juan Ángel; Sánchez Pimienta, Tania; García Guerra, Armando; Ávila, Marco Antonio; Cuevas Nasu, Lucía; Barquera, Simón y Shamah Levy, Teresa (2023). *Situación nutricional de la población en México durante los últimos 120 años*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 38 págs.

Rivera Dommarco, Juan Ángel; Colchero, Arantxa; Fuentes, Mario; González de Cosío Martínez, Teresita; Aguilar, Carlos; Hernández, Gonzalo y Barquera, Simón, eds. (2018). *La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control*, México, Academia Nacional de Medicina, Instituto Nacional de Salud Pública, UNAM, 270 págs.

Rivera Dommarco, Juan Ángel; Colchero, Arantxa; Fuentes, Mario; González de Cosío, Teresita; Aguilar, Carlos; Hernández, Gonzalo y Barquera, Simón eds. (2018). *La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control*, México, Universidad Nacional Autónoma de México – Instituto Nacional de Salud Pública – Academia Nacional de Medicina, 270 págs.

Rivera Dommarco, Juan Ángel; Hernández, Mauricio; Aguilar, Carlos; Vadillo, Felipe; Murayama, Ciro (2012). *Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado*, México, UNAM, 428 págs.

Rodríguez, David y Valldeoriola, Jordi (2009). *Metodología de la investigación*, Barcelona, Universitat Oberta de Catalunya, 81 págs.

Rohlf, Izabella (2010). *El género como herramienta de trabajo en la investigación en epidemiología y salud pública* en Mari Luz Esteban, Josep M. Comelles y Carmen Díez Mintegui (coord.) *Antropología, género, salud y atención*, Barcelona, Ediciones Bellaterra, pp. 33-48.

Rojas, Francisco (2018). *Salud y geografía* en *Revista Cubana de Salud Pública*, vol.44, no.3, julio-septiembre, consultado el 17 de junio de 2020 en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000300014

Rothblum, Esther (2012). *Why a Journal on Fat Studies?* en *Fat Studies*, no. 1, vol.1, pp. 3-5.

Rowland DL, McNabney SM, Mann A (2017). *Sexual Function, Obesity, and Weight Loss in Men and Women* en *Sex Med Rev*, vol. 5, pp. 323–338.

Salaverry, Oswaldo (2017). *Antropología de la salud: una mirada actual* en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, no. 34, vol. 2, pp. 165-166.

Salgado de Snyder, Nelly y Guerra, German (2014). *Un primer análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud: 2005-2012* en *Salud Pública de México*, vol. 56, no. 4, julio-agosto, pp. 393 – 401.

Salinas, Paulina y Cárdenas, Manuel (2009). *Métodos de investigación social*, Quito, Editorial Quipus – CIESPAL, 443 págs.

Sánchez Graillet, Luis Avelino (2022) *Obesidad: ¿epidemia global o responsabilidad individual?* en *Interdisciplina*, n° 26, enero–abril, pp. 177-206.

Santacruz, Rebeca (2022). *La epidemia de obesidad en México: apuntes para su estudio desde la historia social y el pensamiento genealógico* en *Inter disciplina*, vol.10, no.28 septiembre - diciembre, pp. 465 – 506.

Santillán, María Luisa (2019). *Epidemiología, útil para describir e investigar la salud de la población*, disponible en <https://ciencia.unam.mx/leer/887/epidemiologia-util-para-describir-e-investigar-la-salud-de-la-poblacion>

Sarwer DB, Hanson AJ, Voeller J, Steffen K(2018). *Obesity and Sexual Functioning* en *Curr Obes Rep*, Dec;7(4):301-307

Sassi, Franco (2010). *Obesity and the economics of prevention, Fit not fat*. OCDE, Francia, 265 págs.

Secretaría de Salud (2013). *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*, México, 103 págs.

Segato, Rita (2010). *Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial* en Quijano, Aníbal y Julio Mejía Navarrete (eds.). *La Cuestión Descolonial*, Lima, Universidad Ricardo Palma - Cátedra América Latina y la Colonialidad del Poder.

Serrano, Manuel (2012). *La obesidad como pandemia del siglo XXI. Una perspectiva epidemiológica desde Iberoamérica*, Madrid, Real Academia Nacional de Medicina, 317 págs.

Shryok, Andrew y Lord, Daniel (2011). *Deep History. The Architecture of Past and Present*, Berkeley, Universidad de California, 342 págs.

Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología (2014). *La obesidad en México Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. Grupo para el Estudio y Tratamiento de la Obesidad en Revista de Endocrinología y Nutrición* Vol. 12, No. 4, Supl. 3, octubre-diciembre.

