



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA
OBESIDAD EN LAS MUJERES DE JUCHITÁN**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA
ENFERMEDAD**

PRESENTA:

NIZBETH GUERRA MEJÍA

DIRECTOR:

**DR. JUAN JOSÉ SANCHEZ SOSA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

COMITÉ:

**DRA. CORINA MARGARITA CUEVAS RENAUD
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MTRA. ALMA MIREYA LÓPEZ-ARCE CORIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

México D.F.

DICIEMBRE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A mis abuelas

Crecí rodeada de gente valerosa
y mujeres trabajadoras,
Ma' Sabi, Na Teofila y Na Sir
grandes matriarcas.
De ellas aprendí
la solidaridad y el valor del trabajo.

Ma' Sabi me enseñó
agradecerle a la vida,
a cuidar de las plantas,
el arte de hacer tortilla,
acarrear el agua del pozo
y a beberla en jícara,
a bañarme sin pudor
a la orilla de la pila,
a cuidar de mi cuerpo,
a tener fe y olvidarme del miedo.
En momentos adversos
tranquilidad, disciplina y paciencia
se funden en ella,
ama si condición y comparte sin
pretensión.
Sabia mujer

Na Teófila, poco fue el tiempo
compartido;
de ella conocí la bondad y el cariño.
Nunca se olvidó de los demás
Siempre pendiente de sus vecinos,
hijos y nietos;
que no les faltara comida,
que nos les faltara bebida,
todos cobijados en su corazón
dulce mujer que ahora descansa en el
cielo.

Na Sir, de palabras firmes
y mirada fuerte
habilitosa para resolver problemas.
Adornada de delicadas y finas
vestimentas;
solidaria, segura y valiente .
Su lema "autonomía y esfuerzo".
Me dijo:
-“escucha y observa”,
y sabrás que hacer -,
sin duda mujer de buenos consejos.

Dedico este trabajo a mis abuelas: Sabina López, Teófila Santiago (†) y Sidronia Santiago (†), a mis padres Azucena Mejía López y Roberto Guerra Santiago, de quienes aprendí y sigo aprendiendo mucho sobre la vida y el cuidado de la salud. También dedico este trabajo a mi guía espiritual, quien día a día me enseña el respeto por la vida, a contemplar el cielo, a deleitarme con el aroma de las flores y a escuchar el canto de los ruiseñores. Maravillosos atardeceres me ha regalado y hermosos colibríes me han enviado.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia

Agradezco infinitamente a mis padres *Roberto Guerra Santiago* y *Azucena Mejía López*, por el amor y apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de mi vida, agradezco sus cuidados, consejos y la paciencia que tuvieron conmigo para que pudiera culminar esta etapa. A mis hermanos *Roberto* y *Sergio*, les agradezco de corazón su comprensión, apoyo y cariño.

Dra. Corina Margarita Cuevas Renaud

Es para mí un honor haber conocido y tenido la oportunidad de tomar clases con la Dra. Corina, que desde que inicié el proceso para entrar a la especialización y hasta el día de hoy, me ha orientado y ha estado conmigo ayudándome en lo personal, profesional y académico; agradezco de todo corazón tiempo y conocimientos compartidos, así como su dedicación y entrega por su trabajo.

A mi director y comité de tesis

Agradezco al Dr. Juan José Sánchez Sosa por haber aceptado dirigirme la tesis y por las atenciones brindadas; también quiero darle las gracias a la Dra. Noemí Díaz Marroquín, al Dr. Samuel Jurado y a la Mtra. Alma Mireia López-Arce Coria por haber aceptado ser parte de este proceso.

A mi amigo, colega y estandoperero Alain Santiago

Doy las gracias a mi amigo Alan, por brindarme su tiempo, compartirme sus conocimientos y experiencias, los cuales me facilitaron este camino. También agradezco sus chistes y risas que nos acompañaron en todo momento e hicieron este proceso más divertido.

A mis compañeros de la especialización

Agradezco a mis compañeros por los momentos y experiencias compartidas durante el tiempo que duró la especialización, y por los momentos que aún seguimos compartiendo. Quiero agradecer especialmente a *Arturo Carrillo* por confiar en mí, en mi trabajo y por la beca del teatro; *Atenea Nares* por cuidarme cuando estuve enferma y por los grandes momentos compartidos, y a *Xochil Velázquez* por escucharme y darme buenos consejos.

Familiares y amigos

Agradezco a mi *Tía Ana*, a mi *Abuela Sabina* y a mi *Tía Lencha* por el apoyo, el amor, la comida y los ánimos que me han brindado durante todo este tiempo. También quiero agradecer a *Margarita Zárate* por todo el apoyo y cariño brindado desde mi primer día en esta gran ciudad. *Paulina García*, por tan emblemáticos momentos juntas y su apoyo en momentos difíciles. *Nelson Guerra* por el apoyo en la tesis y por las actividades de la asociación al igual que a *Hidalía Estudillo*, y *Daniela Sánchez*, además de su confianza y cariño.

Finalmente agradezco a la *Facultad de Psicología de la UNAM* por haberme permitido ser parte de ella, al *Laboratorio de Psicopatología Infanto –Juvenil* por la beca brindada, a mis maestros y a todas las personas que hicieron posible que llegara hasta aquí y a todas las esas que hicieron posible la realización de mi tesis.

¡A TODOS MUCHAS GRACIAS !

ÍNDICE

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	
JUSTIFICACIÓN	
CAPÍTULO 1. OBESIDAD	13
1.1. Obesidad Femenina	15
1.1.1. Definición de obesidad	16
1.1.2. Medición	19
1.1.3. Prevalencia de la obesidad en México	19
1.1.4. Consecuencias para la salud de la mujer	16
1.1.5. Factores que influyen en el desarrollo de la obesidad	19
1.1.6. Factores Biológicos	19
1.1.6.1. Genética	19
1.1.6.2. Alteraciones metabólicas	20
1.1.6.3. Hormonas	21
1.1.7. Factores Fisiológicos	22
1.1.7.1. Embarazo	22
1.1.7.2. Peso al nacer	23
1.1.7.3. Lactancia	23
1.1.7.4. Menopausia	24
1.1.7.5. Gasto energético	24
1.1.7.6. Estrés	25
1.1.7.7. Alteraciones del sueño	25
1.1.7.8. Hambre y Saciedad	26
1.1.8. Factores Psicosociales	27
1.1.8.1. Cultura	27
1.1.8.2. Estilo de vida	29
1.1.8.3. Nivel Socioeconómico	32
1.1.8.4. Nivel Educativo	35
1.1.8.5. Estilo de crianza	37
1.2. Estudios Revisados	41

CAPÍTULO 2. PSICOLOGÍA Y SALUD	45
2.1. Psicología de la salud	47
2.1.1. Campos de acción de la psicología de la salud	47
2.1.2. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	48
2.2. Modelos en salud	48
2.2.1. Teoría de la Acción Razonada	48
2.2.2. Teoría de la Conducta Planeada	49
2.2.3. Teoría de la Autorregulación	49
2.2.4. Modelo Transteórico	50
2.2.5. Modelo de Creencias en Salud	51
2.2.5.1. Componentes y dimensiones del modelo	52
2.2.5.1.1. Susceptibilidad percibida	53
2.2.5.1.2. Severidad o gravedad percibida	53
2.2.5.1.3. Beneficios percibidos	53
2.2.5.1.4. Barreras percibidas	54
2.2.5.1.5. Claves para la acción	54
2.2.5.1.6. Hipótesis del modelo	55
2.2.5.2. El modelo de Creencias en Salud y la conducta preventiva.	57
CAPÍTULO 3. JUCHITÁN DE LAS FLORES	58
3.1. Heroica Ciudad de Juchitán de Zaragoza, Oaxaca.	58
3.1.1. Ubicación geográfica	58
3.1.2. Clima	58
3.1.3. Población y lengua	58
3.1.4. Economía y política	60
3.1.5. Salud	67
3.1.6. Educación	69
3.1.7. Vivienda y servicios	70
3.1.8. Cultura y tradiciones	70
3.1.8.1. Remembranzas	71
3.1.8.2. Transición cultural	73

3.1.8.3.	Regada de flores y frutas	75
3.1.8.4.	Otras celebraciones	77
3.1.8.4.1.	Domingo de ramos y miércoles santo	77
3.1.8.4.2.	Xandu' o día de muertos	77
3.1.8.4.3.	Bodas y XV años	78
3.1.8.4.4.	La importancia de las fiestas en Juchitán	78
3.1.8.5.	Actividades de esparcimiento	79
CAPÍTULO 4. MÉTODO		81
4.1.	Pregunta de investigación	81
4.2.	Objetivo general de trabajo	81
4.3.	Hipótesis general de trabajo	81
4.4.	Tipo de estudio	81
4.5.	Tipo de diseño	81
4.6.	Paradigma cuantitativo	82
4.6.1.	Pregunta específica de investigación	82
4.6.2.	Tipo de diseño	82
4.6.3.	Hipótesis estadística	82
4.6.4.	Definición de variables	82
4.6.5.	Participantes	84
4.6.5.1.	Descripción y características de las participantes	84
4.6.6.	Instrumentos de medición	85
4.6.6.1.	Inventario de Estilo de Vida y Comportamiento	85
4.6.7.	Procedimiento	87
4.7.	Paradigma Cualitativo	89
4.7.1.	Pregunta de investigación	89
4.7.2.	Objetivo	
4.7.3.	Tipo de estudio	89
4.7.4.	Participantes	89
4.7.5.	Técnicas de investigación	90
4.7.5.1.	Objetivo de la entrevista	90
4.7.6.	Escenario	90

4.7.7. Materiales	90
4.7.8. Procedimiento	91
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	92
5.1. Resultados paradigma cuantitativo	92
5.1.1. Resultados de la Ji cuadrada	94
5.2. Resultados paradigma cualitativo	97
5.2.1. Hallazgos	106
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	110
6.1. Discusión	110
6.2. Conclusiones	115
6.3. Alcances y limitaciones	118
REFERENCIAS	119
APÉNDICE A “Tabla de registros”	131
APÉNDICE B “Inventario de Salud, Estilo de vida y comportamiento”	132
APÉNDICE C “Entrevista semiestructurada para el grupo focal”	156
APÉNDICE D “Las mujeres y la política”	157
APÉNDICE E “Las mujeres y el comercio”	157
APÉNDICE F “Los muxhes”	159
APÉNDICE G “Las velas”	160
APÉNDICE H “La botana”	163
APÉNDICE I “La regada”	164
APÉNDICE J “Domingo de ramos”	168
APÉNDICE k “Xhandú”	169
APÉNDICE L “Bodas”	171

INDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Clasificación de la Obesidad en relación al Índice de Masa Corporal	14
Tabla 2. Riesgo de comorbilidades en función del IMC y la CC	15
Tabla 3. Datos sociodemográficos de la población femenina de la localidad de Juchitán.	59
Tabla 4. Clasificación del IMC	85
Tabla 5. Resultados obtenidos de la Ji cuadrada	94
Tabla 6. Codificación y categorización	98

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Factores que influyen en el desarrollo de la obesidad en la mujer.	19
Figura 2. Esquema del Modelo de Creencias	52
Figura 3. Porcentaje total del IMC de las participantes	94
Figura 11. Red semántica de la Obesidad	105

RESUMEN

Existen pocos estudios sobre el problema de la obesidad en población indígena. Estos pueblos representan una diversidad cultural, religiosa, tradiciones y lingüística, sin embargo son consideradas poblaciones marginadas, y aunque los indígenas comparten características y carencias generales, no significa que todos los indígenas son iguales; un ejemplo de lo anterior son los zapotecas de la localidad de Juchitán de Zaragoza, Oax., quienes rompen con el esquema de estas poblaciones. Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue conocer cómo influyen los factores psicosociales en el desarrollo de la obesidad en la mujer de Juchitán; los factores estudiados fueron el nivel socioeconómico, nivel educativo, el estilo de vida, el estilo de crianza y la cultura. Para lograr una perspectiva más amplia del fenómeno y un análisis más completo de los resultados, se abordó dos paradigmas en investigación: cuantitativo y cualitativo. Se trabajó con un diseño pre-experimental de una sola muestra; en lo cuantitativo participaron 194 mujeres, para la obtención de los datos se les aplicó el Inventario de Salud, Calidad de Vida y Comportamiento, se tomó su peso y talla para obtener su Índice de Masa Corporal. Los resultados obtenidos se analizaron con la Ji cuadrada de Pearson, se obtuvieron datos significativos para tres de las variables estudiadas y otros datos sociodemográficos. En lo cualitativo, se empleó la etnometodología, participaron 15 mujeres en un grupo focal, el análisis de los datos se realizó mediante la categorización y codificación, los resultados mostraron que los símbolos y significados asociados a las prácticas alimentarias, las festividades, el rol de la mujer y el cuerpo están asociados al desarrollo de la obesidad. En conclusión esta investigación aporta información sobre las diferencias en los factores que influyen en el desarrollo de la obesidad, los cuales deben ser tomados en cuenta para elaborar programas de prevención y tratamiento.

Palabras claves: Obesidad, Prevención, Indígenas, Mujeres, Oaxaca

ABSTRACT

There are only few researches on obesity in indigenous communities that have been done in the Clinic Health Psychological field. Even though these communities have a rich cultural, religious, and linguistic diversity, they have been considered marginalized populations. Although many indigenous people share general characteristics and poverty, it does not mean that all indigenous people are the same; Zapotecs of Juchitán de Zaragoza, Oaxaca are an example of this. For this reason, the aim of the present study was to determine how psychosocial factors influence on the development of the obesity in women of Juchitán. The Factors that were studied are socioeconomic status, educations level, lifestyle, parenting style and culture. And to achieve a broader perspective of this phenomenon and a complete analysis of results, two paradigms were addressed, quantitative and qualitative analysis. For the first one, a pre-experimental design study was done with a sample of 194 women. To get the data, the health, quality of life and behavior

inventory was applied. And also, the weight and height were sized to get the Body Mass Index. The results were analyzed with the Pearson's Chi-square test. Some significant data were obtained for three variables and other demographic data. For the second method of analysis, the ethnomethodology was used. Fifteen women participated in a focus group. The categorization and codification techniques were applied for data analysis. The results of this qualitative analysis showed that the symbols and meanings related to feeding practices, festivities, body image, and woman role are associated with the development of the obesity in those women. In conclusion, this research provides specific information on the factors that are influencing on the development of the obesity in women of Juchitán. This information might be useful for developing prevention and treatment programs against the obesity in Juchitán.

Key words: Obesity, Prevention, Indigenous, Woman's, Oaxaca

INTRODUCCIÓN

La salud se ha visto amenazada por una serie de enfermedades y factores que se han ido modificando a lo largo de la historia. Anteriormente, las enfermedades transmisibles eran la causa de la mortalidad en el mundo, actualmente las enfermedades crónicas son las responsables de 38 millones de defunciones cada año (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Las enfermedades crónicas como cardiovasculares, diabetes y cáncer, afectan a todos los grupos de edad y todas las regiones. Las personas más vulnerables a los factores de riesgo que favorecen este tipo de enfermedades, son aquellas que llevan dietas poco saludables y no realizan actividad física, estos dos hábitos pueden llevar al desarrollo de obesidad. Esta condición es considerada por la OMS, como de los principales factores de riesgo responsables de la tercera parte de todas las muertes en el mundo (OMS, 2009).

La obesidad no solo es un factor de riesgo importante para el desarrollo de diversas patologías físicas, también lo es para las psicológicas y sociales. Esta condición es un problema grave que afecta a toda las personas y que ha sido difícil de controlar debido a su etiopatogenia multifactorial, que fluctúa de una población a otra. Lo anterior hace necesario investigar los factores que se relacionan con el desarrollo y mantenimiento de esta condición en una población específica para crear programas eficaces que ayuden a su prevención y tratamiento.

En el capítulo uno se abordaran los factores que están asociados a la obesidad, como los biológicos, fisiológicos y los psicosociales, haciendo mayor énfasis en este último, donde se retoman aspectos como el nivel socioeconómico, educativo, el estilo de vida, el estilo de crianza y la cultura.

En el capítulo dos se explican brevemente los modelos en salud que buscan explicar y predecir las conductas en salud, como la teoría de la acción razonada, la teoría de la conducta planeada, la teoría de la autoeficacia, el modelo

transteórico y el modelo de creencias en salud. Este último se explica de manera más ampliada ya que se utilizó para explicar los resultados de esta investigación.

El capítulo tres está dedicado a la localidad de Juchitán de Zaragoza Oaxaca, el cual brinda información sociodemográfica y aspectos culturales para poder ubicar el contexto de esta población y la situación de sus mujeres en aspectos económicos, educativos, de salud, así como su participación en las costumbres y tradiciones.

En el capítulo cuatro se muestra el método empleado para el análisis de los datos; en este estudio fue necesario abordar los dos paradigmas en investigación (cuantitativo y cualitativo) debido a la complejidad del fenómeno estudiado, con la finalidad de lograr un entendimiento más amplio de este problema en la localidad de Juchitán. Para lograr lo anterior se realizó un estudio, transversal, descriptivo y correlacional con un diseño pre-experimental. Para la parte cuantitativa se emplearon hipótesis estadísticas, se aplicó el inventario SEVIC para obtener los datos y en la parte cualitativa se empleó la etnometodología y un grupo focal para obtener la información.

El capítulo cinco muestra los resultados obtenidos de la prueba estadística Ji cuadrada de Pearson, así como la información obtenida de las entrevistas mediante la codificación y la categorización. Finalmente el capítulo seis muestra la discusión y conclusiones de esta investigación, donde se plantean las posibles explicaciones de los resultados obtenidos en base a otras investigaciones, y de acuerdo con el modelo de creencias se concluye la situación de las participantes respecto a la obesidad y sus posibilidades al cambio.

JUSTIFICACIÓN

La obesidad es considerada un problema de salud pública debido a su alta prevalencia en el mundo. México se encuentra dentro de los primeros lugares en obesidad a nivel mundial, siendo las mujeres, la población más afectada (37.5%). Los costos económicos y sociales que genera esta situación al país, y a quién la padece son elevados; tan solo en 2006, México gastó el 7% del presupuesto destinado a salud para atender los problemas de obesidad; encontrándose solo por debajo de Estados Unidos que invirtió el 9%. En el 2008 los costos atribuibles a la obesidad fueron de 42 000 millones de pesos equivalentes a 13% del gasto total en salud (0.3% del PIB); se estima que para el año 2017 aumentará a 101 000 millones de pesos, y los costos indirectos incrementaran hasta 292% (de 25 000 a 73 000 millones)(Medina, Janssen, Campos, & Barquera, 2013; ENSANUT, 2012).

El Distrito Federal y los estados del norte, son los estados con mayor prevalencia de obesidad a nivel nacional (ENSANUT, 2012); por lo que la mayoría de las investigaciones han centrado su atención en estos datos. Los estados del sur y la población indígena, aunque en menor proporción también han aumentado sus cifras en lo que respecta a esta condición y sus comorbilidades. Sin embargo los estudios para conocer la situación de salud en estas poblaciones, sobre todo en la indígena en el tema de obesidad, son escasos.

México es un país diverso dónde existen diferencias geográficas, económicas, sociales, culturales, étnicas y lingüísticas muy grandes. De acuerdo con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México (CDI), en el país existen 62 pueblos indígenas, 60 lenguas originarias y 15 millones de personas consideradas indígenas(CDI, 2012). Sin duda esta diversidad influye de distintas maneras en el proceso de salud-enfermedad en todas las regiones del país, por lo que valdría la pena ser consideradas y estudiadas.

La población indígena es considerada un grupo muy vulnerable debido a la condición de inequidad social, educativa y económica en la que viven; con frecuencia sus niveles de vida están por debajo de los estándares nacionales y

regionales(PNUD, 2010;INMUJERES, 2006), Su esperanza de vida es siete años menos que el resto de la población(CONAPO, 2011). El 60% se ubica en el nivel socioeconómico más bajo, 22 % se encuentra sin cobertura en salud (Leyva, Infante, Gutiérrez & Quintino, 2013); la cobertura del Seguro Popular en esta población se ha incrementado pero no así la demanda del servicio; el Programa PROSPERA ha disminuido en cobertura y no ha representado una mejora en la economía de esta población (Leyva y cols., 2013). Respecto a la situación de salud de los indígenas relacionada con la alimentación, se han caracterizado por los altos índices de desnutrición. Sin embargo los indígenas de las zonas rurales y urbanas también presentan problemas de sobrepeso y obesidad, este último se da principalmente en mujeres indígenas de zonas urbanas (PNUD, 2010). La mujer indígena constituye uno de los sectores con mayor rezago en materia de salud, debido a que en este grupo converge una triple discriminación: por condición étnica, de género y de clase, que repercute directamente en su estado de salud (Instituto Nacional de Salud Pública, 2015).

Los estados del sur (Guerreo, Oaxaca y Chiapas) son los estados más pobres del país; presentan mayor rezago educativo, económico, social y de salud. El estado de Oaxaca a nivel nacional cuenta con el mayor número de municipios (570), distribuidos en ocho regiones (Costa, Istmo, Mixteca, Cañada, Papaloapan, Valles, Sierra Norte y Sierra Sur), y con 18 grupos étnicos de los cuales 16 son grupos etnolingüísticos (Mixtecos, zapotecos, triquis, mixes, chatinos, chinantecos, huaves, mazatecos, amuzgos, nahuas, zoques, chontales, cuicatecos, ixcatecos, chocholtecos y popoloca) y 2 son grupos étnicos (Tecuates y afroamericanos) estos últimos han estado luchado en las últimas décadas por su reconocimiento.(CIEDD, 2012) Su población indígena es de 1, 719, 464 personas; esta cifra ubica a este estado dentro de los diez estados con mayor población indígena (CDI, 2010).