Stolcke, Verena (1996). Antropología del género. El cómo y el por qué de las mujeres en J. Prat y A. Martínez (eds), *Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Editorial Ariel, Barcelona, 1996. pp. 335-344, disponible en https://catedraunescohdh.unam.mx/catedra/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/2_genero/1.pdf

Suárez, Víctor Manuel; Suárez Quezada, María; Oros Ruíz, Socorro y Ronquillo de Jesús, elba (2020). *Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020* en *Revista Clínica Española*, consultada el 26 de julio de 2020 en <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2254887420300758?token=758826120BCAF749D2600A6AC8EC21ECED5CAB31EFB5BA30FF23B50915A83EF72B2C04D8C1E3F2E9CC6E2AF4AFDF6B39>

Sundari, TK y Govender, Veloshnee (2020) *Sexual and reproductive health services in universal health coverage: a review of recent evidence from low- and middle-income countries*, en *Sexual and Reproductive Health Matters*, consultado el 22 de junio de 2020 en <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1779632>

Suverza, Araceli y Haua, Karime (2012). *Obesidad. Consideraciones desde la nutriología*, México, Mc Graw Hill, 244 págs.

Swinburn, Boyd; Egger, Garry y Raza, Feezela (1999). *Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity* en *Preventive Medicine*, no. 29, pp. 563–570

Swinburn, Boyd *et al* (2019). *The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report* en *The Lancet*, vol. 393, febrero, pp. 791 -846.

Szasz, Ivonne y Lerner, Susana (1998). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, El Colegio de México, 305 págs.

Topp, Stephanie; Scott, Kerry y Ruano, Ana Lorena y Daniels, Karen (2018). *Showcasing the contribution of social sciences to health policy and systems research* en *International Journal of Equity in Health*, no. 17, consultado el 15 de junio de 2020 en <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0862-5>

Torres, Felipe y Rojas, Agustín (2018). *Obesidad y salud pública en México: transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos* en *Revista Problemas del Desarrollo*, no. 193 (49), abril-junio, pp. 145- 169.

Torrico Linares, Esperanza; Santín Vilariño, Carmen; Andrés Villas, Montserrat; Menéndez Álvarez Dardet, Susana; López López, Ma. José (2002). *El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología* en *Anales de Psicología*, vol. 18, núm. 1, pp. 45-59.

Ulijaszek, Stanley (2002). *Human eating behaviour in an evolutionary ecological context* en *Proceedings of the Nutrition Society*, 61, pp. 517–526.

Ulijaszek, Stanley y Lofink, Hayley (2006). *Obesity in biocultural perspective* en *Annual Review of Anthropology*, 35, pp. 337–360.

Uribe, Rebeca; Jiménez, Alejandra; Morales, María del Carmen; Salazar, Araceli y Shamah, Teresa (2018). *Percepción del peso corporal y de la probabilidad de desarrollar obesidad en adultos mexicanos* en *Salud Pública de México*, vol. 60, no. 3, mayo – junio, pp. 254 – 262.

Urquiza Gómez, Anahí y Cadenas, Hugo (2015). *Sistemas socio-ecológicos: elementos teóricos y conceptuales para la discusión en torno a vulnerabilidad hídrica* en *L'Ordinaire des Amériques* en journals.openedition.org/ordea/1774

Vargas, Luis (1993). *¿Por qué comemos lo que comemos?* en *Antropológicas*, No. 7, pp. 24 -31.

Vasilachis de Gialdino, Irene, coord. (2009). *Estrategias de investigación cualitativa*, Barcelona, Gedisa, 277 págs.

Vigarello, Georges (2011). *Las metamorfosis de la gordura: historia de la obesidad desde la Edad Media hasta el siglo XX*, Buenos Aires, Nueva Visión, 283 págs.

Wallerstein, Immanuel (1996). *Abrir las ciencias sociales*, México, Siglo XXI Editores, 114 págs.

Vizacarra, Ivonne (2021). *La alimentación–salud de las mujeres en el campo mexicano del siglo XXI: desafíos para la soberanía alimentaria desde una mirada decolonial feminista en Inter disciplina*, vol.10 no.26 Ciudad de México ene/abril, pp. 61-90.

Weeks, Jeffrey (1998). *Sexualidad*, México, Paidós – PUEG , 131 págs.

World Obesity Federation (2020). *Declaration for World Obesity Day*, consultada el 1 de junio en <https://www.worldobesityday.org/get-involved/declaration-for-world-obesity-day>

World Obesity Federation (2020). *Global Obesity Observatory*, consultada el 3 de junio en <https://www.worldobesitydata.org/>

Wright, Jan y Harwood, Valerie (2008). *Biopolitics and the 'Obesity Epidemic'. Governing Bodies*, Nueva York, Routledge, 232 págs.