Sin embargo aunque los pueblos indígenas comparten características y carencias generales, no significa que todos los pueblos indígenas, ni todos los indígenas son iguales. Los pocos estudios realizados sobre obesidad en población

indígena y sobre todo en el estado de Oaxaca, muestran que la obesidad es percibida de distinta manera de una región a otra, y de igual modo entre sexos.

Una localidad que podría funcionar como ejemplo de lo anteriormente es la localidad de Juchitán de Zaragoza, Oaxaca. Esta localidad tiene características muy peculiares que rompe con el esquema de las poblaciones indígenas. Es considerada zona urbana, con un grado de marginación medio y cuenta con un porcentaje grande de población indígena (80%) (CDI, 2010), que conserva en gran parte la vitalidad de su lengua “diixházá o zapoteco”. Los problemas de desnutrición en Juchitán han sido pocos, por lo general de personas que no son originarias de la población, en su lugar prevalece la obesidad (Oswald, 1997). En cuanto al rol y posición de la mujer juchiteca, ésta ha sido diferente de otras poblaciones indígenas; su participación ha sido activa y considerada un elemento importante en la economía de la localidad, esto le ha dado cierta autonomía para comercializar (incluso fuera del país), así como en la crianza y educación de los hijos (Bennholdt, 1997). Sin embargo, esta localidad es considerada a nivel estatal, primer lugar en obesidad femenina y en el mayor número de cirugías por amputaciones a causa de la diabetes. En los últimos tres años la tendencia de diabetes en la región del istmo de Tehuantepec se ha incrementado en mujeres mayores de 30 años (SSO, 2014).

Por lo anterior, es necesario saber qué hace diferente a esta localidad y que factores están influyendo en el desarrollo de la obesidad, principalmente en la mujer juchiteca; pues de no realizar intervenciones efectivas de promoción de la salud y prevención de la obesidad en la localidad, podría incrementar la prevalencia de esta condición, sobre todo en mujeres de edades más tempranas, viéndose afectada principalmente la población femenina económicamente activa, lo que reduciría su esperanza y calidad de vida. Aunque las mujeres tienen una vida más prolongada que los hombres, ésta es de menor calidad, debido a que en ellas se presenta una incidencia y prevalencias más alta de trastornos agudos, enfermedades crónicas y niveles más altos de discapacidad que se agudiza a partir de los 65 años (Leyva & cols., 2013).

CAPÍTULO 1. LA OBESIDAD UN PROBLEMA DE SALUD.

1.1. Obesidad Femenina

1.1.1 Definición de obesidad

La palabra "obeso" viene del latín "obedere", formado de la raíz *ob* (sobre, o que abarca todo) y *edere* (comer), es decir "alguien que se lo come todo". El ser obeso ha tenido diversos significados y connotaciones a través del tiempo. Por ejemplo durante el siglo XVI y XVII al igual que en épocas prehistóricas el sobrepeso y la obesidad representaban símbolos de fecundidad, atractivo sexual, de salud y bienestar. Los nobles tenían tendencia a la obesidad lo cual representaba riqueza y estatus social. Es en el siglo XVIII y XIX cuando empieza a considerársele como un problema de salud; aunque el ideal de belleza femenina continuó vinculado a siluetas de formas redondeadas. En el siglo XX el estereotipo del cuerpo femenino se vuelca a la delgadez, desde entonces, la obesidad empezó a ser estigmatizada estética, social y culturalmente. En el siglo XXI es considerada epidemia y un problema de salud pública (Monereo, Iglesias & Guijarro, 2012).

La OMS (2012), la ha definido como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud; ha dicho que su causa se debe fundamentalmente a un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y gastadas. Por su parte la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD, 2002) la define como "una entidad patológica crónica y recidivante, que se caracteriza por una proporción excesiva de grasa corporal y se relaciona con importantes riesgos para la salud" (FUNSALUD, 2002)

1.1.2. Medición

Para determinar la presencia y el grado de obesidad se emplean diversos métodos que ayudan a medir la grasa corporal y la severidad del problema. Dentro de los métodos menos costosos, fáciles de emplear y de alta precisión se

encuentra el Índice de Masa Corporal (IMC) que se obtiene de dividir el peso del individuo en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado. Este IMC se clasifica en rangos a partir de unos puntos de cohorte. La OMS considera que un IMC >30 indica obesidad y la Norma Oficial Mexicana para el Tratamiento del Sobrepeso y Obesidad NOM-008-SSA3-2010 (NOMTSO) indica que es a partir de un IMC >27 y para la población de talla baja es a partir de IMC >25. En la mujer talla baja se considera cuando su estatura es menor de 1.50 metros (NORMA Oficial Mexicana NOM-088-SSA3-2010, para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, 2010). (Tabla 1)

Tabla1. Clasificación de la Obesidad en relación al Índice de Masa Corporal

Peso	OMS	NOM
Bajo Peso	<18.5	<18
Peso Normal	18.5-24.9	18-24.9
Sobrepeso	25-29.9	25-26.9
Obesidad Grado I	30-34.9	27-29.9
Obesidad Grado II	35-39.9	30-39.9
Obesidad Grado III	>40	>40

Nota: Clasificación del IMC de la OMS y la Norma Oficial Mexicana para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad NOM-008-SSA3-2010.

Otra medida utilizada como indicador de la distribución de la grasa corporal es la Circunferencia de Cintura (CC); ésta mide la distribución de la grasa abdominal y es de gran utilidad para predecir algunos riesgos de salud. Se considera un buen marcador del riesgo cardiovascular y metabólico. La OMS determina que una CC en las mujeres mayor de 90 cm indica obesidad y para la NOM es a partir de 88 cm. (OMS, 2012; Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010). Con el IMC y la CC en conjunto se pueden predecir los riesgos y o comorbilidades a los que se expone una persona. (Tabla 2)

Tabla 2. Riesgo de comorbilidades en función del IMC y la CC

Peso	IMC/ OMS	Riesgo relativo a la CC	
		<88 cm	> 88 cm
Bajo Peso	<18.5	Ninguno	Ligeramente Aumentado
Peso Normal	18.5-24.9	Ligeramente elevado	Aumentado
Sobrepeso	25-29.9	Aumentado	Alto
Obesidad Grado I	30-34.9	Alto	Muy alto
Obesidad Grado II	35-39.9	Muy alto	Muy alto

Nota: Clasificación del IMC y CC propuesto por la OMS

1.1.3. Prevalencia de obesidad en México

La obesidad ha aumentado de manera alarmante en todo el mundo, por lo que es considerada una epidemia a nivel mundial. La OMS (2014) reportó que había más de 1900 millones de adultos de 18 o más años con sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos. En general, el 39% de los adultos de 18 o más años tenían sobrepeso (38% de los hombres y 40% mujeres) y cerca del 13% de la población adulta a nivel mundial eran obesos (11% hombres y 15% mujeres).

La obesidad es un problema que afecta a sujetos de todas las edades y sexos; sin embargo existen poblaciones que son más vulnerables a ella. En un principio la obesidad era más recurrente en países industrializados, actualmente su prevalencia aumenta en países de bajos y medianos ingresos, en los entornos urbanos o donde existen cinturones de pobreza. En cuanto a la prevalencia por sexos, las mujeres son las que presentan mayor prevalencia (OMS, 2012).

En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006), reportó que el 72% de las mujeres (20.52 millones de personas) y el 66% de los hombres mayores de 20 años (16.96 millones de personas) tenían sobrepeso u obesidad. En el 2012 la misma encuesta dio a conocer que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos fue del 71.3% (mostrando un ligero descenso), donde el 32.4% de esa población tenía solo obesidad. El grupo de las mujeres siguió presentando mayor prevalencia con el 37.5% en comparación con los hombres que fue del 26.8%. Dentro del grupo de las mujeres, las que se encontraban en el rango de 50 a 59 años edad presentaron mayor prevalencia de obesidad. En cuanto a la obesidad abdominal la prevalencia fue del 64.5% en hombres y 82.8% en mujeres (ENSANUT, 2012). En el año siguiente, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) declaró que México ocupaba el segundo lugar de los países con mayor índice de obesidad en su población, superado tanto solo por Estados Unidos (OCDE, 2013).

La secretaría de Salud por su parte reportó que 8 de cada 10 personas mayores de 30 años no realiza ninguna actividad física (Secretaría de Salud [SSA], 2012); y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), dio a conocer que la población mexicana mayor de 18 años en áreas urbanas, es inactiva físicamente en un 57.6%, de la cual el 39.8% son hombres y 60.2% mujeres. En contraparte 42.4% son activos físicamente, de los cuales los hombres representan el 57% y las mujeres 43%. También refiere que las personas que realizan mayor actividad física son las que tienen un nivel de educación superior, y por el contrario la menor proporción es en aquellas sin educación básica (INEGI, 2014).

1.1.4. Consecuencias de la Obesidad en la salud de la mujer

La obesidad es considerada un problema de salud pública no solo por su alta prevalencia sino también por ser un factor de riesgo para desarrollar diversas enfermedades crónicas que representan altos costos individuales, familiares y sociales. La obesidad en la mujer, tiene distintos efectos negativos a lo largo de su

ciclo de vida. Durante la juventud incrementa el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares (ECV), hipertensión arterial (HTA), dislipidemias, síndrome metabólico, enfermedades osteoarticulares, algunos tipos de cáncer (mama, útero, cérvix, colón), apnea del sueño, insuficiencia respiratoria, cálculos biliares, trastornos ginecológicos (anormalidades menstruales, infertilidad, síndrome de ovario poliquístico e irregularidades en la ovulación). (EBCOG SCIENTIFIC COMMITTEE, 2014; Bhaskaran y cols. 2014; García, Kaufer, Pardío, & Arroyo, 2010; Burkman, 2009; Miguel & Niño, 2009). Las mujeres adultas diabéticas, en su mayoría son obesas; y muchas mujeres obesas tienen niveles altos de triglicéridos y colesterol; y niveles bajos de HDL (Hernández & Sánchez, 2007).

Durante la edad reproductiva de la mujer, la obesidad representa por sí misma un riesgo que puede traducirse en un conjunto de problemas durante el embarazo, con repercusiones tanto en la madre como en el bebé. En la madre aumenta el riesgo de infección de vías urinarias, abortos espontáneos, diabetes gestacional, preeclampsia, parto prematuro, un trabajo de parto más largo, incrementa la probabilidad de cesárea y el riesgo de una infección; así como también menos probabilidad de brindar leche materna al bebé. En el niño se presenta el riesgo de nacer con macrosomía (bebés muy grandes) lo cual lo predispone a trastornos metabólicos, al sobrepeso en la niñez y en la vida adulta. (EBCOG SCIENTIFIC COMMITTEE, 2014; García et al., 2010; Burkman, 2009; Ávila & Gutiérrez, 2002). En el periodo de la menopausia la obesidad representa un alto riesgo para el desarrollo de DM, enfermedades cardiovasculares, dislipidemias así como tener una mayor prevalencia de cáncer y demencia (García et al., 2010).

Los problemas biomédicos en la mujer no son las únicas repercusiones de esta condición, también merecen atención los psicológicos. Para la mujer, la obesidad también representa un problema grave a nivel social y personal, los cuales se agravan con el paso de los años (Hernández & De la Cruz, 2007). Las personas con obesidad padecen más presión social, discriminación por su aspecto

físico, aislamiento, estigmatización; sufren alteraciones en el estado de ánimo, disminución de la autoestima, autoconcepto, y autoeficacia; presentan conductas adictivas, carencia de habilidades sociales, inseguridad, cambios de humor, depresión y ansiedad; trastornos de la alimentación (picoteo, atracones, comer impulsivamente) y trastornos de la imagen corporal (bulimia y anorexia) (Morandé, Graell, & Blanco, 2014; Monerero et al., 2012; Korbman De Shein, 2010; Vargas & Vázquez, 2010; Guzmán, Del Castillo, & García, 2010).

El rechazo por la imagen corporal es frecuente en personas que presentan obesidad. La presión que ejercen los cánones de belleza, como la delgadez, tiene como consecuencia evaluaciones negativas, provocando rechazo hacia sí mismos y su cuerpo. Otra característica de las personas con obesidad son las tasas superiores de trastornos afectivos. En los casos de obesidad mórbida, lo mencionado anteriormente, se presenta de manera más acentuada, pues la persona que la padece es objeto de actitudes hostiles y desagrado por parte de los demás; lo que la lleva a generar numerosas emociones negativas y mayor episodios depresivos, ya que a medida que aumenta el IMC se encuentra mayor depresión e ideación suicida en mujeres (Hernández & Sánchez, 2007).

También se ha encontrado una relación bidireccional entre tristeza y sobreingesta; así como entre ingesta y ansiedad. Las personas obesas comen más cuando están tristes y ansiosas; pero estos episodios a su vez provocan sentimientos negativos provocando un círculo vicioso (Hernández & Sánchez, 2007).

1.1.5. Factores que influyen en el desarrollo de la obesidad en la mujer

La obesidad es un problema de salud complejo y de causa multifactorial. Su prevalencia y comportamiento varía en función de las poblaciones, el medio ambiente, las diferencias biológicas, culturales y sociales. (Figura 1).

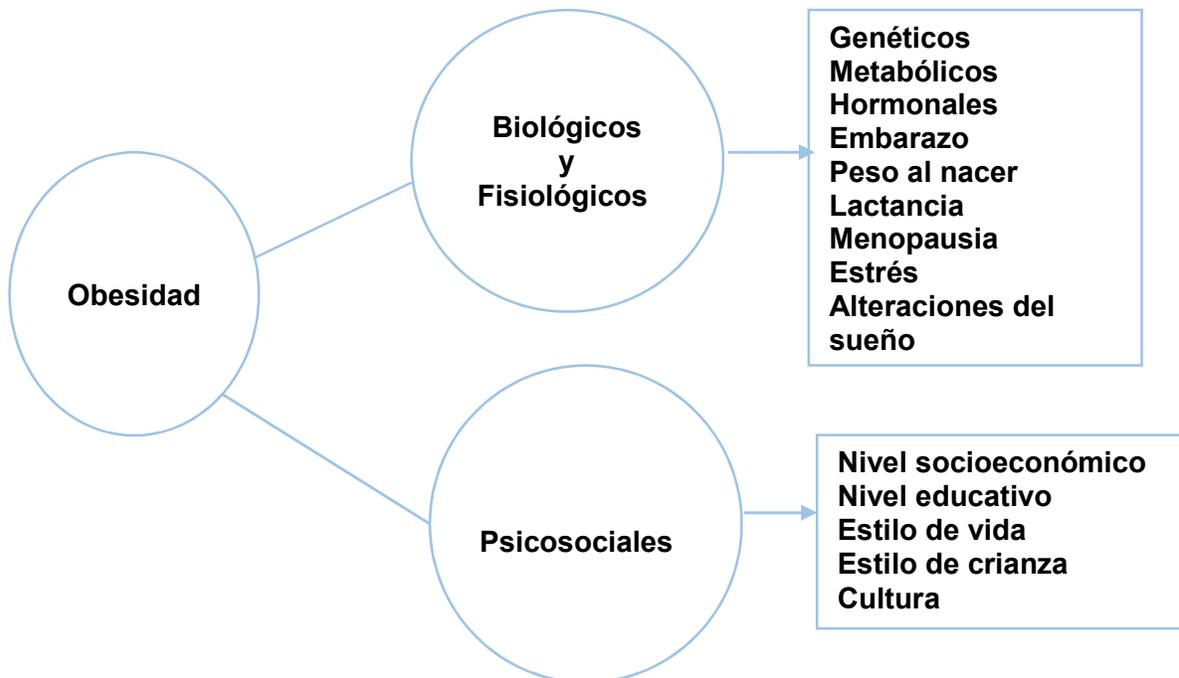


Figura 1. Factores asociados a la obesidad femenina

1.1.6. Factores Biológicos

1.1.6.1. Genética

La carga genética tiene un papel importante en la aparición y desarrollo de la obesidad. Se cree que los genes influyen en la determinación del IMC y en la distribución corporal del tejido graso en un 25%. Se ha encontrado una estrecha relación entre el IMC de los padres con los de sus hijos así como estudios entre gemelos idénticos. (Korbman De Shein, 2010; Velasco, 2010; FUNSALUD, 2002).

La teoría del *set point* ha comprobado la transmisión de la obesidad a través de los genes. Explica que el peso está regulado íntimamente por una relación compleja de factores hormonales y metabólicos; considera que el equilibrio entre los factores genéticos y el consumo de alimentos determinan el peso corporal. Se ha propuesto también que en sociedades donde la comida es abundante y el trabajo físico es mínimo, debe haber factores genéticos que predispongan a la obesidad (Laguna, 2005).

Otros estudios realizados sobre el fenotipo de la obesidad, han encontrado que éste también se transmite de padres a hijos de acuerdo con el género y han clasificado a la obesidad en cuatro fenotipos (FUNSALUD, 2002):

- Tipo I: el exceso de grasa corporal se halla sin predominio en ningún área del cuerpo.
- Tipo II: el exceso de la grasa se concentra en la parte del tronco y abdomen.
- Tipo III: Grasa visceral abdominal en forma excesiva.
- Tipo IV: el exceso de la grasa se encuentra en la zona de glúteos, caderas y zona femoro-poplítea.

1.1.6.2. *Alteraciones Metabólicas*

El metabolismo es el proceso que usa el organismo para obtener o producir energía a través de los alimentos que ingiere. La comida está formada por proteínas, carbohidratos y grasas que el cuerpo utiliza como combustible; éste puede ser utilizado de manera inmediata o almacenada en tejidos corporales tales como el hígado, los músculos y la grasa corporal. Sin embargo un trastorno metabólico surge cuando hay una mayor eficiencia para efectuar el trabajo fisiológico en la que se requiere menos energía, y el exceso de ésta se convierte en triglicéridos que se almacenan en el tejido graso. En las personas con obesidad el gasto energético del metabolismo está reducido, por lo que aunque la ingesta de alimentos por día fuera normal en ellos, el bajo consumo de calorías en los procesos metabólicos

favorece el ahorro y la acumulación de grasa como reserva energética (FUNSALUD, 2002).

1.1.6.3. *Hormonas*

El tubo digestivo envía señales u hormonas cuyas funciones son controlar el hambre. La hormona grelina es la más importante en estas funciones, es la encargada de informarle al estómago cuándo está lleno o vacío. En personas con obesidad se ha encontrado que esta hormona se encuentra alterada y en cantidades elevadas induce a comer, a diferencia de cuando está regulada, que se come solo lo necesario (Morgado & Caba, 2008).

Por otro lado los estrógenos y la progesterona desempeñan un papel muy importante en el equilibrio energético, por lo que ambos pueden ser mediadores de la conducta alimentaria; ya que existe la hipótesis de que los estrógenos reducen el apetito y que la progesterona lo estimula. Así podría explicarse que las mujeres en edad reproductiva tienen cambios en su consumo energético a lo largo de diferentes fases de su ciclo menstrual. Es decir, a medida que se acerca la ovulación, cuando la cantidad de estrógenos es mayor, las mujeres disminuyen su consumo de energía; y por el contrario justo después de la ovulación, cuando la concentración de progesterona es mayor, las mujeres incrementan su consumo de energía (entre 90 y 500 Kcal/ día) y tienden a ganar peso (García & Kaufer, 2010).

También existe la postura por parte de algunos clínicos de que algunos tratamientos farmacológicos utilizados para otros procesos patológicos tienen como efecto secundario el incremento de peso, tales como los neurolépticos, antidepresivos, ansiolíticos, antiinflamatorios, antihipertépticos, antihipertensivos, antipsicóticos, catocoterapias, hipoglucemiantes y los anticonceptivos hormonales orales (en particular los que combinan estrógenos y progestinas) (Silencio, 2010). En el caso de los anticonceptivos el incremento se debe a la retención de líquidos, al aumento de masa muscular y acumulación de grasa. Las propiedades anabólicas

de los anticonceptivos combinados pueden causar una mayor ingestión de alimentos por su efecto fisiológico en el apetito y la saciedad; pero el peso atribuible a este factor es solamente alrededor de tres kilogramos (García & Kaufer, 2010; Sorlí, 2008).

Otros procesos o síndromes menos frecuentes, pero que también se relacionan con la obesidad, son las enfermedades endocrinas que producen alteraciones hormonales como el hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hipogonadismo, lesiones hipotalámicas o deficiencia de la hormona de crecimiento.

1.1.7. Factores Fisiológicos

1.1.7.1. Embarazo

La grasa es el método natural del cuerpo para almacenar energía; hombres y mujeres poseen grasa almacenada. En la mujer esta cantidad normal de grasa es el doble, debido a que está biológicamente preparada para tener hijos, y desde el momento en que empieza a menstruar el cuerpo reserva energía suficiente para mantener un embarazo aunque la alimentación no sea regular (Hernández & Sánchez, 2007).

En el embarazo es frecuente observar que las mujeres incrementan su peso a medida que aumentan el número de hijos; esto puede deberse a los cambios hormonales que se dan por el propio proceso de gestación, el tipo de alimentación y también por la edad de la mujer. Es necesario tener en cuenta que en ocasiones la mujer no ha logrado recuperar su peso después de dar la luz cuando ya está embarazada de nuevo (García & Kaufer, 2010; García y cols., 2009).

1.1.7.2. Peso al Nacer

El peso con el que se nace es un factor importante. Los niños que nacen de madres que presentan obesidad y diabetes llegan a tener un peso por encima de lo normal (macrosomía fetal), lo que incrementa sus probabilidades de que en la infancia y en la vida adulta desarrollen obesidad. Lo anterior se debe a la ingesta de alimentos ricos en carbohidratos (azúcares y harinas refinadas) y grasas durante el embarazo que se asocia con el incremento en la secreción de insulina y factores de crecimiento de los tejidos insulino-sensibles, principalmente el tejido graso. Si este mismo patrón dietario de la madre se preserva después del parto también puede tener implicaciones posteriores en el control del apetito del niño (Perea et al., 2012; Monereo et al., 2014). También se ha sugerido que los niños que padecieron desnutrición durante el embarazo y/o nacen con bajo peso, tienden a desarrollar obesidad en la vida adulta. El aumento de peso se debe a que se limita el crecimiento, favoreciendo el aumento de los depósitos de grasa lo que promueve la sobreingesta en el recién nacido. Si a esta situación se le añade un ambiente de alimentación inadecuada y poca actividad física durante la infancia, las probabilidades de acumular peso e incrementar los riesgos de enfermedades crónicas en la vida adulta es alta (Perea et al., 2012; López, 2010; Velasco, 2010; García et al., 2008).

1.1.7.3. Lactancia

La leche materna es un alimento que posee todos los nutrientes que el recién nacido necesita hasta los seis meses de edad. Se ha relacionado con la obesidad debido a que diversos estudios han encontrado que la lactancia materna puede ser un factor protector contra la obesidad infantil y otras enfermedades metabólicas ligadas a ella. La lactancia materna promueve un estilo de alimentación menos rígido, lo que permite una mejor regulación del hambre y saciedad en el bebé (Monereo et al., 2014). Sin embargo se ha encontrado que las mujeres obesas tienden a amantar a sus hijos por periodos más corto de tiempo,

lo anterior sugiere que entre menos tiempo haya recibido el niño leche materna mayor es la probabilidad de que desarrolle obesidad, ya que se le brinda leche artificial, que ésta por sí sola ya es un riesgo para desarrollar este padecimiento (García & Kaufer, 2010; Velasco, 2010). Las razones por las que las mujeres obesas podrían tomar ésta decisión es, por el retraso en el tiempo de la primera tetada (puede deberse por diabetes o síndrome de ovario poliquístico), por los pechos grandes que pueden ser un impedimento práctico o mecánico a la hora de pegar al bebé al seno (García & Kaufer, 2010).

1.1.7.4. Menopausia

La menopausia es una etapa crítica en la vida de la mujer y en donde se incrementan los casos de obesidad. Después de los 40 años de edad se produce en ellas un incremento de peso que conlleva a la redistribución del tejido graso y de masa magra, esto genera un aumento de adiposidad abdominal y resistencia a la insulina como resultado de un menor gasto calórico debido al descenso de la actividad metabólica y un mayor sedentarismo (García et al., 2010; Pavon de Paz, Alameda, & Olivar, 2006; Binfa & Blumel, 2001).

1.1.7.5. Gasto energético

La energía que se obtiene de los alimentos está destinada a cubrir las necesidades del proceso de metabolismo basal, la actividad física y el procesamiento de los alimentos. Durante el crecimiento y el embarazo la energía se destina al incremento del tamaño corporal, al feto o a la leche materna. El gasto energético en general depende de factores como la masa muscular, la actividad física, la composición de la dieta y la temperatura ambiental. La regulación del gasto energético también está determinada por el tipo de metabolismo (bajo, normal o alto), que aunado a la actividad física y una alimentación adecuada, se puede mantener el peso dentro de la normalidad. Por lo tanto, la inactividad física, una dieta rica en grasas, un metabolismo lento y vivir en lugares con temperatura

superiores a 20°C, favorece un menor gasto energético y por consiguiente la obesidad (Monereo et al., 2014).

1.1.7.6. Estrés

El estrés crónico y la obesidad tienen una asociación positiva; este tipo de estrés puede causar manifestaciones físicas, comportamentales y/o neuropsiquiátricas provocando adiposidad, ganancia de peso, incremento del IMC y trastornos metabólicos. Niveles elevados de estrés producen cambios en los patrones de alimentación tales como saltarse comidas, restricciones en el consumo de alimentos e incluso atracones; bajo este estado se da preferencia a los alimentos que contienen más azúcares, que son más salados y grasos (Patenain, 2011).

1.1.7.7. Alteraciones del sueño

El sueño junto con la actividad física son elementos importantes que mantienen la salud de los individuos. Existen diferentes formas de dormir, de acuerdo a factores poblacionales, biológicos (edad) y sociales (horarios, tipo de trabajo, estrés, ocio, etc.). Se ha encontrado que las alteraciones del sueño (dormir menos de 7 u 8 horas, mala calidad del sueño y dormir muy tarde) favorecen la obesidad, ya que se producen cambios en las hormonas que regulan el hambre y la saciedad. Dormir poco reduce los niveles de leptina, la tolerancia a la glucosa y la sensibilidad a la insulina; sin embargo incrementa la ghrelina, el hambre y apetito. Lo anterior favorece la grasa corporal y ganancia de peso a lo largo de los años y en consecuencia obesidad y alteraciones metabólicas (Silencio, 2010). En resumen se puede decir que dormir poco, acostarse tarde y no cuidar la calidad de sueño además de las alteraciones de la concentración, del carácter y el rendimiento, favorece el aumento de peso y deteriora la calidad de vida.

1.1.7.8. Hambre y saciedad

Tener hambre es una necesidad fisiológica vital, indispensable para saciar los requerimientos del cuerpo y nutrirlo con micronutrientes (vitaminas y minerales) y macronutrientes (proteínas, grasas y carbohidratos) que se encuentran en los alimentos. En cambio tener apetito significa, el deseo de comer por placer, en el que intervienen factores como los olores, sabores, aspecto y presentación de los alimentos o ciertas costumbres alimenticias que estimulan la mente para fomentar una necesidad, la de comer, no por necesidad biológica sino por gratificación. Por tanto, una persona puede sentir apetito a pesar de haber saciado su hambre (picar después de comer de forma copiosa). El control del apetito es fundamental para prevenir el exceso de peso y la obesidad, para ello es básico acostumbrarse a las señales que envía el organismo, antes, durante y después del acto de comer. Por otro lado es común confundir hambre y ansiedad. Generalmente las personas que comen por ansiedad, tienden a comer a todas horas principalmente después de haber comido con tendencia a picotear continuamente. Los alimentos que usualmente picotean son por lo general hidratos de carbono como la repostería, el chocolate, galletas, etc. (Monereo et al., 2014).

1.1.8. Factores Psicosociales

El incremento acelerado de la obesidad en los últimos veinte años no ha podido explicarse solo por alteraciones genéticas y fisiológicas. Los factores mencionados anteriormente sólo representan el 25% para el desarrollo de esta condición. Existen otros factores como los culturales, económicos, educativos, psicológicos, el estilo de vida entre otros, que tienen una mayor influencia, por lo que es muy importante tenerlos en cuenta.

1.1.8.1. *Cultura*

La cultura y el contexto son factores externos que influyen en el proceso de cambio y adaptación a lo largo de la vida. Estos aspectos juegan un papel importante a la hora de adoptar conductas en cuanto al cuidado del cuerpo y de la salud, ya que en la cultura se establecen representaciones sociales que se manifiestan en “creencias”, las cuales influyen en la construcción de identidades, la conformación de valores, actitudes, sentimientos, conductas, además de establecer “roles” y actividades para cada sexo a partir del género (Ocampo & Pérez, 2010).

En la cultura es dónde también se establece una relación entre la alimentación, la salud y el cuerpo; pues es aquí donde se determina en gran medida lo que se come y como se eligen los alimentos en días ordinarios, festivos, en situación de enfermedad, para preservar la salud, de acuerdo al contexto y la temporada (Pérez-Gil, 2009).

Por otra parte el valor social también juega un papel importante en la relación alimentación-cuerpo-salud, ya que asigna significados morales y sociales al peso. La idea de que los niños más pequeños deben estar “llenitos” o que las niñas más grandes deben estar “muy delgadas”, son muestras de la percepción social de la corporalidad. La presencia de estas ideas en algunos sectores de la población puede implicar que el sobrepeso no sea por fuerza reconocido como un problema (Bertran, 2010).

La imagen corporal está de la misma manera regulada culturalmente por medio de la estética o estereotipos, ya que el cuerpo funge como medio social, en la medida que expresa y se usa como una forma de relación social. Prueba de lo anterior, es que en algunas culturas un cierto nivel de obesidad puede servir como indicador de posición social, y en otras es visto de manera adecuada para las mujeres, en tanto que manifiesta la capacidad reproductiva. Sin embargo, para

otras culturas la delgadez puede significar virtud y belleza; como en las sociedades occidentales e industrializadas, donde la delgadez femenina es vista como un cuerpo atractivo, además de que simboliza competencia, éxito, control, y donde la obesidad es inequívocamente negativa en términos estéticos, morales, económicos y de salud (Bertran, 2010; Tena & Debby, 2010; Gracia, 2007, Dávila, 2006). En sociedades de consumo, la publicidad es el principal medio de comunicación y la que promueve el ideal corporal y de belleza; este medio ejerce una gran influencia en las mujeres, causándoles conflictos, sobre todo en la pubertad, dando lugar a que la mujer busque ajustarse a estos estereotipos de belleza (Bertran, 2010; Gracia, 2007, Dávila, 2006).

Sin duda lo mencionado anteriormente afecta las decisiones cotidianas a la hora de la comida; las prácticas alimentarias no solo responden a la necesidad biológica de satisfacer el cuerpo, sino que también a las condiciones materiales y las representaciones simbólicas que modulan las relaciones sociales en las diferentes sociedades (Gracia, 2007). La decisión de qué, cuándo, y con quién comer; por cuánto tiempo y cómo comer (demasiado, poco o no comer) tienen significados importantes en situaciones concretas y contextos determinados. Las investigaciones realizadas en el campo revelan que las personas realizan aproximadamente 220 elecciones de alimentos al día (Sobal & Bisogni, 2009). Sin embargo la posibilidad del individuo para elegir su alimento se da a partir de la interacción entre aspectos biológicos, socioeconómicos y culturales de un pueblo; es decir a partir del conjunto de representaciones, creencias, conocimientos y prácticas heredadas y/o aprendidas que están asociadas a la alimentación, que son compartidas por los individuos de una cultura, así como la disponibilidad de cierto tipo de alimentos que está determinada por el ecosistema, el tipo de productos que se cosechan y la apertura que tengan en el mercado a otros productos (Pérez-Gil, 2009; Gracia, 2007)

Las diferencias entre los individuos también se expresan en términos culturales. Los roles que se establecen en una cultura determinan el tipo de

actividad que hombres y mujeres desempeñaran, a su vez estas actividades están influidas por las condiciones geográficas a la que pertenece cada población; por ejemplo las mujeres de la ciudad trabajan y visten diferente de las mujeres de alguna comunidad indígena; y en comunidades rurales el rol que generalmente asume la mujer es el de dedicarse a las actividades del hogar y a la crianza de los hijos, mientras que el hombre busca y provee el sustento del hogar.

1.1.8.2. Estilo de vida

El estilo de vida ha sido conceptualizado de diversas maneras, por ejemplo como, una manera de vivir o los comportamientos que las personas tienen día a día, y que tienen repercusiones en su salud; donde se le ha dejado la responsabilidad de casi todo al individuo y desde luego sobre su salud, sin embargo esto ha ido cambiando ya que el individuo se desenvuelve en diversos contextos y en una amplia estructura social, lo que le ha quitado exclusiva responsabilidad (Fusté, 2010; Ponce, Sotomayor, Salazar , & Bernal, 2010).

Para Acosta (2011), el estilo de vida es considerado como “parte de una dimensión colectiva y social que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico” (p.12); con el primero hace referencia a las manifestaciones materiales de la cultura (vivienda, alimentación y vestido); en el segundo a las formas y estructuras organizativas (familia, grupo de pares, redes sociales de apoyo, etc); finalmente en el tercero a los valores y creencias que determinan los comportamientos. Por lo anterior, define a los estilos de vida como “los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, las conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida” (Acosta, 2011, p.13).

Sin embargo, la búsqueda de satisfacción de las necesidades, puede llevar al individuo a tener estilos de vida saludables y/o no saludables, dependiendo de

las limitaciones y alcances que obtenga del medio en el que se desenvuelva; ya que las condiciones sociales determinan en gran medida estas conductas (Ponce, et al., 2010)

Los cambios en el estilo de vida que se han producido en los últimos años como consecuencia de la transformación social, ambiental, tecnológica, económica y demográfica, han provocado modificaciones principalmente en la dieta y en la actividad física.

Los cambios en la alimentación se deben a una mayor disponibilidad y accesibilidad de alimentos de alta densidad energética, ricos en grasas y azúcares refinados, esto como consecuencia de la industrialización de los alimentos que facilita una mayor producción de los mismo, ofreciéndolos a precios accesibles pero de menor calidad; lo que a su vez provoca la homogenización de la dieta. Otros factores que han influido en la modificación de la dieta y la actividad física son las formas de trabajo, el tiempo y los modos de desplazamiento (Medina, Aguilar, & Solé-Sedeño, 2014; Lozano, 2012).

El descenso en la actividad física, aunado a los anterior, corresponde también a actividades más sedentarias, incluso de recreación, como ver televisión, pasar mucho tiempo en la computadora, largas jornadas laborales menor tiempo en actividades domésticas, los horarios de vigilia y sueño etc. (Medina, et al., 2014; Lozano, 2012) Sin embargo también es necesario contemplar aspectos como la inseguridad que se vive, la falta de parques, aceras e instalaciones deportivas y recreativas, la mala calidad del aire, la densidad del tráfico, la superpoblación (OMS, 2012), el limitado acceso a la información y mercados, así como las características personales que impiden que la población practique ejercicios físicos en forma sistemática y coma saludablemente.

En la mujer el cambio en el estilo de vida ha sido muy significativo. Su inserción en el campo laboral sin duda ha modificado la dinámica del hogar y con ello la manera de alimentarse; por ejemplo ha disminuido el uso de la lactancia materna, las comidas fuera de casa se han vuelto más frecuentes así como el consumo de comida rápida que por lo general son alimentos industrializados pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes; el tiempo en el trabajo ha disminuido sus actividades domésticas y han incrementado el uso de los equipos electrodomésticos (incluido el uso del control remoto) (García et al., 2010). La OMS (2014) reportó que las mujeres son las que realizan menos actividad física, tanto de los países desarrollados como en desarrollo; donde las mujeres de países desarrollados son las que tienen una actividad física insuficiente.

Sin embargo esta inserción de la mujer al trabajo no eliminó del todo sus responsabilidades en el hogar, en especial para la mujer de estratos socioeconómicos medios-bajos, sino al contrario muchas de ellas ahora cumplen una doble función dentro y fuera del hogar, con tareas de 12 y 16 horas diarias. La sobrecarga que implica la doble jornada (laboral y hogareña), a la que está expuesta la mujer promedio en el mundo (la multiplicidad de roles en la familia, la responsabilidad absoluta sobre la salud de la familia), la vuelven vulnerable a enfermedades crónicas (Labañino, Pérez, Duarte, & Felipe, 2012; García, 2010).

La mujer presenta una tasa de prevelancia mucho mayor de enfermedades en relación a los hombres, esta diferencia se aprecia en todas las etapas de su vida y se acentúa aún más en mujeres de países en desarrollo debido a su limitado acceso y utilización de los servicios de salud. Aunque las mujeres viven más tiempo que los hombres, ellas llegan a la tercera edad con muchos más problemas de salud y discapacidad (Cerón Mireles, et, al., 2007)

Por otro lado el estilo de vida de la mujer, también se encuentra altamente influenciada por la publicidad, quien la ha tomado como su principal objetivo, ya que la han considerado una compradora por excelencia, pues muchas de las decisiones de compra en la familia las realiza ella, sobre todo las que tienen que ver con el

consumo primario (García & García, 2004 p.45). La publicidad en la vida de la mujer tiene un impacto incluso en el tipo de recreación y esparcimiento, así como su forma de vestir, de verse y de relacionarse en familia; ya que los medios de comunicación promueven estereotipos y roles en la mujer, como trabajadora, madre y esposa, así mismo en la alimentación y el cuidado de la salud que debe seguir (García & García, 2004); lo que justifica su tendencia a preocuparse más por la salud de los demás que por la suya (Labañino, et al., 2012).

Sin embargo los medios de comunicación paradójicamente también promueven comida poco saludable, al mismo tiempo que promueven productos y servicio para tener cuerpos esbeltos y bellos ; solo que esto último está dirigido a un grupo más reducido, mientras que la mayoría tiene más alcance a las actividades y productos menos saludables (Bertran, 2010; Zuñiga & Contreras, 2010).

En resumen, se puede decir que el estilo de vida de la mujer, está determinado en gran medida por sus recursos económicos , el tiempo y las posibilidades de acceso a diversos servicios como de alimentos, salud y educación.

1.1.8.3. Nivel Socioeconómico

El nivel socioeconómico es considerado como una influencia contextual externa que afecta a la salud y a los comportamientos de salud. Wethington & Johnson (2012), refieren que no debe considerársele únicamente como los ingresos percibidos, la ocupación, el nivel económico de la familia de origen o el nivel educativo de una persona, sino que además se deben considerar elementos como el barrio en el que se vive (por la delincuencia, organización, y exposición a factores estresantes crónicos), los grupos de pares, el apoyo institucional y otros tipos de capital social (Wethington & Johnson, 2012).

La relación entre obesidad y nivel socioeconómico fue establecida por primera vez en un estudio en Nueva York, el cual reveló que el nivel

socioeconómico influía en el estado de salud. En el caso de la obesidad su prevalencia fue siete veces mayor entre las mujeres que provenían de una clase social baja en comparación con las de clase alta (Ortiz & Rivera, 2010).

La falta de recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas en el hogar, vuelven vulnerables a las personas a diversas situaciones y enfermedades como deserción escolar, falta de oportunidades de trabajo, un acceso limitado a los servicios de salud, problemas de alimentación, etc. (Lozano, 2012). Se ha sugerido que a medida que la pobreza aumenta, la probabilidad de experimentar inseguridad alimentaria crece; entendiéndose ésta como una disponibilidad limitada o incierta a los alimentos saludables y adecuados desde el punto de vista nutricional, o a una incapacidad limitada económicamente hablando para acceder a ellos en formas socialmente aceptables. También se ha encontrado que el grado de inseguridad alimentaria está fuertemente ligado a los ingresos de las familias, sobre todo donde hay adultos con obesidad, mujeres que son el único sustento de sus hogares y madres solteras, ya que por lo general tienden a ser más pobres; situación que aumenta en ellas la probabilidad de desarrollar obesidad (Frongillo & Bernal, 2014; Franklin et al., 2012; Ortiz & Rivera, 2010; Kaiser, Martin & Ferris, 2007; Townsend, Melgar-Quiñonez, Fujii, & Crawford, 2004).

Las explicaciones se sustentan en el hecho de que a medida que la pobreza crece, el grupo de alimentos saludables en la dieta se reduce; se come menos frutas, verduras, lácteos y carnes; en su lugar las personas de nivel socioeconómico bajo destinan mayor gastos a la compra de alimentos altamente energéticos, con gran poder de saciedad, de sabor agradable, rendidores y sobre todo de bajo costo; en este rubro entran las pastas, papás y cereales; ya que no siempre se tiene acceso a los alimentos saludables, además de que suelen ser más costosos (Ortiz & Rivera, 2010; García, Pardío, Arroyo, & Fernández, 2008; Martínez&Villezca, 2003).

Las personas con bajos ingresos son especialmente vulnerables a la obesidad debido a factores de riesgos adicionales que trae consigo la pobreza como la privación de alimentos (particularmente en la mujer que a menudo restringe la ingesta de alimentos y sacrifica su nutrición con el fin de proteger a sus hijos del hambre), altos niveles de estrés, el acceso limitado a servicios médicos y la falta de oportunidades para la actividad física; ya que en los barrios pobres existe menos recursos destinados para espacios de esparcimiento y recreación a diferencia de los barrios de estratos más altos (Heather, 2011).

La OMS (2014) señaló que el aumento de la pobreza también incide en los niveles de inactividad física; pues las personas pobres destinan la mayor parte de sus ingresos y tiempo a la realización de actividades con las cuales puedan obtener más ingresos, lo que disminuye la oportunidad de practicar actividad física (García, 2010).

También se ha encontrado que ésta población no sigue tan potentemente los dictados de la moda como en los niveles socioeconómicos altos, además tienden a confundir con mayor frecuencia gordura con fuerza y salud. En contraste, el proceso de alimentación en los sectores medios y altos, se expresa de manera diferente. El estrato social puede ser usado como una forma de identidad en las sociedades; dónde hay estratos sociales más altos los sistemas culinarios son más elaborados, las personas comen menos, eligen alimentos de alto valor nutricional, baja densidad energética y hacen ejercicio (Monereo et al., 2012).

Por otro lado la participación de la mujer en el mercado laboral y actividades económicas tanto en el sector formal como informal han aumentado considerablemente, sin embargo aún persisten las desigualdades entre los grupos sociales y de género, que parecen ser especialmente grandes en la mujer. Estas circunstancias socioeconómicas desfavorables aumentan su vulnerabilidad y el desarrollo de la obesidad en comparación con las que se encuentran en condiciones más favorables (Franklin, Jones, Love, Puckett, & Macklin, 2012). La

desigualdad laboral y de remuneración económica entre mujeres y hombres aún persisten, ya que muchas son despedidas en caso de matrimonio o embarazo, y no siempre disponen de guarderías donde dejar a sus hijos mientras trabajan, no gozan del descanso pre y post natal recomendado por la Organización Internacional del Trabajo (Labañino, 2012); también se ha visto que las mujeres tienen la mayor dificultad para conseguir un trabajo, sobre todo las que son analfabetas y las que no tienen estudios, además que suelen ganar menos por realizar actividades similares a los hombres y trabajar más horas para poder ganar lo mismo. También se ha encontrado que el nivel de estudios influye en la situación laboral de una persona, en la actividad y el desempleo. En las mujeres la tasa de desempleo es mayor en comparación con los hombres; y en el caso de mujeres con estudios universitarios el porcentaje de desempleo es casi igual que los hombres analfabetas (Tortosa, 2009; Larrañaga & Echebarría, 2004).