Yon, Carmen (2013). *Salud y derechos sexuales y reproductivos de mujeres rurales jóvenes : políticas públicas y programas de desarrollo en América Latina*, Lima, Nuevas Trenzas – IEP, 60 págs.

Zapata-Bravo, Estefanía; Pacheco-Orozco, Rafael Adrián; Payán-Gómez, César; López-Rippe, Julian (2020). *Abordaje nutrigenómico de la obesidad: ¿Dónde estamos?* en *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo* 4(1).

Zuckerman, Molly y Martin, Debra (2016). *New directions in Biocultural Anthropology*, Hoboken, Nueva Jersey, 514 págs.

Anexos

Anexo 1. Carta de consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



Carta de consentimiento informado

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación “Sobrepeso y obesidad como proceso biocultural y su relación con la salud sexual-reproductiva” registrado ante el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. El objetivo del proyecto es conocer el contexto que propicia la medicalización de los cuerpos con sobrepeso y obesidad y el surgimiento de un ambiente obesogénico que influencia la salud y sexualidad, y las representaciones y prácticas que sobre la sexualidad, el cuerpo, género y vinculación erótico/afectiva de personas con obesidad.

Hago constar que he recibido la información necesaria y suficiente para aprobar mi participación en el proyecto, la cual consistirá en proporcionar información sobre mi estado de salud, hábitos y estilos de vida y aspectos relacionados con mi salud sexual y reproductiva. Por lo que se me aplicarán un cuestionario y una entrevista.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los motivos y alcances de la investigación y la importancia que tiene esta.

El investigador se ha comprometido a brindarme información actualizada sobre el proyecto en cualquier momento que la solicite y a responder cualquier pregunta y/o aclarar cualquier duda sobre asuntos relacionados con la investigación.

El investigador se compromete a no identificarme en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio y los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

Nombre y firma

Anexo 2. Entrevista semiestructurada



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



PROYECTO: Sobrepeso y obesidad como proceso biocultural y su relación con la salud sexual-reproductiva

ALUMNO: Leonardo Bastida Aguilar

Entrevista semiestructurada

I. Datos generales

Nombre:

Edad:

Domicilio:

Peso:

Estatura:

Diagnóstico:

II Ambiente y población

1.- ¿Cuál es su actividad principal?

Estudiar _____

Trabajar _____

Hogar _____

Otra _____

2.- ¿Cuánto tiempo al día dedica a esta actividad?

Menos de una hora _____

Una a dos horas _____

Dos a tres horas _____

Tres a cuatro horas _____

Más de cuatro horas _____

3.- ¿Vive solo o sola o comparte vivienda?

Solo _____

Comparto vivienda _____ ¿Con quién?

4.- ¿Cuánto tiempo destina a cada comida del día?

Menos de 30 minutos _____

30 minutos _____

Una hora _____

Más de una hora _____

5.- ¿Con qué bebidas sueles acompañar tus alimentos o mitigar la sed?

Jugos embotellados _____

Refresco _____

Agua natural _____

Agua de sabor _____

Bebidas energizantes _____

Otros _____ ¿Cuáles? _____

6.- ¿Cuál es el criterio por el que selecciona sus alimentos?

Precio _____

Calidad _____

Gusto _____

7.- ¿Hace ejercicio o alguna actividad física?

Si _____ No _____ ¿Por qué? _____

8.- ¿Qué factores considera que le facilitan o le complican el poder realizar actividad física?

9.- ¿Qué factores considera que le facilitan o le complican comer de otra manera?

10.- ¿Qué actividades le gusta realizar en su tiempo libre?

III Autopercepción

11.- ¿Considera que tiene algún problema con su peso corporal?

Si _____ No _____ Más o menos _____

12.- ¿Considera que tiene obesidad?

Si ___ No___ ¿Por qué?

13.- ¿Le gustaría verse más delgado?

Si___ No___

14.- ¿Se sometería a algún tratamiento médico o estético para cambiar su cuerpo?

Si___ No___ ¿Cuál?

15.- ¿Cuáles de los siguientes elementos considera que son necesarios para sentirse a gusto con su cuerpo?

Altura _____

Delgadez_____

Color de piel _____

Otro _____ ¿Cuál?

IV. Medicalización y estetización (discurso)

16.- ¿Has recurrido a atención profesional para intentar disminuir tu peso corporal?

Si ___ No___ ¿Dónde?

17.- ¿Actualmente sigue una dieta o recomendación alimentaria?

Si ___ No___ ¿Cuál?

18- Además de consulta con el nutriólogo, ¿recibe otro tipo de consulta, como de psicología o de un médico?

Si ___ No___ ¿Cuál?

19.- ¿Ha ingerido algún medicamento, té, pastillas o sustancia para controlar su peso corporal?

Si ___ No___ ¿Cuál?