1.1.8.4. Nivel Educativo

El nivel educativo ha sido estudiado por lo general como una variante del nivel socioeconómico, ya que en países desarrollados el nivel económico, educativo y laboral están estrechamente relacionados. Sin embargo estudios que han investigado sobre la relación entre obesidad y educación han encontrado que la ocupación y la educación pueden actuar de manera diferente en relación con el riesgo de padecer obesidad, ya que los países se desarrollan de diferentes maneras, económicamente hablando (Aitsi, Chen, Shipley, & Marmot, 2013)

Otros estudios han demostrado que el nivel educativo está relacionado con la salud y con el estado nutricional, en algunos casos con independencia de los ingresos; lo que ha llevado a considerar a la educación como un recurso no material que promueve en los sujetos estilos de vida saludables. Estos estudios han encontrado que quienes tienen mayor nivel educativo suelen asumir patrones de comportamiento que benefician su salud y la de sus hijos, sin embargo esta

asociación es todavía más fuerte en el caso de las mujeres (Álvarez, Goez &Carreño, 2012).

Las investigaciones sugieren que la educación tiene un impacto positivo en la salud y el bienestar, especialmente en los países más pobres; también han mostrado una fuerte relación entre la educación y el IMC, se ha mencionado que puede funcionar como factor protector, pues han encontrado que a mayor educación (sobre todo en las mujeres) es menor la probabilidad de tener sobrepeso u obesidad (Sassi, Devaux, Cecchini, Borgonovi, & Church, 2011).

Sin embargo aún persisten las desigualdades sociales y de género en el ámbito educativo, siendo la mujer la más afectada, ya que tiene menos posibilidades de estudio debido al acceso limitado a instituciones por cuestiones económicas y/o culturales, sobre todo en países en desarrollo.

Existen datos que señalan que la obesidad es menor entre las mujeres profesionistas y mayor en las amas de casa, ya que las primeras se preocupan más por su imagen, eligen más comportamientos saludables, tienen menos hijos y a edades más tardías, son más activas, cuidan su atractivo físico y regularmente construyen un sentido a su vida fuera del hogar. A su vez suelen pertenecer a una clase social más alta, se imponen valores estéticos de delgadez y no asumen totalmente un rol materno ya que por lo general cuentan con un servicio doméstico para la casa y los hijos.

En los países desarrollados se ha relacionado a la obesidad inversamente con el nivel educativo mientras que en los países en desarrollo la relación se da de manera directa (Sassi, et al., 2011). También se ha encontrado que el nivel educativo de la madre influye en el cuidado y desarrollo de sus hijos, cuando éste es inferior, se incrementa el consumo de carnes, frutos secos, dulces, golosinas, aperitivos salados y refrescos, además de que disminuye el consumo de verduras en los niños y jóvenes (Guzmán, Del Castillo & García2010).

La falta de educación y conocimiento sobre el contenido de energía en alimentos también puede contribuir a la obesidad. En promedio, los individuos no obesos que pertenecen a una clase social baja, tienen un mejor conocimiento de los alimentos que los que son obesos en el mismo grupo. Sin embargo los sujetos no obesos en todos los grupos, sobreestiman la energía de los alimentos que aportan las bebidas alcohólicas y los bocadillos, lo que indica un menor conocimiento del contenido energético de estos alimentos. La falta de información también podría afectar la propia percepción de su masa corporal, a demás que con el paso del tiempo las personas con sobrepeso no perciben su masa corporal en comparación con las personas con peso normal (Sassi et al., 2011).

1.1.8.5. Estilo de Crianza

El estilo de crianza es definido por Solís, Median y Barranco (2008) como un constructo psicológico multidimensional que representa características o estrategias de crianza de los padres, los estilos más conocidos son: autoritario, democrático, negligente y permisivo (Solís, et al., 2008).

Por otro lado, el estilo de crianza y el funcionamiento de la familia depende del número de sus miembros, la posición de éstos en la estructura familiar, la edad, el sexo y el trabajo de cada uno de ellos, así como su nivel socioeconómico y la cultura en la que se desenvuelven (García, 2010). Estos factores intervienen en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad entre sus miembros, de la percepción del cuerpo y en la decisión de los alimentos que se consumen o no en casa.

Los padres y los familiares más cercanos constituyen los modelos o patrones fundamentales a seguir por los hijos, ya que no existe mayor influencia sobre los hábitos en ellos que la que proviene del ambiente familiar (Guzmán et al., 2010; García, et, al., 2008; Baughcum, Chamberlin, Deeks, Powers, & Whitaker, 2000).

Desde el nacimiento, el alimento constituye el primer nexo del recién nacido con la familia, la primera relación que establece el bebé es con la madre a través de la lactancia materna, o con quien asuma el rol de alimentarlo y en la medida que el niño va creciendo el alimento se transforma en vínculo de comunicación o fuente de fricción. La madre posee por lo general conocimientos, aptitudes y prácticas alimentarias heredadas y reforzadas socialmente, las cuales fijan en gran medida el estado nutricional de la familia, ya que es ella quien proporciona la estructura básica de relación con la comida, debido a que es la encargada de ofrecer algunos alimentos y de evitar otros, de distribuir y determinar las cantidades de comida durante el día. Como primera cuidadora no solo es una influencia en el desarrollo de hábitos saludables, sino que también en el desarrollo del peso de los hijos, (Jiménez, Cordero, García, López, & Ferre, 2012).

El hecho de que padres e hijos compartan el mismo ambiente y estilo de vida, favorece no solo los hábitos en la alimentación, también en la actividad física y la preferencia de los alimentos. Todo esto a su vez está influenciado por las prácticas, creencias y costumbres heredadas de los padres. Los estilos de crianza también pueden influir en la capacidad de un niño para regular su ingesta (Serralde & Olguín, 2010).

La hora de la comida es un momento y actividad muy importante, ya que en ella se establecen gustos y patrones en la alimentación, además permite la interacción entre los miembros de la familia y refuerza hábitos alimentarios adecuados o inadecuados que pueden prevenir o favorecer conductas alimentarias problemáticas, así como creencias erróneas o la asociación entre emociones negativas a la alimentación. La manera en que se da la interacción entre los miembros de la familia durante las comidas también es un reflejo del ambiente y la dinámica familiar (Gutierrez & Sanchez-Sosa, 2006).

Diversas investigaciones refieren que el entorno familiar puede contribuir al desarrollo de la obesidad, ya que en un entorno familiar dónde existe conflicto, agresión, relaciones frías, falta de solidaridad, negligencia se crean vulnerabilidades y/o conductas poco saludables. El descuido de los niños, la depresión, los largos períodos para ver televisión y comidas fuera de casa han sido asociados como factores que contribuyen al desarrollo de la obesidad en la infancia (Repetti, Taylor, & Seeman, 2002). Obligar a los niños acabarse todo la comida servida en sus platos contribuye a que no puedan identificar las señales de apetito y saciedad en ellos; por otro lado es frecuente que los padres utilicen el alimento en ellos como incentivo, castigo o para calmarlos; esto pasa principalmente en niños obesos, dónde los padres suelen sobrealimentarlos (Serralde & Olguín, 2010).

Otro elemento importante en la crianza y su relación con la obesidad, es que los padres no suelen percibir el sobrepeso de sus hijos, además refieren que el peso de su hijo no es un problema potencial para la salud por lo que tiende a subestimarlos y decir que cuando crezcan perderán peso (Martínez & Navarro, 2014; Lara, Flores, Alatorre, Sosa, & Cerdas, 2011). Por otro lado la insatisfacción corporal de los padres, la calidad de la relación entre ellos y la importancia al aspecto físico, también se ha relacionado con el ejercicio de una mayor presión sobre las conductas alimentarias de los hijos, tanto en hombres como en mujeres (Gutiérrez & Sánchez-Sosa, 2006).

El sistema familiar de sujetos obesos, anoréxicos y bulímicos, se caracterizan por ser más conflictivos, desorganizados, críticos y sobreprotectores. A su vez Minuchin (como se citó en Guzmán et al., 2010) señaló que la incidencia de inmadurez, pasividad y conflictos en las relaciones interpersonales es algo que siempre existe en una familia con miembros obesos. La comunicación en este tipo familias presenta disturbios en el contenido de los mensajes, presencia de conflictos emocionales y roles difusos, dando como resultado niveles de comunicación inadecuados (Guzmán et al., 2010).

Otra característica frecuente en las personas que presentan obesidad es haber experimentado eventos emocionalmente estresantes a edades tempranas, como la pérdida de uno de los progenitores o sufrir abuso sexual en la infancia. En estos casos el alimento se vuelve escape confortable provocando que los niños ingieran mayores cantidades de alimentos y aumenten de peso (Silencio, 2010).

1.2. Estudios Revisados

La preocupación de este fenómeno llamado obesidad ha llevado a realizar diversas investigaciones a nivel mundial no solo en la búsqueda de un tratamiento eficaz sino también en la de identificar los factores que pueden estar asociados en la aparición y desarrollo de esta condición.

En países miembros de la OCDE (Australia, Canadá, Inglaterra y Corea) realizaron un estudio para analizar la relación entre educación y obesidad; los resultados mostraron que a mayor nivel educativo menor IMC principalmente en las mujeres. El nivel educativo también mostró de manera indirecta una relación con el nivel socio económico (Sassi et al., 2011).

En Tailandia estudiaron la prevalencia y tendencia de la obesidad en adultos asociada al nivel socioeconómico. Los resultados mostraron mayor prevalencia de obesidad tipo I y II en las mujeres, principalmente las que vivían en zonas rurales (Aekplakorn et al., 2014)

Un estudio cualitativo realizado en Minnesota sobre la alimentación saludable y actividad física en el entorno doméstico, encontró que la alimentación poco saludable y la poca actividad física se asociaban con el acceso limitado a los alimentos bajos en calorías, a la falta de tiempo así como a la etapa de desarrollo en la que se encontraban los miembros de la familia y a la poca inversión que destinan a los alimentos saludables y actividades físicas (Berge, Arikian, Doherty, & Neumark-Sztainer, 2012). Repetti et al., (2002) realizaron un meta-análisis sobre las familias de riesgo y su relación con los entornos familiares, sociales, la salud física y Mental. Dieron a conocer que crecer en un hogar con poco apoyo, frialdad afectiva, rechazo, poco reconocimiento, cuidado negligente, apoyo escaso, etc., durante la infancia está asociado con la obesidad en la adolescencia y la adultez; así como el nivel socioeconómico y el contexto cultural.

En México existen numerosas investigaciones sobre obesidad, pero son pocas las investigaciones realizadas sobre cómo se vive y se desarrolla esta

condición en las zonas rurales y los pueblos indígenas. Las investigaciones que se han realizado en los contextos antes mencionados por lo general son de tipo antropológico y médico.

A nivel nacional, estudiaron las tendencias de la desigualdad educativa y su relación con la obesidad en mujeres mexicanas de los años 1988-2012. Encontraron que durante ese periodo en las zonas urbanas la proporción de mujeres con educación superior se duplicó al 23% y las mujeres con menor estudio (primaria o menos) se redujo. En cuanto al peso promedio, este incrementó 12 kg en las zonas urbanas y 10 kg en las zonas rurales; mientras que la talla solo aumentó en un 1 cm en zonas urbanas y se mantuvo constante en las zonas rurales. En cuanto a la relación entre obesidad y educación, encontraron una asociación inversa para las mujeres de las zonas urbanas y una asociación directa o no lineal en las zonas rurales. La prevalencia de obesidad entre las mujeres mostró un incremento drástico en todos los grupos de educación en el período de 1988 a 2012, donde el mayor incremento se dio entre 1988 y 1999. Los investigadores concluyen que la obesidad ha afectado más a las mujeres de las zonas urbanas con menor educación durante los últimos 25 años (Ferrer, McMunn, Rivera, & Brunner, 2014).

Otra investigación a nivel nacional que se realizó fue sobre inseguridad alimentaria y su relación con la obesidad en mujeres adultas. Se encontró que la inseguridad alimentaria leve, estaba asociada positivamente con la presencia de obesidad en mujeres adultas particularmente; además de que las mujeres con mayor probabilidad de desarrollar obesidad asociada a este factor son las mujeres que viven en zonas rurales, al sur de la república y con educación básica (Morales, Mendez, Shamah, Valderrama, & Melgor, 2014)

Cruz et al., (2012), investigaron sobre las desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre los indígenas chontales de Tabasco; encontraron que tanto hombres como mujeres subestiman la obesidad y aceptan como normal cierto

grado, en tanto no limite sus actividades. La obesidad en esta población es considerada como un símbolo de bienestar y no de enfermedad, principalmente entre los adultos y creen que su origen se debe a la herencia inevitable de los padres. Las desigualdades de género se hicieron notar en esta cuestión, las mujeres de este grupo viven más situaciones de estrés que los hombres además de que no tienen permitido realizar actividades de esparcimiento y ejercicio.

En Dzuntóh, Yucatan estudiaron la prevalencia de obesidad y los hábitos alimentarios desde el enfoque de género. El estudio mostró que las mujeres conforme avanza la edad van incrementando su IMC; en la adolescencia presentan mayor sobrepeso y en la etapa adulta (mujeres casadas) obesidad. Su estilo de vida es sedentario la mayor parte del tiempo; la dieta es monótona, poco variada, basada principalmente en los productos de su comunidad como el frijol, chile, chaya, tomate, huevo, carne, maíz, tortillas y masa; existe un escaso consumo de frutas y verduras, sin embargo está presente el consumo de alimentos industrializados principalmente en el desayuno. La decisión de qué comer se basa en los roles de género y la economía; la mujer decide que cocinar en base a los que el esposo provee, también están factores como los gustos de los integrantes de la familia y las ocasiones especiales, festividades o escases de alimento y/o dinero (Marín, Sánchez & Maza, 2013).

En los indígenas Nahuas de Ixtaczoquitlán, Veracruz la frecuencia de obesidad en la población, mostró una prevalencia mayor en las mujeres (en su mayoría amas de casa), ellas presentaron mayor prevalencia de obesidad abdominal, la cual estuvo asociada a su talla baja y a la edad; encontraron también que el sobrepeso se incrementa después de los 40 años (Herrera, García, Méndez, López, & Valenzuela, 2012)

Otro estudio realizado en tres zonas rurales de México (Oaxaca, Querétaro e Hidalgo) para medir percepción y deseo de la imagen corporal en mujeres reveló que el modelo deseado incluye algún grado de desnutrición excepto en las mujeres de la costa de Oaxaca y en Mixquiahuala, donde se prefiere una figura

con sobrepeso (Pérez- Gil & Romero, 2010). En el estado de Oaxaca se estudió más afondo la percepción corporal en dos grupos de mujeres (sierra y costa), donde encontraron que las mujeres de la Sierra Juárez mostraron menor prevalencia de sobrepeso y asociaron la delgadez con salud, además que tienden a rechazar la obesidad; en las mujeres de la costa se encontró mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad. En cuanto a la percepción del cuerpo, ambos grupos mostraron subestimación por el sobrepeso, pero las mujeres de la costa se percibieron más gordas, aunque indicaron que les gustaría ser delgadas, esto se encontró asociado con la influencia de la publicidad. También ambos grupos coinciden que el sobrepeso se debe al parto, lo cual consideran normal por el hecho de ser mujeres, aunque esta situación no es de su agrado, lo aceptan (Pérez-Gil & Romero, 2008).

CAPÍTULO 2. PSICOLOGÍA Y SALUD

2.1. La Psicología de la Salud

La salud y la enfermedad constituyen uno de los aspectos más importantes en la vida de las personas. La OMS ha definido a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no únicamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Por otro lado la enfermedad no solo se refiere a la alteración o pérdida de la salud física; sino también a la afección en el desempeño del rol social y laboral habitual debido a que en ella convergen factores socioculturales (León, 2004). El gozar de buena salud, no es simplemente una necesidad sino un derecho universal que va acompañado del poder reconocer cuando se está enfermo y el poder buscar ayuda. Este derecho va estrechamente ligado a otros derechos humanos fundamentales, como el derecho al agua, la alimentación o a acceder a los servicios de cuidado médico (OMS, 2013).

El derecho a la salud incluye cuatro elementos importantes:

- Disponibilidad de un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios y programas públicos de salud,
- Accesibilidad a los servicios tanto física y económicamente así como brindar información adecuada y oportuna.
- Respeto de la ética médica, la cultura, a los requisitos del género y el ciclo de vida de las personas.
- Calidad de los establecimientos, servicios, bienes y programas.

Por lo anterior, es responsabilidad del estado crear las condiciones que permitan a las personas vivir lo más saludablemente posible; así como de respetar y proteger su salud y cumplir con las medidas, estrategias y planes de acción de salud pública, ya que una buena salud no solo depende de factores biológicos, sino que también de factores socioeconómicos (OMS, 2013).

Debido a la naturaleza compleja y multifactorial de la salud y la enfermedad, la psicología ha tenido un papel importante en la comprensión de estos procesos. Una contribución significativa que ha tenido, ha sido la ampliación del modelo biomédico al modelo biopsicosocial (León, 2004). Este modelo refiere que la salud y la enfermedad están multideterminadas, debido a que intervienen elementos

como el contexto social, el ambiente físico así como pensamientos, emociones, etc.; además de que hace hincapié en los aspectos preventivos y en la promoción de la salud.

El interés de la psicología por la salud ha dado origen a diversas disciplinas, entre ellas la Psicología de la Salud, la cual ha contribuido principalmente en la promoción, mantenimiento y acrecentamiento de la salud así como en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (especialmente crónicas). Sus aportaciones científicas han logrado injerencia en las mejoras al sistema sanitario así como en las políticas públicas, ya que ha señalado la importancia de los factores psicológicos en el proceso de salud-enfermedad. Esta disciplina actúa tanto a nivel individual como colectivo y/o institucional, además de que contempla la investigación y conocimiento de los factores comportamentales para la elaboración de estrategias adecuada a ciertas enfermedades como el control de variables, los riesgos y la modificación de conductas (León & Medina, 2004).

Oblitas (2010), ha definido a la Psicología de la Salud como la especialización de la psicología que aplica los principios, técnicas y conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, diagnóstico, prevención, explicación, tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar.

2.1.1. Campos de Acción de la Psicología de la Salud

Barriga, León, Ballesteros y Medina (2004), mencionan tres campos en los que tiene injerencia esta disciplina:

- La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Implica la capacitación de las personas y la comunidad con el fin de incrementar en ellos el control, mantenimiento y mejoras de su salud.
- El diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Se trabaja en el análisis y modificación de los factores psicosociales asociados alguna de las fases de la enfermedad (etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).
- La mejora del sistema de cuidados de salud. Busca lograr una mayor eficacia y calidad en sus prestaciones y servicios.

2.1.2. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

El objetivo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, es capacitar a los individuos y a la comunidad, en el control de factores que influyen en la salud, el comportamiento y el medio ambiente, para prolongar la vida y mejorar la calidad de la misma (León, 2004 & Ramírez, 2007).

La promoción de la salud hace referencia al conjunto de acciones positiva como diseño, elaboración, aplicación y evaluación de programas y actividades, encaminadas a incrementar conductas y hábitos de salud como la protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud. La prevención, busca reducir o eliminar comportamientos inadecuados para la salud; es decir, tomar medidas para combatir factores de riesgo antes de que la enfermedad tenga la oportunidad de desarrollarse.; y cuando la enfermedad se ha instaurado se enfoca a prevenir comorbilidades (Ramírez, 2007; Ardila, 2004; Barriga et al., 2004).

El interés de la psicología por prevenir y tratar enfermedades la ha llevado a la búsqueda de factores protectores que puedan ayudar a mejorar y mantener la salud. En ésta búsqueda, ha encontrado que existen factores distales y proximales que determinan la salud; los primeros hacen referencia a la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, lugar y familia de origen. En los segundos es donde tiene mayor injerencia, y puede realizar alguna intervención que ayude a

modificarlos, como las creencias, los hábitos, la percepción, la emoción, y el estilo de vida.

Los factores mencionados anteriormente pueden ayudar a resolver la interrogante del por qué algunas personas adoptan conductas de autocuidado y otras no. Esto ha llevado a la elaboración de una serie de teorías y modelos que si bien no han logrado una respuesta concluyente si han logrado explicar, predecir y dar sentido a los comportamientos relacionados con la salud.

2.2. Modelos en Salud

Diversos son los modelos y teorías que se han propuesto para poder explicar y predecir las conductas en salud. Estos modelos han propuesto que la personalidad, creencias, actitudes, metas, circunstancias y normas sociales desempeñan un papel importante en la motivación y ejecución de la conducta de autocuidado. A continuación se explican algunos.

2.2.1. La Teoría de la Acción Razonada

La teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein, asume que las personas son bastantes razonables y que hacen un uso sistemático de la información para decidir de qué manera comportarse. Refiere que las personas consideran las consecuencias de sus actos antes de decidirse adoptar un comportamiento dado. Supone que el comportamiento está dirigido a un fin o a la obtención de un resultado y que las personas eligen libremente aquellos actos que consideran que los encaminarán en la dirección trazada. Así mismo, pueden elegir no actuar si consideran que la acción en cuestión les aparta de su objetivo. Esta teoría propone que el factor determinante es la *intención*, la cual está determinada por dos factores la actitud personal (valoración personal del comportamiento) y la norma subjetiva (percepción de la presión social). La primera se compone de creencias sobre los

resultados o sobre algún comportamiento que se pueda valorar de forma positiva y negativa. La teoría también contempla el peso relativo de las actitudes en contradicción con las normas (Morrison & Benett, 2008; Medina & León, 2004).

2.2.2. Teoría de la Conducta Planeada

Esta teoría es una ampliación de la teoría de la acción razonada, realizada por Ajzen donde incluye el concepto de control conductual percibido, este se refiere al control que las personas tienen sobre su comportamiento; es decir, para que una persona tenga la intención de llevar a cabo una conducta saludable, necesita de una actitud positiva, presión social, sentirse capaz de poder realizarla y tener certeza de que esta acción le ayudará a obtener el resultado deseado. Cuanto mayor es el número de recursos que la persona cree tener más firme será su creencia de que puede controlar su comportamiento (Morrison & Benett, 2008; Medina & León, 2004).

2.2.3. Teoría de la Autorregulación o Autoeficacia.

Esta teoría fue propuesta por Albert Bandura (1986), en ella se plantea que la interacción del comportamiento, el entorno y los factores personales, especialmente la cognición funcionan como un determinismo recíproco. También resalta la importancia de la *autoeficacia* en los individuos; ésta hace referencia a las creencias de las personas sobre su capacidad de ejercer control sobre los acontecimientos que afectan sus vidas, adoptando comportamientos que les producirán resultados deseados ante una situación particular. Bandura sugirió que la autoeficacia se puede adquirir, aumentar o reducirse mediante alguna de los siguientes factores: la actuación o realización de algún comportamiento, la experiencia vicaria u observar a otra persona con habilidades similares realizando un comportamiento, persuasión verbal o escuchar las palabras de aliento de una persona de confianza; y finalmente los estados de activación psicológica, como la

ansiedad que suelen disminuir los sentimientos de autoeficacia (Brannon & Feist, 2001).

2.2.4. El Modelo Transteórico

Este modelo fue desarrollado por James Prochaska y sus colegas (1992 como se citó en Taylor, 2007), para abordar el cambio conductual intencional. El modelo parte de dos supuestos generales: que los individuos pasan a través de etapas de cambio y que los procesos que se producen en cada etapa difieren.

Las etapas de cambio que comúnmente se manejan son cinco: a) precontemplación, las personas no tienen intención de cambiar su comportamiento y tal vez no adviertan que tienen un problema. b) contemplación, implica la toma de conciencia del problema y la idea de cambiar el comportamiento en los próximos seis meses, pero la gente que atraviesa esta etapa aún no ha realizado algún esfuerzo por cambiar. c) preparación, incluye ideas y acción al mismo tiempo, y las personas que la atraviesan realizan planes específicos para cambiar. d) acción, las personas introducen cambios manifiestos en su conducta. e) mantenimiento, las personas intentan conservar los cambios que han conseguido introducir. Aunque las etapas anteriores son las que comúnmente se mencionan, también hay: f) terminación, cuando el cambio de conducta se ha mantenido durante un periodo adecuado para que la persona no tenga el impulso de recaer y pueda creer en su autoeficacia para mantener el cambio. g) recaída, cuando la persona regresa a su patrón de conducta anterior y vuelve a una etapa previa (Fiorentino, 2010; Taylor, 2007).

En este modelo se sugiere que las personas pasan de una etapa a otra en espiral en lugar de hacerlo lineal, por lo tanto las recaídas pueden darse en cualquiera de las etapas y así mismo recuperarse e iniciar hasta llegar finalmente al cambio.

2.2.5. *El Modelo de Creencias en Salud*

Desde su origen en la década de los cincuenta, el Modelo de Creencias de Salud (MCS) se ha convertido en uno de los marcos teóricos más usados en psicología de la salud para explicar los comportamientos de salud y de prevención de la enfermedad. Es un modelo de inspiración cognitiva que considera dichos comportamientos como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada.

El MCS fue desarrollado aproximadamente hacia 1950 por un grupo de psicólogos pertenecientes al *Public Health Service* estadounidense. Este primer acercamiento surge con la intención de encontrar respuestas a una serie de problemas de carácter social principalmente relacionados con la educación para la salud, como un intento de comprender por qué las personas se niegan con frecuencia a llevar a cabo conductas preventivas tales como revisiones médicas para la detección temprana de enfermedades. Por tanto, su objetivo primario de estudio era la *prevención*, considerando que el mero cuidado médico era sólo una parte de la totalidad del servicio que la salud pública podía y debía ofrecer (San Pedro & Roales, 2003).

Este modelo propone que la probabilidad de que una persona realice determinada conducta de salud depende de factores como la clase social, sexo, edad y una serie de creencias que pueden surgir de determinada clave para la acción, interna o externa.

2.2.5.1. Componentes y Dimensiones del Modelo de Creencias en Salud

Los componentes *básicos* del modelo que explican la conducta de salud de los individuos descansan principalmente en dos variables:

- a) El valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y
- b) La estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta.

Las dimensiones que integran el MCS son, la susceptibilidad percibida, la severidad o gravedad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas, que se explican a continuación. (Figura 2)

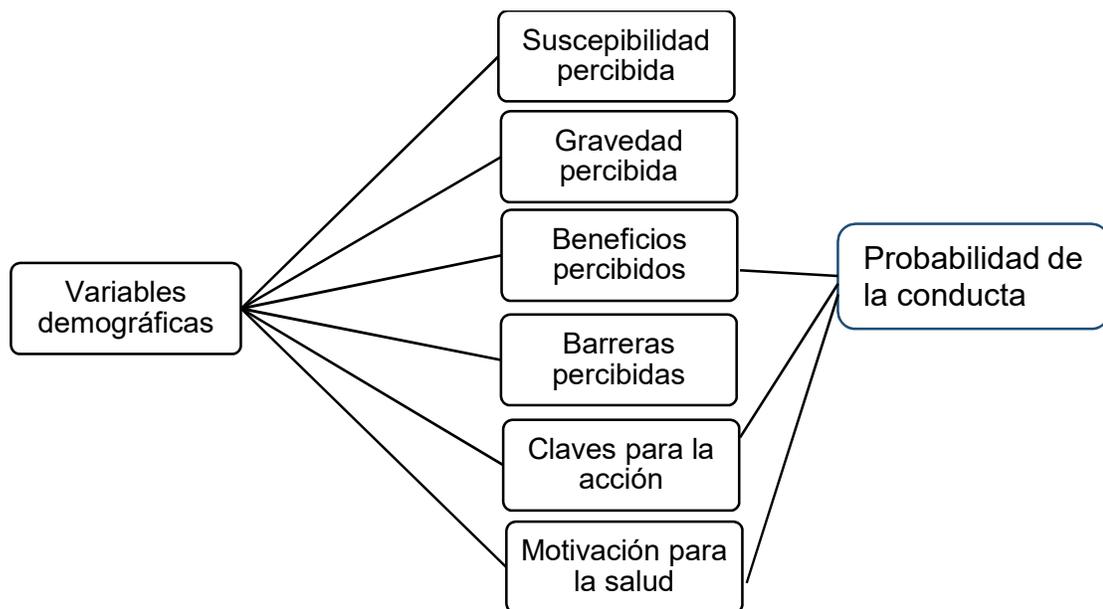


Figura 2. Esquema del modelo de creencias

Nota: Figura tomada de Morrison & Bennett, 2008

2.2.5.1.1. *Susceptibilidad Percibida*

Valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad “estadística” de que le ocurra un problema de salud pero que no considera la posibilidad *real* de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad. Así pues, esta dimensión se refiere fundamentalmente a la percepción *subjetiva* que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo.

2.2.5.1.2. *Gravedad o Severidad Percibida*

Se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída y se trata de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de la salud, por una lado las consecuencias médico-clínicas (como muerte, incapacidad o dolor), y por otro lado las posibles consecuencias sociales (tales como la merma en las relaciones sociales, los efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral del sujeto o sobre sus relaciones familiares, etc.). Aunque la aceptación de la susceptibilidad personal respecto a una enfermedad, que, además, se percibe como grave (las dimensiones primera y segunda), se consideran en este modelo como capaces de desencadenar por sí mismas conducta de salud, no definen por sí solas el curso particular que dicha conducta puede tomar.

2.2.5.1.3. *Beneficios Percibidos.*

Se refiere al curso de acción específico que dependería, entonces, de las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio que pueda tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad. Así, por ejemplo, aunque el sujeto esté asustado y se sienta amenazado por un trastorno de salud concreto, no seguirá las recomendaciones de su médico al menos que las perciba como eficaces para enfrentar ese trastorno, asumiendo que las creencias del sujeto respecto a los cursos de acción de que

dispone están influidas por las normas e incluso presiones del grupo social al que pertenece.

2.2.5.1.4. Barreras percibidas

Se oponen a la ejecución de la conducta en cuestión, como pueden ser, por ejemplo, determinados aspectos potencialmente negativos de un curso de acción concreto. Así, un individuo puede considerar un determinado curso de acción como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud pero, al mismo tiempo, puede verlo como costoso, desagradable o doloroso. Estos aspectos negativos de la conducta de salud funcionarían como barreras para la acción que interaccionan con las anteriores dimensiones.

Además de las dimensiones anteriores, algunos autores han señalado la necesidad de considerar ciertos estímulos como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, estímulos que han recibido el nombre de claves para la acción y factores modificadores.

2.2.5.1.5. Claves para la acción.

En el ámbito de la salud, estas claves pueden ser internas (por ejemplo, síntomas físicos o percepciones corporales) o externas (las campañas de salud en los medios de comunicación, recomendaciones de los medios de comunicación de masas, recordatorios de los servicios de salud, consejos de amigos, etc.). La intensidad necesaria de una de estas claves para desencadenar la conducta puede variar de sujeto a sujeto, e incluso en el mismo sujeto dependiendo de sus niveles de susceptibilidad y del grado de severidad percibida. El modelo predice que cuando la susceptibilidad y gravedad percibidas sean bajas, será necesario que la clave para la acción sea intensa, en cambio para la acción poco intensa puede ser suficiente para disparar la acción de salud.

2.2.5.2. Hipótesis del modelo

Medina y León (2004), refieren que los elementos mencionados anteriormente, se organizan en las siguientes hipótesis:

- La probabilidad de llevar a cabo la acción de salud apropiada es función del estado subjetivo de disponibilidad del individuo o intención para realizarla.
- La intención del individuo para llevar a cabo la acción está determinada por la amenaza que representa la enfermedad para él.
- La amenaza subjetiva que representa la enfermedad está determinada por:
 1. La probabilidad percibida por la persona de ser susceptible de contraer la enfermedad.
 2. Las percepciones de ésta acerca de la probable gravedad de las consecuencias orgánicas, psicológicas y sociales de la enfermedad.
 3. Las claves para la acción que desencadenan el proceso que lleva a la realización del comportamiento de salud apropiado pueden provenir, como ya se ha mencionado, de fuentes internas (por ejemplo, estado corporal) o externas (por ejemplo, interacciones interpersonales o informaciones distribuidas por los medio de comunicación social).
- La probabilidad de que una persona realice la conducta de salud apropiada está determinada también por la evaluación que está hace acerca de la viabilidad y eficacia de la misma o, lo que es lo mismo, la estimación subjetiva de los beneficios potenciales de dicho comportamiento para reducir la susceptibilidad percibida de contraer la enfermedad y gravedad percibida de contraer la enfermedad y la gravedad percibida de ésta, contrapesada con las percepciones de los costes físicos, económicos y de cualquier otro tipo implicados en la acción(barreras y obstáculos para la acción).

Para entender el resultado final, el modelo considera varias opciones que representan diferentes valores de las dimensiones y que se reflejarán en forma de conductas distintas frente a la salud y/o la enfermedad. Por ejemplo, si la disposición a actuar es alta y los aspectos negativos son evaluados como débiles, es probable que se lleve a cabo la acción en forma de conducta preventiva o de salud. Si, por el contrario, la disposición a actuar es débil y los aspectos negativos fuertes, éstos funcionarán definitivamente como barreras, impidiendo definitivamente la acción. Pero si la preparación para actuar es alta y las barreras son también fuertes, surgirá un conflicto difícil de resolver excepto que el sujeto disponga de otros cursos de acción alternativos, de igual eficacia pero con menos barreras o de menor aversividad; pero si no dispone de dichos cursos alternativos, el sujeto puede optar por alejarse psicológicamente del conflicto, llevando a cabo otras actividades que en realidad no solucionan el problema, o puede, finalmente, caer en una crisis de ansiedad que le lleve a no pensar en el problema objetivamente y, en consecuencia, quedar incapacitado para adoptar un curso de acción adecuado para solucionar el problema.

Así pues, de acuerdo a este modelo, se puede predecir la ocurrencia de una conducta de salud (prevención) cuando el sujeto en cuestión se percibe como susceptible a un problema de salud que le amenaza, que valora como grave y respecto al cual considera que la acción que puede emprender será beneficiosa y no demasiado excesiva. En otras palabras, lo que se sugiere es que el conjunto de creencias del individuo, produce algún grado de preparación psicológica para actuar encarando el problema de salud. Si las creencias sobrepasan cierto umbral, la acción se hace más probable, siempre y cuando las condiciones ambientales lo permitan.

2.2.5.3. El Modelo de Creencias en Salud y la Conducta Preventiva

Este modelo ha sido muy utilizado para predecir la conducta de la exploración de mama, conductas sexuales preventivas principalmente VIH. En el ejercicio físico parece que los beneficios percibidos son un importante elemento de predicción para llevarlo a cabo. En cuanto al tratamiento, ha sido utilizado en estudios como el cumplimiento de la dieta en niños con obesidad, así como la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

Hernández(2010), realizó un estudio con el modelo de creencias en salud y adolescentes españoles para medir la severidad y vulnerabilidad percibida sobre la obesidad y probabilidad de acción sobre esta condición. Los resultados del estudio fueron los siguientes:

Severidad percibida: la mitad de los adolescentes no tienen una conceptualización clara de cuando las personas están obesas; las chicas opinan que estar obesas es tener algunos kilos de más y la mayoría reconoce que la obesidad puede tener consecuencias físicas pero no todos la asociaron con enfermedades como la diabetes e hipertensión; en general consideran que la obesidad se trata más de un problema estético que de salud. Además consideran a la obesidad como un problema a la hora de relacionarse con sus iguales.

Vulnerabilidad percibida: la mayoría de los adolescentes consideraron estar bastantes sanos. Los chicos mostraron mayor satisfacción con su apariencia física en relación a las chicas, pero ellas presentaron mayor temor a engordar que los chicos.

Probabilidad de acción: Los chicos creen que la causa de la obesidad es por falta de ejercicio y comer en exceso; las chicas creen que se debe a la adicción a la comida y por utilizarla para compensar la falta de atención. En general los adolescentes creen que el comer demasiado se debe a la falta de voluntad.

CAPÍTULO 3. JUCHITÁN DE LAS FLORES

3.1. Heroica Ciudad de Juchitán de Zaragoza, Oaxaca.

3.1.1. Ubicación geográfica

La localidad de Juchitán se encuentra ubicada al sur del estado de Oaxaca, en el Istmo de Tehuantepec, a lo largo de la carretera panamericana y el río de los perros. Esta carretera comunica a Juchitán por el suroeste con Tehuantepec y por el noroeste con la ventosa. Existe una ramificación de esta carretera hacia el norte que la comunica con El Espinal y el Ingenio Juchitán; y por el sur con Santa María Xadani. Las vías del ferrocarril que la atraviesan llegan hacia al norte con Cd. Ixtepec y por el lado oeste con Unión Hidalgo.

3.1.2. Clima

El clima es cálido y subhúmedo durante los meses de abril, mayo y junio; la temperatura alcanza un máximo de 39°C, y en los meses fríos de diciembre y enero desciende entre los 18 y 11°C. La temporada de lluvias se da principalmente entre los meses de mayo y noviembre. En los meses de enero, febrero, marzo, octubre, noviembre y diciembre el aire azota fuertemente con una velocidad promedio de 14km/hra.

3.1.3. Población y lengua

La localidad de Juchitán cuenta con una población de 74 825 habitantes (36, 187 hombres y 38, 638 mujeres) y con una población indígena de 64, 703 personas. Es una comunidad bilingüe, en la que predomina el español y el Zapoteco (56%), sin embargo existe presencia de otras lenguas indígenas debido a la migración de pueblos cercanos como el zoque, huave y mixe. Esta localidad es considerada ciudad, con un grado de marginación medio y un rezago social muy bajo (CDI, 2010). En cuanto a la población exclusivamente femenina, la mayoría se encuentra

dentro de la edad económicamente activa y hablan alguna lengua indígena, principalmente el zapoteco (Tabla 3).

Tabla 3. Datos sociodemográficos de la población femenina de la localidad.

Indicadores	Datos
Población	
De 15 a 49 años	21, 465
60 años y más	3, 540
Lugar de nacimiento	
Nacidas en la localidad	36, 642
En otra entidad	1,648
Residencia	
En Juchitán	34, 555
Otra entidad	527
Lengua	
Hablan alguna lengua indígena	22, 763
Hablan lengua indígena y no español	1,574
Hablan lengua indígena y español	20,933
Educación	
Población de 3 a 14 años que no asiste a la escuela	729
Población de 15 a 17 años que asiste a la escuela	1,654
Población de 18 a 24 años que asiste a escuela de educación superior	1,668
Analfabetas de 8 a 14 años	165
Analfabetas de 15 años y más	4,537
Sin escolaridad	4,174
Primaria incompleta	5,004
Primaria completa	4,747
Secundaria incompleta	1,057
Secundaria completa	4,516
Con educación superior	8,019
Economía	
Población económicamente no activa	10,252
Población económicamente activa	20,161
Salud	
Derechohabiente	40, 069
No derechohabientes	34, 200
Población en hogares con jefatura femenina	18,292

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010)

3.1.4. Economía y política

La historia de los Zapotecas de esta localidad, está caracterizada por la resistencia ante las invasiones constantes, donde la mujer ha tenido un papel importante en las victorias alcanzadas frente a los españoles y franceses a mediados del siglo XIX (Sement De Diego, 2010; Gosling, 2000) (Apéndice C). Juchitán estuvo presente en todos los movimientos políticos y revolucionarios del país; probablemente de aquí surge el que se les considere rebeldes. En 1973 en Juchitán surge un movimiento político importante a nivel nacional llamado La Coalición Obrera, Campesina, Estudiantil del Istmo (COCEI); organismo independiente del gobierno, fundado por estudiantes Juchitecos obreros, campesinos, artistas, escritores, músicos, entre otros. Desde sus inicios fue pensada como un organismo útil de oposición al monopolio de tierras, a la imposición de funcionarios corruptos, al alza de los precios de los productos básicos y como defensora de los intereses de la clase campesina en la región del Istmo de Tehuantepec. Tenía como finalidad mejorar las condiciones de bienestar de la población y fomentar la independencia económica y política con respecto al gobierno y otras instancias (Sement De Diego, 2010; Campbell & Martha, 1989).

La COCEI tenía autonomía política ya que pertenecía a un partido de oposición, sus líderes utilizaban la lengua zapoteca para comunicarse con sus simpatizantes, sobre todo para que las personas monolingües del zapoteco pudieran estar informadas, además el uso principalmente de la lengua zapoteca en este movimiento representaba en sí una resistencia cultural y política. La COCEI ganó las elecciones en 1974 y 1977, pero no fue reconocida sino hasta después de diversos movimientos que realizaron los juchitecos. Fue en 1981 que el gobierno aceptó y reconoció legalmente el triunfo de la COCEI. Este fue un acontecimiento histórico ya que ningún otro movimiento en el país había conseguido lo que la COCEI. Lo anterior ayudó a mejorar la calidad de vida en la localidad con la construcción de escuelas, centros de salud, bibliotecas, radiodifusoras, etc. (De Lara & Bets, 2000; Campbell & Martha, 1989).

La participación de las mujeres juchitecas en este movimiento, fue un factor muy importante para su consolidación en Juchitán, participaron en los mítines y demás actividades de este movimiento, fueron consideradas defensoras de la comunidad por su carácter fuerte y su voluntad para pelear, pero no tuvieron cargos en la política en ese entonces (De Lara & Bets, 2000; Campbell & Martha, 1989).

Sin embargo, el Istmo de Tehuantepec siempre ha estado en la mira de las inversiones extranjeras, debido a que es una de las zonas más importantes y estratégicas del país; es la porción más estrecha de nuestro territorio y punto de paso interoceánico fundamental para el desarrollo del comercio internacional. Además de que en él se produce el 80% de la petroquímica nacional. En años anteriores se han realizado varios intentos por establecer mega proyectos en esta zona, muchos de los cuales fueron echados atrás por los Juchitecos.

Al respecto Gieleber (1997), expresa la manera en que los Juchitecos participan en la política y como ésta se relaciona con su cultura y el rol de la mujer:

En Juchitán, la política y la identidad étnica de los zapotecos del Istmo tradicionalmente son inseparables. La identificación con la propia historia, el idioma propio, el orgullo de ser zapoteco es parte de Juchitán y la base de la acción política. Aquí la identificación étnica y la orientación política son un todo. (Giebeler 1992b).