20.- ¿Considera que estos apoyos le han servido?

Si___ No___ ¿Por qué?

V Interrelación con otras personas

21.- ¿Cree que su imagen corporal le facilita poder relacionarse con otras personas por las que siente atracción?

Si___ No___ ¿Por qué?

22.- ¿Con qué aspectos busca atraer la atención de otras personas con las que le interese establecer un vínculo erótico – afectivo?

23.- ¿A qué elementos recurre para poder llevar a cabo la seducción de otra persona?

24.- ¿Cómo considera qué es más fácil establecer un vínculo erótico – afectivo con otra persona?

25.- ¿Qué factores considera que le dificultan establecer un vínculo erótico – afectivo con otra persona?

26.- ¿Con qué elementos considera que otra persona puede llamar su atención para establecer un vínculo erótico – afectivo?

VI Sexualidad

27.- ¿Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales?

Una vez a la semana ____

Dos o tres veces por semana ____

Cuatro o cinco veces por semana ____

Más ____

28.- ¿Considera que ha presentado alguna de las siguientes situaciones?

Hombres

Disfunción eréctil ____

Eyacuación precoz ____

Dificultad para eyacular ____

Dolor al tener relaciones sexuales ____

Infecciones de transmisión sexual _____

Otra _____

Mujeres

Poca lubricación

Resequedad vaginal

Dolor al tener relaciones sexuales

Infecciones de transmisión sexual

Otra

29.- En caso de presentar alguna disfunción ¿Con quién ha acudido a buscar una solución?

Médico

Farmacia

Terapia alternativa

Otra

30.- ¿Considera que su vida sexual es activa?

Si___ No___ ¿Por qué?

VII Cuerpo y erotismo

31.- ¿Qué características debería tener un cuerpo que te guste?

32.- ¿Cuál es la parte del cuerpo que más te agrada de una persona?

33.- ¿Qué parte de su cuerpo considera que es más atractiva?

34.- ¿Qué parte de su cuerpo considera que es menos atractiva?

35.- ¿Qué parte de su cuerpo le han dicho otras personas que les gusta?

36.- ¿Qué parte de su cuerpo le han dicho otras personas que no les gusta?

37.- ¿Cuál considera que es su mayor atractivo?

38.- ¿Qué aspecto de su cuerpo o de su persona cambiaría para ser más atractivo?

Anexo 3. Entrevista a profundidad



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



PROYECTO: Sobrepeso y obesidad como proceso biocultural y su relación con la salud sexual-reproductiva

ALUMNO: Leonardo Bastida Aguilar

Entrevista a profundidad

I. Datos generales

Nombre:

Edad:

Domicilio:

Peso:

Estatura:

I Ambiente

- 1.- ¿Cómo es un día en tu vida? ¿A qué hora despierta? ¿A qué hora sales de tu casa rumbo al trabajo o escuela? ¿Cuánto tiempo tardas en tu desplazamiento? ¿A qué hora llega?
- 2.- ¿Qué actividades sueles realizar de manera cotidiana?
- 3.- ¿Toda su vida ha sido considerada una persona con sobrepeso u obesidad? ¿Cómo se describiría en su infancia y en su adolescencia?
- 4.- ¿Cuáles son los factores por los que consideraría que su peso corporal se ha incrementado?

II Cuerpo y biopolítica

- 5.- ¿Está conforme con su cuerpo?
- 6.- ¿Qué aspecto cambiaría de su cuerpo?
- 7.- ¿Por qué haría esos cambios a su cuerpo?

8.- ¿Qué aspectos de su cuerpo no cambiaría? ¿Por qué?

9.- ¿Has sentido algún rechazo en determinado momento por tu peso corporal? ¿Qué te han dicho? ¿Cómo te sentiste con dicho comentario?

III Trayectoria

10.- ¿Considera que los apoyos que ha solicitado para reducir su peso corporal han sido efectivos?

11.- ¿Cuándo usted solicita apoyo para reducir su peso, sigue las recomendaciones que se le indican?

12.- Antes de acudir con un especialista, ¿asiste a algún otro lado a recibir atención para el control de su peso?

13.- ¿Si presenta algún problema relacionado con su sexualidad, se lo comenta a quien lo está tratando o con quién lo consulta?

IV Sexualidad

14.- ¿Qué tipo de cuerpos le estimulan su deseo sexual?

15.- ¿Qué tipo de cuerpos le inhiben su deseo sexual?

16.- ¿Qué prácticas sexuales le propician más placer?

17.- ¿Qué prácticas sexuales le disgustan?

18.- ¿Qué tipo de elementos le excitan (videos, caricias, fotografías, etc.)?

19.- En general, ¿considera que su vida sexual ha sido placentera y satisfactoria? (Si/no, por qué)