En Juchitán, el aprecio y el respeto por las cosas propias crea, a diario, determinadas constelaciones políticas... Tanto el hombre como la mujer juchitecos se desenvuelven en áreas muy distintas, casi todas públicas. Por el modo diferente en que los hombres y las mujeres crecen y se desarrollan en su propio espacio social, sus formas de manejar las decisiones políticas diarias también son sumamente distintas (Giebeler, 1993). Frecuentemente tiene éxito la forma femenina -no tiene nada de

extraño, cuando se trata de un ámbito fuerte y marcadamente femenino que ocupa áreas sociales importantes-. Este espacio femenino no puede ser dominado fácilmente mediante los objetivos políticos formales ni los intereses colectivos aparentemente superiores que defiende el ayuntamiento exclusivamente masculino (pp. 129-130).

Si bien la participación de la mujer en los movimientos políticos ha sido importante, la política no ha sido un espacio femenino, pero sí se ha ganado un lugar relevante en la economía; debido a que la actividad económica de Juchitán ha estado basada principalmente en el comercio que ellas ejercen.

Las familias anteriormente se dividían el trabajo para la obtención de recursos materiales o económicos; el hombre era el encargado de buscar la materia prima y la mujer la encargada de transformarla para su venta en el mercado. Esto a la mujer le dio un papel importante en la economía, la educación y crianza de los hijos; ya que el hecho de comercializar le dio el poder de controlar los ingresos de su hogar.

Investigaciones realizadas en Juchitán (en su mayoría de tipo social y antropológicas), han dado lugar al debate sobre la existencia del “matriarcado” en la localidad, es decir, que la administración del hogar está determinada por la mujer. Sin embargo existen posturas que reseñan que convergen al mismo tiempo matriarcado y patriarcado, que tanto los hombres como mujeres tienen sus espacios y actividades en pro de la subsistencia. Estas investigaciones refieren que la mujer se desenvuelve en el comercio, en la organización de las velas, las fiestas, la iglesia, el mercado y el hogar; los hombres en el campo, la pesca, la política, la cantina, la poesía y la música. Las personas entrevistadas en documentales, comentan que en casa mandan tanto el hombre como la mujer o que puede mandar la mujer en la casa pero no al hombre y, en cuanto al manejo del dinero, es la mujer indiscutiblemente la responsable de su administración (Sement De diego, 2010;

Fidalgo & Mansoux, 2001; De Lara & Bets, 2000; Gosling, 2000; Bennholdt-Thomsen, 1997).

En Juchitán el mercado local era y sigue siendo considerado un centro de comercio importante tanto para la gente de la localidad como para los pueblos aledaños. Este lugar no solo ha sido ocupado para comercializar mercancías o productos, también ha representado un lugar para afianzar lazos y establecer negociaciones con otros pueblos. En la adquisición de algún producto o servicio no solo utilizaban dinero, también utilizaban “el guedarichaa o trueque¹”; ya que el objetivo de las actividades económicas de los juchitecos era satisfacer las necesidades básicas y no la acumulación de riquezas. Esta actividad estaba a cargo principalmente de las mujeres, los únicos hombres permitidos en esta actividad y este espacio han sido los muxhes² (Fidalgo & Mansoux, 2001; Gosling, 2000; Bennholdt-Thomsen, 1997) (APÉNDICE F).

El mercado para la mujer juchiteca ha representado un lugar importante, ya que es aquí donde ellas se han desenvuelto y consideradas base fundamental de la economía local. Ellas aprendieron a comercializar no solo en la localidad, también en los pueblos cercanos, en otros estados, incluso fuera del país gracias a las relaciones establecidas en este lugar. El dinero que obtenían era distribuido para los gastos del hogar y/o la construcción de la vivienda, lo que quedaba lo invertían en la compra de oro, mismo que utilizaban para empeñar ante alguna necesidad o para lucirlo en las fiestas (R. Guerra, comunicación personal, 30 de mayo, 2014; Sement De Diego, 2010; Gosling, 2000; Bennholdt-Thomsen, 1997).

¹ Intercambio de los productos entre las comerciantes.

² Hombres que biológicamente son hombres, pero que toman roles principalmente femeninos, pueden vestir o no de mujeres, son apoyados principalmente por la madre y posteriormente por la sociedad juchiteca, también son considerados importantes en la economía local, sin embargo en la política no han tenido mucha apertura mucho menos vestidos de mujer, sin embargo en la actualidad no solo se dedican a ejercer oficios sino que tienen oportunidades en otros ámbitos como la educación, salud y política.

El trabajo de la mujer en esta localidad ha sido reconocido y valorado, ya que contribuye en gran parte al sostén de la economía local. Al respecto Holzer (1997) refiere lo siguiente:

La sociedad juchiteca asegura a toda mujer un oficio por medio del cual puede obtener su sustento y el de sus hijos. Producir y vender las cosas para la vida diaria sigue siendo la economía auténtica y socialmente necesaria. Y dado que para la vida diaria todo es igualmente importante, tampoco hay diferencias con respecto al prestigio de los oficios. La "tortillera" ocupa una posición tan necesaria y reconocida dentro de la sociedad como una médica o una curandera. Pero también la "tabernera" puede llegar a tener un prestigio alto, a pesar de ser considerada como una "mujer liviana". Basta con que sea buena comerciante y laboriosa, y que les asegure a los hijos, que generalmente tienen diferentes padres, una buena educación (pp.165).

Los productos que se comercializaban en ese entonces eran en su mayoría propios de la región como la iguana, armadillo, conejo, huevos de tortuga, pescado, carne de res, cerdo, pollo, totopo, calabaza, chile, sandía, tomate criollo así como artesanías, dulces y diversas comidas típicas para el desayuno, la comida y la cena. Sin embargo poco a poco fueron integrándose alimentos y productos hasta tener una amplia variedad que las Juchitecas supieron adaptar a su cultura y economía (Bennholdt- Thomsen, 1997). Los medios de transporte que se utilizaban en la localidad para el traslado de los productos o materia prima principalmente eran los carretones, las carretas, el triciclo y los cargadores.

Sin embargo a principio de los 90'S y hasta el día de hoy se han producido grandes cambios de toda índole en la localidad, como el crecimiento demográfico, cambios ambientales, económicos, políticos, etc. El incremento en el número de hombres asalariados repercutió sin duda en la dinámica familiar, en la producción,

el comercio y las nuevas formas de trabajo. Disminuyó la actividad agrícola sobre todo de autoconsumo.

Actualmente las mujeres también se han insertado al mercado laboral, aunque en menor proporción que los hombres. El mercado ha dejado de ser exclusivamente de mujeres, pero aún siguen siendo mayoría. Han aumentado los productos industrializados y disminuido algunos productos locales, pero el traje regional se ha fortalecido y ha aumentado su valor.

El mercado sigue siendo un espacio importante en la economía de la localidad y las mujeres siguen predominando con su presencia. Actualmente Juchitán cuenta con tres mercados. El mercado principal es el “5 de septiembre” ubicado en el centro; aquí se comercializan productos regionales y de importación. El segundo es el mercado de abastos conocido como el “mercadito” donde llega toda la verdura, semillas y demás alimentos proveniente de otras regiones y de otros estados, que se distribuye a los otros mercados de la localidad así como a los pueblos vecinos (Sement De Diego, 2010; Gosling, 2000). En este mercado también se venden en menor proporción productos de la región; el tercer mercado se encuentra en la primera sección cerca de la terminal de autobuses transmicos, es poco concurrido y sin gran variedad. Cerca del tercer mercado, en las orillas de la carretera panamericana, se encuentran establecidas las tiendas Wal-mart-Aurrera, plaza Soriana (cuenta con un cine y otros negocios de comida rápida), dos gasolineras, un Burguer King y a un kilómetro de distancia se encuentra otra gasolinera y un OXXO. Otros servicios y comercios que se ubican a orilla de ésta carretera y camino al centro de la localidad son las agencias automotrices NISAN López-Lena, Volkswagen, Automotores Antequera Chrysler Juchitán, los bancos BANAMEX, BBVA, HSCBC, SCOTIABANK, SANTADER SERFIN, BANORTE Y BANCO AZTECA, cajas de préstamos y empeños, hoteles, restaurantes, cibercafés, bares, tiendas COPPEL, ELEKCTRAentre otras.

En cuanto al transporte, también han cambiado, ya no hay carretones ni muchos cargadores, en su lugar abundan taxis y mototaxis; también tiene una terminal de autobuses de primera clase; sus principales líneas son ADO, ADO GL, ADO platinum, OCC, ecobus, AU, SUR; también cuenta con una terminal de FLETES y pasajes (FIPSA); Autotransporte Transismico; Autotransportes Istmeños, Terminal de Autobuses Maranto, Omnibus Ixtepec y demás foráneos; Solo maneja una ruta de transporte urbano que va del centro al crucero.

El servicio de telecomunicaciones en Juchitán es variado, cuenta Telecom-telégrafos, correos de México, servicio de paquetería (Multipack, Estafeta y Aeroflash), estaciones de radio (Radio Hit, Radio Teca, radio Totopo, entre otras que realizan su transmisión en español y zapoteco), TELMEX, servicio de internet, así como diversos periódicos.

La energía eólica se ha vuelto una fuente de inversión y polémica importante en el istmo. Existen los grupos que apoyan y los que se oponen a este proyecto. La construcción de los parques eólicos en el municipio y la localidad han traído consigo la disminución aún más del trabajo en el campo y el flujo migratorio, principalmente de población masculina española, la cual pasa periodos considerables en la localidad, lo que ha influido en el tipo de servicio que brindan los comercios.

Los constantes bloqueos y toma de instalaciones tanto públicas como privadas, que se realizan en la localidad y el municipio han influido para que diversas empresas nacionales y transnacionales, hayan decidido retirar sus proyectos de la localidad

Sin embargo, el comercio sigue siendo una actividad importante para la localidad y parte fundamental de la vida y economía de las mujeres. Aunque ha incrementado el número de mujeres que se han insertado al mercado laboral, aún persisten muchas mujeres que cuando necesitan de más ingresos económicos

tanto las que trabajan como las que no, recurren a la venta de algún producto entre sus vecinos, conocidos y familiares.

3.1.5. Salud

Actualmente en la localidad de Juchitán existen servicios de salud de primer y segundo nivel, tanto públicos y privados. La Jurisdicción Sanitaria No. 2 “Istmo” se encuentra ubicada en la localidad, tiene a su disposición ocho centros de salud, una UNEMES-SORID (Unidad de Especialidad Médica de Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y Diabetes Mellitus), el Hospital General “Dr. Macedonio Benitez Fuentes” (cuenta con servicio de ginecología, traumatología, pediatría, cirugía y medicina interna) y varias casas de salud. Por parte del municipio está el DIF y un centro de Rehabilitación de fisioterapia y lenguaje, con servicio de psicología. En cuanto a los servicios privados, se tienen registrados 61 consultorios médicos y 7 clínicas con especialidades (dentro de las clínicas con especialidad está una de hemodiálisis). También se encuentra con diversas asociaciones civiles entre ellas el “Grupo de Mujeres 8 de Marzo” que surgió por la necesidad de mejorar la situación de las mujeres indígenas de la Región del Istmo, ofrece servicios de asesoría legal, capacitación sobre diversos temas (derechos humanos, sexuales y reproductivos, violencia, proyectos de tipo productivo, etc), servicio médico, entre otros. De esta asociación surge el Centro de Apoyo y Atención a la Mujer Istmeña “Rosario Ibarra de Piedra” (CAAMI), con el objetivo de brindar atención médica, psicológica y legal a las mujeres que enfrentan situaciones de violencia sexual y familiar, brinda atención y albergue específicamente a mujeres violentadas.

En cuanto a la cobertura en salud, gran parte de la población cuenta con algún servicio médico; 40, 069 personas son derechohabientes a servicios de salud y 34, 200 no cuentan con alguno. El Seguro Popular, es el servicio con mayor derechohabiencia (15, 910), seguido por el IMSS (12, 401) y el ISSSTE (8,744); también se cuenta con el programa IMSS Próspera que beneficia a 15,177 personas (INEGI, 2010).

Juchitán es una zona endémica de paludismo, dengue y actualmente Chikungunya; otras enfermedades más frecuentes son las infecciones respiratorias agudas, diarreas, enfermedades de las vías urinarias, HTA y DM. En el caso de la DM, los datos obtenidos de la Jurisdicción No. 2 de los años 2006 al 2012, reflejan un incremento en su prevalencia de 191 casos a 593 y en cuanto a HTA tenían registrados un total 632 casos. En un comunicado que dio el Jefe jurisdiccional en 2013 por el día mundial contra la diabetes, mencionó que la tendencia de diabetes en mujeres mayores de 30 años en el Istmo de Tehuantepec ha ido en aumento en los últimos tres años en relación a los hombres y, que el Istmo es la principal región con amputaciones de extremidades inferiores por causa de la diabetes; Juchitán es la ciudad que reporta el mayor número de cirugías. Los Servicios del estado de Oaxaca refieren que la localidad de Juchitán ocupa el primer lugar en obesidad femenina a nivel estatal, mencionan que la mujer juchiteca tiene el paradigma de que “estar con sobrepeso es estar bella”. Sin embargo, ellos no cuentan con datos sobre la prevalencia de la obesidad en Juchitán y sobre cómo vive esta situación la mujer juchiteca ya que la Jurisdicción Sanitaria No. 2 al momento de realizar esta investigación no contaba con algún registro sobre la prevalencia de obesidad a nivel municipal y local, solo tenían nueve casos registrados.

Oswald (1997) realizó una investigación en Juchitán sobre el estado nutricional de la población. El estudio mostró que los bebés nacían con un peso promedio de 3.75kg; el peso promedio anual oscilaba entre 2.986 a 4.208 kg. Dio a conocer que el 81.6 % de los niños tenían una adecuada nutrición y solo 16% mostraba desnutrición leve. En los adultos la situación nutricional era distinta, ya que la dieta típica de la región se excedía en carbohidratos y grasas. Lo cual explicaba que la población adulta presentara altos índices de sobrepeso y obesidad. El 54.3% de los hombres de 15 a 30 años de edad presentaron un peso normal, el 8.7% sobrepeso y 15.2% obesidad. En ellos se encontró que conforme avanzaba la edad el índice de obesidad aumentaba a un 30%. En el caso de las mujeres la evolución de la obesidad se mostró más acentuada. Mientras que el 54.4% de las mujeres jóvenes tenían una masa corporal normal hasta los 30 años, el 6.7% de las que se encontraban entre los 30 y 50 años la mantenían. En cambio

el 20.9% de las jóvenes obesas pasaba con esta condición al 73.3% entre las mujeres de más de 30 años de edad. Dicho fenómeno refería la investigadora obedecía no solo al proceso de reproducción, sino sobre todo a la integración de las mujeres a las actividades del mercado y por lo tanto a la compraventa de comida, así como en las fiestas y diferentes actos sociales, donde no solo abundaban los alimentos sino también la cerveza. Los datos nutricionales de las adultas juchitecas arrojaron una clara tendencia a la obesidad en la mujer. Por su parte Chiñas, refirió que en Juchitán había un escaso consumo de verduras y un abundante consumo de carne, debido a que la región no tenía una amplia variedad de hortalizas (Orozco, 1946).

La secretaría de salud y el municipio ante la alerta sobre el incremento de la obesidad, diabetes e hipertensión a nivel nacional ha implementado diversas actividades para contrarrestar sus prevalencias y comorbilidades creando grupos de ayuda mutua en los centros de salud, pláticas a la población, ferias de salud y actividad física en diversas colonias; Para prevenir la obesidad en niños, realizaron donaciones de bebederos a un preescolar y a una primaria del centro, con la finalidad de impulsar el consumo de agua potable y evitar el consumo de bebidas embotelladas y azucaradas. Sin embargo no hay una evaluación sobre el impacto que estas actividades han conseguido, ni de cuánta gente se ha beneficiado.

3.1.6. Educación

La ciudad de Juchitán cuenta con instituciones públicas y privadas; desde guarderías, preescolares, escuelas primarias, secundarias (Técnicas, y Federales), bachilleratos (CBTIS, CONALEP, COBAO, CECYTE,) y Universidades (Instituto Tecnológico del Istmo, Normal Superior, IMECA, IESIT, UNID, CECEO). Tiene varias bibliotecas públicas; las dos más importantes son la biblioteca municipal “Gabriel López Chiñas” y la Biblioteca de la casa de la cultura.

A pesar de las escuelas que existen en la localidad muchos jóvenes estudian la universidad principalmente fuera de la localidad, ya sea en el interior del estado principalmente la capital o en otros estados de la república, incluso en el extranjero. Sin embargo el grado de escolaridad de la población en general de la localidad es 8.13. En cuanto al grado de escolaridad de la mujer es 7.47, el cual es menor en relación al hombre que es de 8.85. En esta localidad aún prevalecen las niñas y mujeres que no tienen acceso a la educación, que son analfabetas, las que no tienen escolaridad y las que tienen una educación incompleta, pero también crece el número de las que alcanzan educación superior. (INEGI, 2010)

3.1.7. Vivienda y Servicios

En cuanto al tipo de vivienda que predomina, son casas particulares. La mayoría de las casas están hechas de block de cemento y ladrillo, con techo y piso de concreto; en menor proporción hay casas de adobe y/o con piso de tierra. En cuanto a los servicios la mayoría cuenta con excusado, drenaje, agua potable y energía eléctrica. Predomina las viviendas con dos dormitorios, pero existe viviendas de una sola pieza y el promedio de ocupantes por vivienda es de 4.21 (INEGI, 2010).

3.1.8. Cultura y Tradiciones

El modo de vida de Juchitán ha sido centro de interés de diversas investigaciones a lo largo del tiempo, ya que para ser un lugar urbano, con poco rezago educativo y marginación social medio, es considerado comunidad indígena la cual mantiene con fuerza sus costumbres, tradiciones, su lengua “dixhaza o zapoteco” (CDI, 2010), a diferencia de otras comunidades indígenas sobre todo de comunidades en la misma región que presentan características similares como es el caso de Tehuantepec y salina cruz (R. Guerra, comunicación personal, 22

de diciembre, 2015). De igual manera en cuestión de salud, ha presentado muy bajos índices de desnutrición y mayor índices de sobrepeso (Oswal, 1997).

Pero ¿qué hace diferente a esta comunidad zapoteca de las demás?, a continuación se describirán aspectos fundamentales de la vida en Juchitán.

Un aspecto que ha sido elemental en la vida de los juchitecos son sus fiestas; en Juchitán se dan abundantes fiestas durante todo el año, por ello esta localidad es reconocida tanto a nivel nacional como internacional.

Las fiestas del pueblo llamadas “velas” iniciaron con la llegada de los españoles, sin embargo antes de eso los zapotecas realizaban sus fiestas en honor a la cosecha...que se fueron mezclando y adaptando a la conquista española. Estas fiestas fueron llamadas así porque se velaba toda la noche a un santo y en sus inicios tenían una connotación de tipo religiosa. El principal santo patrón de Juchitán es San Vicente Ferrer que perteneció a la orden de los dominicos de valencia España. Los españoles lo trajeron a Juchitán e incluso a la localidad le cambiaron el nombre de Ixtaxochitlán (lugar de las flores blancas) por Xavicende-Juchitán (de bajo de San Vicente) (Sánchez, 2012; Jiménez, 2005; Fidalgo & Mansoux, 2001).

3.1.8.1. Remembranzas

Las velas eran celebraciones tranquilas, donde los preparativos empezaban desde temprano, ponían la enramada de palma, lámparas de gasolina, sábanas blancas que eran adornadas con papel crepé o china. Se elaboraban los bocadillos como la torta compuesta que se envolvía en papel china (bolillo, carne con tomate y cebolla picada), galletas, tortitas de coco, roscas de harina; las bebidas eran horchata de arroz o agua de limón con chía que servían en jícaras de morro. La fiesta empezaba a las ocho de la noche, una vez que llegaban los mayordomos de la misa, eran acompañados con una banda durante el trayecto de la iglesia al lugar de la celebración. Los mayordomos se caracterizaban por ser buenos anfitriones,

las guzanas gola³ se esmeraban por atender a las personas ofreciéndoles los bocadillos y bebidas; ellas no descansaban porque debían atender a los invitados. Los hombres que deseaban tomar alcohol llevaban mezcal que compartían con los demás hombres pero no tomaban demasiado. La cerveza se introdujo aproximadamente en 1930, pero no se consumían dentro de las fiestas, los hombres tenían que salir a la media noche a tomarse una con las tabernerías que tenían sus puestos a fuera de las velas (Jiménez, 2005).

La vestimenta que usaban las mujeres durante las velas era el traje regional, un traje de gala, colorido y bordado con diversas flores, el cual acompañaban con ostentosas alhajas de oro. Los hombres portaban pantalón negro y guayabera; aunque algunas personas asistían descalzas, vestían elegantemente. Cuando llegaban los invitados a la vela; las mujeres le entregaban su guendaliza⁴ a la anfitriona, las mujeres jóvenes se sentaban en la primera hilera de sillas y las madres atrás de ellas, los hombres por lo general estaban afuera. Para animar las fiestas se tenía una marimba, que iniciaba tocando los sones regionales, donde primero bailaban los mayordomos y los socios, y después los invitados (Jiménez, 2005).

Hoy en día aún persisten remembranzas claras de la celebración religiosa, sin embargo las festividades han cambiado mucho. La celebración de las velas empezó a tener una duración de por lo menos tres días cada una. Previa a la fiesta, meses atrás se lleva a cabo la labrada de cera, donde se elaboraran las velas que se utilizaran los días de fiesta, en este día se realizara una pequeña celebración, luego viene la vela, después la regada de flores y frutas. El último día se lleva a cabo la misa por la mañana y la lavada de ollas por la tarde (que es otra fiesta) (Jiménez, 2005).

³ Personas de mayor edad, principalmente mujeres miembros de la sociedad de la vela

⁴ Cooperación o limosna, la cual consiste en una pequeña cantidad de dinero.

3.1.8.2. Transición Cultural

Las velas siguen siendo fiestas importantes donde participa casi toda la población, para la organización de estas celebraciones hay socios que ayudan a los mayordomos en los preparativos, el tiempo que les lleva es prácticamente todo un año. Las celebraciones ya no se realizan en casa de los mayordomos; existen lugares amplios destinados para la celebración; ya que es una fiesta para el pueblo y ahora cada vela tiene una reina, por lo general jovencitas que coronarán el día de la fiesta.

En los preparativos de la vela, los amigos, vecinos compadres y familiares ayudan a los mayordomos proporcionándoles bebidas, comida, recuerdos, cohetes, etc., dicha ayuda les será devuelta cuando les toque realizar algún evento social⁵. En estas celebraciones, hombres y mujeres tienen roles y actividades específicos; ambos acuden con los mayordomos ayudar en todo lo que se necesita. Los hombres se encargan del trabajo más pesado como matar la res que se utilizará para la comida, de poner el están con telas blancas, las hieleras, las mesas y sillas, los miso al término de la fiesta. Las mujeres, son las encargadas de realizar la botana que se dará el día de las fiestas así como de preparar y servir los alimentos para la gente que está ayudando; también de lavar todo lo que se ocupará en esos días (R. Guerra, comunicación personal, 30 de mayo, 2015; Sement De Diego, 2010). Los muxhes tienen su participación en elaboración de los adornos que se pondrán esa noche, además de enseñarle a la reina el baile que ha de ofrecer. El día de la vela cada socio y mayordomo tanto entrantes y salientes llevan sus puestos, cada uno de ellos tendrán invitados, los cuales darán su limosna; las mujeres le darán a la anfitriona su guendaliza' y el hombre al esposo de ésta, un cartón de cerveza, esto les garantiza su platillo y bebida durante la fiesta. (APÉNDICE G)

⁵ No ayudar o contribuir con los preparativos de una vela o cualquier otro evento social (bodas, quince años, misas, etc.) tiene una connotación negativa y desprestigio social, además de que es posible que las personas que no ayuden tampoco recibirán apoyo cuando les toque realizar algún evento social. La cantidad o tipo de ayuda que proporcionan es la misma que se les regresa, es decir si se da botanas eso mismo se les regresa.

Las botanas que se ofrecen actualmente han cambiado, dejaron de darse galletas y dulces; aumentaron los bocadillos, en los 80's y 90's se servían botanas hechas con productos propios de la región, principalmente a base de maíz como tamalitos, guetabinguis, taquitos y empanadas de carne de res; se mantenían las tortas compuestas e incluyeron mariscos como pescaditos, ensalada de camarón, huevo de tortuga, jaibas, cacahuates fritos, curado de ciruelo, queso con chile, patita de puerco, entre otros. Las bebidas que se ofrecen también han sufrido una transición, ya que se han dejado de dar las aguas frescas y en su lugar se han incluido refrescos y abundante cerveza; por vela aproximadamente se consumen de 2000 a 3000 cartones de cerveza⁶ (M.E. Zárate, comunicación personal, 31 de mayo del 2014⁷; R. Guerra, comunicación personal, 30 de mayo del 2014⁸; N. Guerra, comunicación personal, 30 de mayo del 2014⁹). Hombres y mujeres toman de igual forma, ya que consideran que el tomar facilita la comunicación durante la celebración además de que se sienten más a gusto; a las personas que no consumen alcohol durante las fiestas, no son aceptados del todo aunque sean juchitecos (Lerin & Miano, 2007).

Actualmente las botanas son mucho más diversas, si bien contemplan muchas de las cosas locales también se han incluido alimentos como tortilla de harina, jamón, salchicha, queso amarillo, pan blanco, alimentos con mayonesa, volovanes, canapés, frutas con chamoy; rara vez ofrecen agua, solo cerveza y en algunas ocasiones mezcal, micheladas u otros preparados. Los mayordomos siguen llegando al lugar con una banda y la reina también. En lugar de la marimba ahora tocan grupos musicales; en ocasiones éstos son grupos nacionales o internacionales. Los grupos locales tocan los sones para que abran pista los mayordomos, posteriormente todos los invitados pueden bailar, las mujeres bailan

⁶ El mayordomo pide 100 cartones de cerveza de cuartito, de los cuales 50 le regala la cervecera y los otros los compra, más los cartones que lleva cada invitado, de igual manera esto pasa con todos los socios que llevan su puesto esa noche.

⁷ Sus padres y otros familiares son miembros de la sociedad de la vela Agosto o Virgen de la Asunción y de la vela San Vicente Gola Sur.

⁸ Miembro de la sociedad de la vela del Fraccionamiento Cristóbal Colón o Navidad y sus familiares miembros de la sociedad de la vela Esquipulas.

⁹ Sus familiares son miembros de la sociedad de la vela de la Sta. Cruz Guzebenda.

entre ellas si el esposo no asiste a la celebración o no desea bailar. Esta misma noche se anunciara quienes serán los próximos mayordomos, la reina, las capitanas y capitanes y cómo hace tiempo, las velas empiezan a partir de las ocho de la noche y terminan hasta el amanecer (Sánchez, 2012)..

Actualmente Juchitán tiene un total de veintiséis velas oficiales, pero cada año surgen nuevas. La primera del año se realiza en el mes de enero en honor al Señor de Esquipulas, de ahí se retoman en la última semana de abril donde se festejan la Vela Santa Cruz Ique Guidxi, San Pedro Cantarito y Santa Cruz Guzebenda; en mayo se celebran las velas más importantes de Juchitán, un total de diecisiete (Vela Santa Cruz Guiígu Dxita, Guendaliziaa Sti Xcuidi (de los niños), Santa Cruz 3 de mayo, San Isidro Labrador Sur, Pasión Quito, Santa Cruz Guelabe'ñe, Igú Norte, Igú Sur, Biadxi, Calvario, Angélica Pípi Norte y Sur, San Isidro Labrador Norte, San Vicente Chico, San Vicente Gola Norte y Sur, Cheguigo y la Santísima Trinidad); en junio la vela de los Coheteros; en agosto se realiza la vela en honor a la Virgen de la Asunción; en septiembre la vela conmemorativa del triunfo del batallón juchiteco en 1866 y finalmente en los meses de noviembre y diciembre se realizan las velas de la comunidad Muxhe; estas dos últimas son más recientes pero de mucha importancia.

3.1.8.3. Regada de flores y frutas

La tradicional regada de flores y frutas originalmente consistía en un recorrido por todo el pueblo, en la cual participaban carretas adornadas de hojas de plátano que conducían señores; seguidas de los mayordomos y jovencitas que caminaban vestidos elegantemente con el traje regional, ellas con su jilcapestle llenos de flores y frutas que aventaban desde el atrio de la iglesia a las personas que salían a ver (Jiménez, 2005). Tiempo después en la regada incluyeron un toro que soltaban y seguían principalmente hombres, pero se dejó de hacer debido a los accidentes que ocasionaba. Actualmente antes de este paseo, por la mañana o medo día llegan a casa del mayordomo, vecinos, niños, campesinos, integrantes de la sociedad y familiares (principalmente hombres) a pintar las

carretas con cal y adornarlas de igual manera con hojas de plátano. Las mujeres elaboran la comida (mole con barbacoa de res) que ofrecerán a los invitados. Por la tarde se reúnen en casa de los mayordomos las jóvenes que cargaran las velas, los capitanes y capitanas (R. Guerra comunicación personal, 30 de mayo 2014; Sánchez, 2012).

Para dar inicio a la regada primero se forman las carretas *guie*¹⁰, detrás una banda que engalana a los mayordomos entrantes y salientes (por lo general esposos) a sus costados una fila larga de las jóvenes que cargan las velas¹¹; detrás las personas mayores compuesto por mujeres¹² que llevan jarrones con flores y los señores la flor de corozo que serán parte de las ofrendas para el santo patrón; luego los carros alegóricos (cada uno lleva una banda y cohetes) que inicia con la reina (adolescente por lo general) en compañía de sus chambelanes y princesas, después el santo patrón y sus angelitos personificado por niños; posteriormente las capitanas y capitanes¹³ que van a caballo, a final los señores con su tarraya. En estos paseos se dejaron de ofrendar flores y frutas en su lugar obsequian productos de plásticos (por lo general trastes), juguetes, detergente, comida enlatada o empaquetada, dulces, y una que otra artesanía y ya no se dan hasta llegar al atrio de la iglesia. Ahora empiezan a obsequiar cosas desde la casa del mayordomo y por todo el trayecto, la parte fundamental es en el centro y frente a la iglesia donde hay mucha gente esperando recibir o atrapar un regalo (Sánchez, 2012). La última regada es libre pueden ir todas las personas que deseen, en los últimos años negocios, políticos e instituciones aprovechan este día para hacer su promoción en carros alegóricos que distan un poco de lo tradicional.

¹⁰ Participan cerca de 50 carretas

¹¹ Estas jovencitas van vestidas con el traje regional de gala, además de utilizar un resplandor en la cabeza.

¹² Las señoras van vestidas elegantemente pero sin usar el traje regional de gala, en su lugar llevan un huipil de gala pero la enagua es más sencilla y no está hecha con la misma tela del huipil como en el traje regional. Los señores van vestidos de manera sencilla y por lo general usan huarache. Los mayordomos son las únicas personas mayores que visten elegantemente en la regada.

¹³ Ellos van en caballo y al igual que las capitanas llevan un estandarte con imágenes alusivas al santo patrón y a la fiesta.

En este mes de mayo se realiza el festival del Río de los Perros, esta actividad está a cargo del foro ecológico desde hace 25 años; Invitan artistas locales y nacionales a cantar y todo el pueblo está invitado.

3.1.8.4. Otras celebraciones

3.1.8.4.1. Domingo de ramos y miércoles santo

En semana santa, el domingo de ramos y el miércoles santo, son días de mucho movimiento y celebración en los dos panteones de Juchitán. Durante dichos días, las personas que tienen sepultados familiares en los panteones, acuden desde muy temprano o un día antes a limpiar las sepulturas y adornarlas con flores; los familiares del difunto pasaran el día ahí con amigos y conocidos hasta muy tarde, esto resulta atípico para tales fechas en el país. En el panteón el comercio es notorio, se vende toda clase de comida, bebida, dulces regionales, así como refrescos y cervezas, tanto dentro como fuera de él. Así mismo, durante la celebración de la semana mayor, se organizan una serie de actividades religiosas conocidas como ermitas, donde la gente acude por la tarde y noche a la iglesia; la gente establece compadrazgo al encenderle una vela algún niño o cualquier otra persona; afuera de la iglesia de igual manera se venden dulces y antojitos típicos.(APÉNDICE H)

3.1.8.4.2. Xhandu' o Día de Muertos

En Juchitán la celebración del día de muertos o xhandu' se celebra el 30 y 31 de octubre. Los familiares de los difuntos ponen altares en sus casas, es aquí donde pasan esos días y no en el panteón. Cuando una persona fallece, en los dos años consecutivos a su muerte, la celebración se realiza diferente, el altar es muy grande, y por la noche acuden amigos, vecinos y familiares a visitar el

altar; llevan flores, veladoras y limosna, a cambio la familia les da pan, tamales, café, mezcal y/o cerveza. Por lo regular hay música que acompaña el altar del difunto (R. Guerra, comunicación personal, 30 de mayo, 2014; N. Guerra, comunicación personal, 30 de mayo 2014).

3.1.8.4.3. Bodas y XV años

Las bodas y los XV años es lo que más se festeja durante todo el año, la fiesta dura de uno a tres días de acuerdo a las posibilidades de las familias. La cita regularmente es a partir de las dos de la tarde, de igual modo que en las velas los invitados le dan a los anfitriones una limosna y el cartón de cerveza, ellos a cambio reciben un plato de comida, botana y bebida. Aunque la celebración de los quince años, también varía un poco, algunas quinceañeras optan por realizar una noche disco, en donde acuden solo adolescentes y unos cuantos familiares de la festejada, por lo tanto la comida y bebida que se brinda es diferente, por lo general a los amigos de la quinceañera sirven sándwich, pastel y refresco y a los familiares se les da botana y cerveza.

Cuando un invitado es considerado muy importante para esta celebración ya sea familiar, compadre, o vecino, la invitación que llega a su casa incluye “bebida” es decir pan y chocolate; por lo que esto lo compromete aún más para no faltar a la fiesta; y cuando se trata de los padrinos de la fiesta, se les envía comida a su casa el día del festejo en agradecimiento a su colaboración (A. Mejía, comunicación personal, 1 de junio del 2014).

3.1.8.4.4. La importancia de las fiestas juchitecas

En Juchitán las festividades sirven para fortalecer las redes sociales y los vínculos familiares, además de que son importantes para la economía local, debido a que todo lo que usa y se consume en esos días, proviene en gran parte de los artesanos y comerciantes locales (De Lara & Best, 2000; Gosling, 2000).

En Juchitán las fiestas desempeñan un papel importante en la vida diaria, son otra fuente de comida para esta población; además de que son importantes para el fortalecimiento del prestigio social y la hermandad. Gracias a ellas, se establece una red permanente de ayuda mutua, solidaridad, alta estima por la comida y el trabajo, que son necesarios para la convivencia y la subsistencia (Sement De Diego, 2010; Fidalgo & Mansoux, 2001; Bennholdt, 1997). Belmonholdt (1997) menciona que este modo de vida es propio del matriarcado, el cual se caracteriza por la buena comida, la buena bebida, la vestimenta preciosa, y donde la casa de la madre es un lugar importante donde los hijos siempre pueden regresar; así como el gozo de la vida que brinda la convivencia en la comunidad. Ella refiere también que a este concepto del mundo, pertenece la gordura como ideal de belleza femenino, ya que así la mujer enseña lo que puede y lo que tiene (Bennholdt, 1997).

3.1.8.5. Actividades de esparcimiento

En Juchitán las actividades de recreación y esparcimiento para ambos sexos han sido diferentes. El hombre juchiteco ha tenido más actividades que implican mayor desgaste físico, sobre todo en el trabajo, además gozan de un espacio para el esparcimiento con su famoso juego de pelota “Taladxi”; es en sí el béisbol, solo que modificado y adaptado a la cultura zapoteca. Inicialmente los hombres de diferentes edades se reunían y los equipos se armaban al instante, jugaban utilizando el puño en lugar del bate, sin utilizar guantes, a veces jugaban descalza, y utilizaban una pelota de esponja, de aquí su nombre en zapoteco. También se apostaba dinero entre los equipos contrincantes, la cantidad dependía de lo que juntaran. Este deporte empezó adquirir popularidad y con el tiempo se formaron equipos, actualmente hacen torneos donde participan equipos locales y de los pueblos circunvecinos que son patrocinados por las cerveceras. Este deporte se ha extendido en otras partes de la república mexicana, debido a la migración, incluso refieren los juchitecos que se está internacionalizando (Jiménez, 2014; R.

Guerra, comunicación personal, 7 de junio, 2014; N. Guerra, comunicación personal, 6 de junio, 2014; Gómez, 2012; Sánchez, 2012).

Los espacios de las mujeres anteriormente solo eran en la casa, las fiestas y el mercado, aquí es donde se reunían. Ellas No tenían una actividad deportiva como los hombres. El vender de casa en casa sus productos favorecía que caminaran y en general la población caminaba ya que no había muchos medios de transporte y la población no era tan grande.

Actualmente hombres y mujeres practican otros deportes como el futbol, basquetbol, volibol, atletismos, etc., también utilizan los gimnasios para ejercitarse; sin embargo las mujeres lo hacen en menor proporción, ellas se inclinan más por actividades como caminar, zumba, spinning, escaladoras y la danza. Los hombres se inclinan más por las pesas, el ciclismo y correr.

CAPÍTULO 4. MÉTODO

Para un análisis más completo de los datos, se abordaron dos paradigmas en investigación: cuantitativo y cualitativo. Al ser la obesidad un problema complejo, resulta necesario lograr una integración del fenómeno en la localidad de Juchitán.

4.1. *Pregunta de investigación*

¿Qué papel juegan los factores psicosociales en el desarrollo de la obesidad en la mujer de la localidad de Juchitán de Zaragoza, Oax.?

4.2. *Objetivo de la investigación*

Conocer si los factores psicosociales tales como el nivel educativo, el nivel socioeconómico, el estilo de vida, el estilo de crianza, y la cultural influyen en el desarrollo de la obesidad en la mujer de Juchitán

4.3. *Hipótesis general de trabajo*

Los factores psicosociales (un menor nivel socioeconómico, un menor nivel educativo, un estilo de vida poco saludable, un estilo de crianza negligente y la cultura) influyen en el desarrollo de la obesidad de la mujer en Juchitán.

4.4. Tipo de Estudio

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y correlacional.

4.5. Tipo de Diseño

El diseño que se empleó en este estudio es pre-experimental de una sola muestra.

4.6. Paradigma cuantitativo

4.6.1. Pregunta de investigación específica

¿Factores psicosociales tales como nivel educativo, nivel socioeconómico, estilo de crianza, estilo de vida y cultural influyen en el desarrollo de la obesidad en las mujeres de Juchitán?

4.6.2. Tipo de estudio

Estudio transversal descriptivo, correlacional, con grupos contrastados.

4.6.3. Hipótesis estadísticas

1. H₀: Las mujeres con obesidad y el nivel socioeconómico son independientes.
H₁: Las mujeres con obesidad y el nivel socioeconómico no son independientes.
2. H₀: Las mujeres con obesidad y el nivel educativo son independientes.
H₂: Las mujeres con obesidad y el nivel educativo no son independientes.
3. H₀: Las mujeres con obesidad y el estilo de vida son independientes.
H₃: Las mujeres con obesidad y el estilo no son independientes.
H₀: Las mujeres con obesidad no han vivido bajo estilos de crianza negligente.
H₄: Las mujeres con obesidad han vivido bajo estilos de crianza negligente.

4.6.4. Definición de variables

1. Variable Dependiente:
 - Obesidad. *Definición conceptual*. Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2012).

Definición operacional. Se utilizó el peso y talla de las participantes para establecer su IMC con la formula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$ y los parámetros que establece la Norma Oficial Mexicana para el tratamiento del sobrepeso y obesidad NOM-088-SSA3-2010 (sobrepeso $IMC = 25- 29.9$ y Obesidad, $IMC = >30$) para ubicar a las participantes.

2. Variables Independientes:

- Nivel socioeconómico. *Definición conceptual.* Representa la capacidad de un hogar para acceder a un conjunto de bienes y un estilo de vida (López, 2009). *Definición Operacional.* Se tomaron en cuenta las respuestas del cuestionario SEVIC sobre el nivel económico de la familia de origen, y el salario mensual.
- Nivel educativo. *Definición conceptual.* El máximo grado de estudios escolares alcanzados.
Definición operacional: se tomaron en cuenta las repuestas que eligieron de las siguientes preguntas: en mi educación escolar llegué hasta; El más alto nivel escolar que alcanzó mi padre y mi madre (respuestas: nunca fui a la escuela, primaria, secundaria, comercio o técnico, bachillerato, profesional o superior).
- Estilo de crianza. *Definición conceptual.* Características o estrategias de cuidado y educación de los padres (Solís, Díaz, Medina & Barranco, 2008)
Definición Operacional. Se tomaron los puntajes de las respuestas de las preguntas 8 a la 47 y de la 56 a la 68 del SEVIC
- Estilo de vida. *Definición conceptual.* Forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables; determinados por la interacción entre las características personales individuales, interacciones sociales, culturales y

condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (Arrivillaga, Salazar, & Correa, 2003).

Definición Operacional. Se considera la respuesta de la pregunta: “Actualmente hago ejercicio o practico un deporte (respuestas: diariamente, dos veces a la semana, tres veces a la semana, ocasionalmente, realmente no práctico ninguno)”.

4.6.5. *Participantes*

Se inició con un grupo de N=200 mujeres, los criterios de inclusión que se utilizaron fueron que vivieran en Juchitán y que tuvieran de 15 años o más. Los criterios de exclusión fueron que no vivieran en Juchitán, embarazadas, menores de 15 años y que no firmaran el consentimiento informado. Finalmente el grupo de trabajo quedó constituido por N=194.

4.6.5.1. Descripción y características de las participantes

El grupo de participantes quedó integrado por N= 194 mujeres, donde el rango de edad osciló entre 15 y 80 años (M=36.89; DS= 13.651). Los grupos de edades más grandes fueron de 21 a 30 años (28%) y 31 a 40 años (30%). En cuanto al estado civil, 57.2% está casada, 6.7% vive en unión libre, 11.9% separada o divorciada, 5.7% viuda y 18.6% soltera. Del grupo de las que están casadas la mayoría lleva cinco o más años en este estado civil. En cuanto al nivel educativo 4.6% nunca fue a la escuela, 30.9% sólo tiene primaria, 20.1% secundaria, 3.1% comercio técnico, 18% bachillerato y 23.2% profesional o superior. De acuerdo al nivel socioeconómico de la familia de origen el 2.2% proviene de clase asistencial, 39.2% clase trabajadora, 31.7% clase media -baja, 23.7% clase media y el 3.2% clase media-alta. Por el lugar de origen 71.6% son de Juchitán, 21.6% de otro sitio del estado de Oaxaca, 6.2% de otro estado de la república y 0.5% del extranjero, de las cuales el 68% lleva más de 20 años viviendo en Juchitán, 21.6% 10 a 20 años, 5.3% seis a diez años, 4.2% de uno a 5 años, 0.5% menos de un año. De

acuerdo a su ocupación 38.4% trabaja, 1.1% se encuentra desempleada, 10.5% estudia y 50 % se dedica al hogar. De las participantes que tienen trabajo 34.8% gana uno o menos de un salario mínimo, 33.7% dos o tres, 10.9% cuatro o cinco, 9.8% seis o siete, 3.3% ocho o nueve y 7.6% diez o más.

4.6.7. Instrumentos de medición

Clasificación de IMC establecido por la Norma Oficial Mexicana para el Tratamiento del Sobrepeso y Obesidad (NOM-008-SSA3-2010) (Tabla 4).

Tabla 4. Clasificación del IMC

Peso	IMC
Bajo Peso	<18
Peso Normal	18-24.9
Sobrepeso	25-26.9*
Obesidad Grado I	27-29.9
Obesidad Grado II	30-39.9
Obesidad Grado III	>40

Nota: *Para las mujeres de talla baja (que midan menos de 1.50 metros) se considera que presentan obesidad a partir de un IMC ≥ 25 .

4.6.7.1. Inventario de Salud, Estilo de vida y Comportamiento (SEVIC)

Identifica conductas de riesgo y deterioro en el funcionamiento psicológico y psicosomático en la salud de los individuos. Su propósito es detectar por medio de variables de interacción familiar y patrones de crianza, factores predictores de trastornos de la conducta. Explora síntomas, signos y conductas que denotan problemas psicológicos, interacción familiar, estilos familiares de crianza, relaciones interpersonales en la escuela y el trabajo y el desarrollo del individuo. Ha sido

utilizado como base para la instrumentación de estrategias de prevención primaria en salud.

Está conformado por dos secciones: la primera contiene reactivos redactados en primera persona con síntomas, signos y conductas que denotan problemas psicológicos. La segunda sección consiste en reactivos que colectan datos acerca de la interacción familiar, estilos de crianza, relaciones interpersonales en la escuela y el trabajo, datos sociodemográficos, etc. Tiene una consistencia interna con valores de probabilidad de entre $\alpha = 0.68$ y 0.80 ()

Para el presente trabajo, se seleccionaron sólo 92 reactivos de la segunda sección del cuestionario, ya que se relacionaban más con los propósitos de esta investigación. Estos reactivos correspondieron a las siguientes áreas:

- Datos sociodemográficos
- Factores o estilos familiares de crianza y desarrollo del individuo
- Relación con el padre
- Relación con la madre
- Relación de los padres
- Interacción en el trabajo
- Interacción en la escuela

También se utilizó una báscula calibrada con estadímetro (para obtener el peso y la talla) y el formato de registro de datos clínicos y medidas antropométricas (Apéndice A).

Los escenarios donde se aplicaron las pruebas fueron el Foro Ecológico, la Escuela Primaria "Efraín R. Gómez y la Unidad Deportiva de Juchitán.

4.6.8. *Procedimiento*

Se acudió al Foro Ecológico, a la Escuela Primaria “Efraín R. Gómez” y con un grupo del programa Prospera de la 7ª sección a solicitar su apoyo para la difusión y aplicación de los cuestionarios. La aplicación del SEVIC se realizó en tres días. El primer día fue en el Foro Ecológico, los dos días siguientes en la escuela antes mencionada y en la unidad deportiva.

En el foro ecológico, la invitación se hizo de manera directa con las usuarias del lugar que llegaron a tomar algún curso y las que acompañaron a sus hijos a la clase de natación. En la primaria, el director y las profesoras citaron a las tutoras de los alumnos a la hora de la entrada para la invitación y aplicación del inventario. El último día se le solicitó el apoyo al entrenador físico de un grupo de mujeres que pertenecen al programa PROSPERA para reunir a las participantes, el lugar de la aplicación fue en una unidad deportiva. Para estos días se requirió de una báscula con estadímetro, la cual fue brindada por el centro de salud de la colonia Mártires 31 de Julio; también fue necesario el apoyo de una enfermera, una asistente y un intérprete de la lengua zapoteca, los cuales fueron capacitados previamente para esta actividad.

Previo a la aplicación, se les dio a conocer a las participantes cual era el objetivo de la investigación y en qué consistía la actividad. Se les informó que tenían que contestar un cuestionario en el que no había respuestas correctas o incorrectas, que la información que pudieran brindar era muy importante; se les dijo también que después de contestar la prueba, pasarían con la enfermera para que se les tomara el peso, la talla y la circunferencia de cintura. Se les hizo saber que sus datos eran confidenciales y que podrían abandonar la actividad en el momento que lo requirieran. A las que aceptaron participar se les entregó la hoja de consentimiento informado para que la leyeran y dieran su aprobación. Posteriormente se les proporcionó el cuestionario, un lápiz y una goma, se les

indicaron las instrucciones para contestarlo y al terminar se les solicitó que subieran a la báscula para tomar sus medidas antropométricas.

Para pesar y medir a las participantes la enfermera utilizó el procedimiento que establece la Secretaría de Salud; instaló la báscula en una superficie plana horizontal y firme; a las participantes se les pidió que se subieran a la báscula mirando de frente a la enfermera, con los pies paralelos en el centro, espalda recta y los brazos a los costados. Una vez que las participantes adoptaron la posición correcta, les tomó el peso y talla. Finalmente se les dio las gracias a las participantes y a todas las personas que colaboraron con la investigación.

Una vez obtenida la información necesaria, el siguiente paso fue crear la base datos, donde fue preciso establecer el IMC de las participantes, para ubicarlas de acuerdo a la NOMTSO en el estrato correspondiente. Posteriormente se determinaron frecuencias de las participantes con normopeso, sobrepeso y obesidad; después se realizó una Ji cuadrada para comprobar si hubo diferencias significativas en las respuestas de las mujeres con normopeso, sobrepeso y obesidad.

4.7 Paradigma cualitativo

4.7.1. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los símbolos y significados socialmente compartidos de la obesidad en la mujer de Juchitán?

4.7.2. Objetivo

Comprender, conocer e interpretar los símbolos y significados que tiene la obesidad en la mujer de Juchitán

4.7.3. Tipo de estudio

Este estudio utiliza la etnometodología, ya que estudia los procesos de constitución de la realidad y el orden social, así como el papel de las reglas creadas en el grupo o sociedad, y se basa en el supuesto de que todos los seres humanos tienen un sentido práctico que utilizan en la vida cotidiana (Gorfinkel, 1997). También se empleó como marco referencial el modelo en creencias en salud para saber cuáles son las creencias, actitudes y disposición al cambio respecto a la obesidad en las mujeres de esta localidad

4.7.4. Participantes

El grupo de trabajo estuvo integrado por catorce mujeres originarias de Juchitán, residentes de la séptima sección de esta localidad, las cuales pertenecen al programa de inclusión social PROSPERA, todas casadas, con hijos (=2.5), y algunas refirieron tener “trabajos informales”.

4.7.5. Técnicas de investigación

Para la obtención de los datos se empleó un grupo focal y una entrevista semiestructurada. Los ejes temáticos que se emplearon fueron roles de género, prácticas alimentarias y percepción social de la corporalidad.

4.7.5.1. Objetivos de la entrevista

- Conocer e identificar los usos y costumbres que favorecen la obesidad
- Saber si existe necesidad de cambios en los hábitos y el estilo de vida de las participantes.

4.7.6. Escenario

La actividad se llevó a cabo en el centro de salud de la 7ª sección de la localidad de Juchitán de Zaragoza, Oax.

4.7.7. Materiales

Se requirió un aula, quince formatos de consentimiento informado, quince bolígrafos, 17 sillas, una mesa, quince tarjetas, cinco marcadores, una cámara de video y la estructura de la entrevista impresa.

4.7.8. Procedimiento

Se realizó un grupo piloto de ocho mujeres para probar la eficacia de las preguntas; las participantes fueron reclutadas por la vocal de un grupo PROSPERA, todas con domicilio en la séptima sección. Una vez analizada las preguntas y los pros y contras de las misma, se solicitó apoyo a la promotora de la Jurisdicción Sanitaria 2 y al promotor del centro de salud de la séptima sección para conseguir otro grupo, además de un espacio dónde realizar la entrevista del grupo focal.

El día de la entrevista acudieron quince mujeres también de un grupo PROSPERA, a las mujeres se les invitó a pasar al aula, se les otorgó una silla, un gafete y se les explicó en qué consistía la actividad; se les dijo que se le realizarían algunas preguntas y que no había respuestas correctas o incorrectas, que toda la información que pudieran ofrecer era muy importante para la investigación, también se les informó que iba ser necesario grabarlas (originalmente solo se iba a utilizar la grabadora de voz, pero al tener un fallo tuvimos que utilizar la cámara de video). Posteriormente se les dio la hoja de consentimiento informado para que la leyeran y firmaran; la hoja indicaba que podrían abandonar la actividad en el momento en el que lo requirieran, que sus datos eran confidenciales y solo serían utilizados para fines del estudio (ver Apéndice 1).

Una vez aclarada las dudas a las participantes sobre la actividad, pasamos a las preguntas. Antes de comenzar se les dio la indicación de que hablaran fuerte y que era necesario que participaran todas. Las participaciones debían ser respetando a las demás sin interrupciones. Al terminar las preguntas y respuestas se les agradeció a las participantes por su colaboración al igual que al personal del centro de salud.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

5.1. Resultados del paradigma cuantitativo

Del grupo total, se hicieron tres subgrupos para contrastar y comparar los resultados. Mujeres con normopeso (n=43), sobrepeso (n=28) y obesidad (n=123). En el grupo de mujeres con obesidad, prevaleció la obesidad tipo 1 (n=97).

Con los datos obtenidos se realizaron algunas estadísticas epidemiológicas, tales como proporciones y tasas sobre la obesidad en las participantes. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Proporción de n= número de elementos de n

Total de elementos en el universo

$$\text{Proporción de mujeres con normopeso} = \frac{43}{194} = 0.22$$

$$\text{Proporción de mujeres con sobrepeso} = \frac{28}{194} = 0.14 = 15$$

$$\text{Proporción de mujeres con obesidad} = \frac{123}{194} = 0.63$$

Lo anterior indica que 22% de las mujeres presentaron un peso normal, 15% sobrepeso y 63% obesidad (Figura 3).

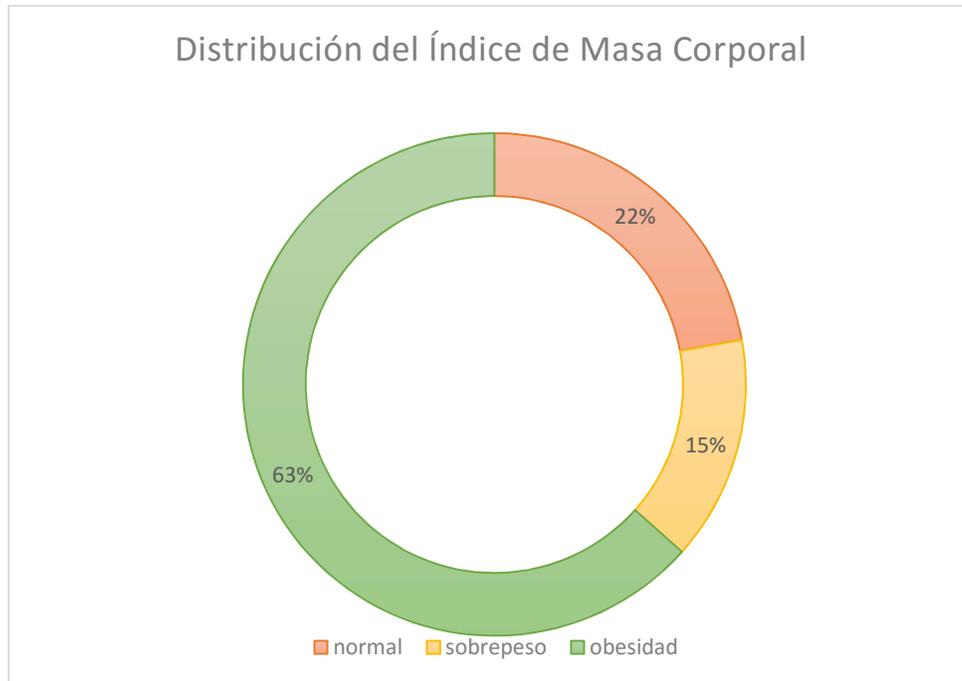


Figura 3. Porcentaje total del índice de masa corporal de las participantes.

$$\text{Tasa} = \frac{\text{Núm. de eventos ocurridos en una población}}{\text{Población a quien le puede ocurrir el evento}}$$

$$\text{Tasa de obesidad en el grupo} = \frac{123}{43} = 2.86$$

La tasa de obesidad indica que por cada mujer delgada hay tres mujeres obesas en esta muestra.

5.1.1. Resultados de la Ji cuadrada.

Los datos obtenidos del Inventario de Salud, Estilo de Vida y Comportamiento (SEVIC) se analizaron mediante una χ^2 de Pearson, para someter a contrastación las hipótesis planteadas y las diferencias entre las participantes de los tres subgrupos (normopeso, sobrepeso y obesidad), respecto de variables categóricas como el nivel socioeconómico, nivel educativo, estilo de crianza y estilo de vida. De los 92 reactivos solo dieciséis mostraron significancia estadística ($p \leq .05$) (Tabla5).

Tabla 5. Resultados significativos obtenidos de la Ji cuadrada.

Variables	χ^2	gl	(p)
IMC- Datos sociodemográficos			
Años vividos en Juchitán	38.307	6	.000***
Edad	40.210	8	.000***
Escolaridad participante	27.432	10	.002**
Escolaridad madre	37.499	10	.000***
Escolaridad padre	27.432	10	.002**
Estado civil	11.926	4	.018*
Ocupación	19.711	4	.001**
IMC-Familia			
Número de hermanos	22.069	6	.001**
Relación con los hermanos	13.557	6	.035*
Interés de la madre durante la infancia	20.426	6	.002**
Pelea de los padres delante de los hijos	13.679	6	.033*
Experiencias emocionalmente fuertes vividas en la infancia o adolescencia	18.894	10	.042*
Número de hijos	16.610	8	.034*
Con quien vive	18.186	4	.001**
IMC-Estilo de vida			
Ejercicio	23.532	8	.003**

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Los resultados obtenidos arrojan variables estadísticamente significativas, las cuales podrían influir en tener un IMC más elevado, como las sociodemográficas: años vividos en Juchitán ($p=.000$), la edad ($p=.000$), el nivel de escolaridad ($p=.000$); así como el estado civil ($p=.018$) y ocupación ($p=.001$). Familiares: el número de hermanos ($p=.001$), la relación con ellos ($p=.035$), el interés de la madre hacia ellas durante su infancia ($p=.002$), presenciar peleas entre los padres ($p=.033$), haber tenido experiencias emocionalmente fuertes ($p=.042$), el número de hijos ($p=0.34$), con quien viven ($p=.001$). Estilo de vida: ejercicio ($p=.003$).

De acuerdo a los variables que se midieron los resultados mostraron lo siguiente:

Los resultados obtenidos del nivel educativo sugieren que las participantes que mostraron un mayor IMC tuvieron un nivel educativo bajo, como primaria, secundaria o nunca fueron a la escuela. También el que sus padres tuvieran los mismos niveles, en especial las madres se relacionó con un mayor IMC en ellas.

En lo que respecta al estilo de crianza, los resultados sugieren que algunos aspectos vividos durante la infancia, como el presenciar la pelea de los padres de manera frecuente y haber tenido experiencias emocionalmente fuertes, como la muerte de familiar cercano puede estar relacionado con tener un mayor IMC. Sin embargo en lo que respecta a la relación que las participantes tienen con sus hermanos y el interés mostrado por la madre durante su infancia, manifiestan que una buena relación entre los hermanos y el sentir que la madre se interesara en ellas se relacionó con las participantes que presentaron mayor IMC. El que estas variables hayan salido significativas, probablemente se deba a que, el tener una buena relación familiar, permite o fomenta las reuniones o las fiestas en familia en la localidad.

Para el estilo vida se midió la variable ejercicio. Los resultados muestran que el 28% de las participantes con mayor IMC no realizan algún ejercicio, 30% refirió hacerlo de manera ocasional y solo el 19% diario. Por lo anterior se sugiere que el no realizar ejercicio puede estar influyendo en el incremento del IMC.

El nivel socioeconómico de la familia de origen y el ingreso mensual percibido no marcó diferencias entre el IMC de las participantes con normopeso, sobrepeso y obesidad.

Otros resultados que se obtuvieron con significancia estadística en relación al IMC, fueron algunas variables sociodemográficas como haber vivido por más de 20 años en Juchitán, tener más de 30 años de edad, estar casadas, dedicarse al hogar y tener una familia numerosa con más de cuatro hermanos o más de tres hijos.

Por último los datos epidemiológicos indican un porcentaje elevado de obesidad (63%) en el grupo de las participantes, donde por cada mujer delgada hay tres con obesidad; en este grupo de mujeres obesas predominó la obesidad tipo1 (50%).

5.2. Resultados del paradigma cualitativo

Para el procedimiento del análisis cualitativo de los datos, fue necesaria la transcripción de la entrevista audiograbada que se realizó al grupo focal, también se empleó la codificación y categorización, para poder interpretar los signos y símbolos social mente compartidos y también para el trabajo con el programa Atlas.Ti 6.2, con el que se buscó asociar los códigos de patrones y poder clasificarlos (Ver tabla 6).

Tabla 6. Codificación y Categorización

Dimensiones	Subdimensiones	Subdimensiones	Categorías	Observables	Indicadores
Psicosociales	Culturales	Corporalida	Creencias	Saludables	Gordito
				Flaco	
			No Saludables	Enf. crónicas	
				Otras Enf.	
			Actitudes	Positivas	Rechazo
				Negativas	Aceptación
			Lugares	Fiesta	Religiosas
					No religiosas
				Casa	Comedor
			Otro lugar		
			Públicos	Calle	
			Alimentos	Saludables	Frutas
	Verduras				
	No Saludables	Grasa			
		Chatarra			
		Botanas			
	Bebidas	Saludables	Agua		
		No Saludables	Refresco		
			Cervezas		
		Roles de género	Actores	Mujeres	Trabajan
				Amas de casa	
Conductuales	Actividades	Ejercicio	Barreras	Tiempo	
				Trabajo	
				Motivación	
			Beneficios	Salud	
		Lugares	Casa		
			Otro lugar		
		Hábitos	Saludables	Horarios de comida	
			No Saludables	Horarios de comida	

En el análisis de la información de las entrevistas realizadas, se encontró que las participantes tienen conocimientos sobre la obesidad así como sus consecuencias en la salud; ya que pertenecen al programa PROSPERA, dónde reciben capacitaciones mensuales en temas de salud y nutrición. Saben que la obesidad es un problema de salud, que está asociada a enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, también mencionaron algunas limitaciones como el cansancio y el dolor de rodillas a la hora de caminar, además de la apnea del sueño.

“...es un problema en este país, porque para subir es fácil pero bajar de peso es un poquito difícil”. Nelly

“la obesidad se considera muy grave actualmente porque tiene muchas enfermedades como la diabetes, la hipertensión y también los problemas cardiovasculares, estos debido a la mala alimentación de la gente porque comen mucha grasa” Gudelia

En cuanto a las causas de la obesidad, manifestaron varias, como los alimentos y las bebidas que se consumen en la localidad, el factor hereditario, los anticonceptivos, la falta de ejercicio y en el caso de los niños algunas refirieron que era por exigencias del médico.

“ por la falta de ejercicio y otro también de que no se consumen mucha agua, todos lo que debemos de hacer es consumir agua por ejemplo antes de cada alimento un vaso de agua...La carne roja, más si van a las tlayudas, la cebada también...más si van a las fiestas, van a tomar y a comerse las botanitas que dan ahí, si son de la religión puro refresco, este puro gugar porque es más barato que dan, puro dulce...están comiendo y están tomando todo eso”. Maribel

“... los alimentos que se consumen aquí en Juchitán es pura grasa y como ya dijo la compañera no estamos acostumbrados a comer frutas...”. Nelly

“...cuando yo era más chica, pues si tuve problemas, pero cuando crecí me puse delgada, ya me casé ya engordé...pues este me imagino que cuando me pusieron el implante me dio mucha hambre porque yo antes no estaba así, ya con eso se engorda uno pues”. Patricia.

“Otra cosa de la obesidad que considera también la gente, consideran que es hereditario”. Gudelia

“La obesidad en la región, ahorita este de, es por falta de ejercicio, este de no llevan un alimento adecuado, no hay, que se lleve bien”. Nelly

“Porque eso piden en la clínica”. Bernarda

Esta última postura causó polémica, ya que hubieron participantes que estuvieron en desacuerdo, y argumentaban que el medico solo pedía que el niño estuviera en su peso ideal, acorde a su edad y su talla.

“Pero el médico pide que el niño tenga su peso, el médico no pide que suba de peso, sino que esté en su peso normal y de estatura...a su peso”. Maribel

Las participantes también mostraron actitudes y creencias hacia la obesidad y lo que es un cuerpo saludable. Algunas expresaron que existe confusión entre el tener el peso ideal con el sobrepeso y que esta idea viene principalmente de la familia.

“si ven a su hijo flaquito, preguntan porque que no comes, come más para que engordes. El gordito de la familia, si es gordito lo consideran sano y eso no se debe porque la misma gente es que provoca eso, porque si no es gordo no está sano y es al contrario”. Gudelia

Las participantes refieren que en Juchitán existe el problema de obesidad, pero la mayoría de las participantes que presentaron sobrepeso y obesidad no reconocieron tener esa condición, solo cuatro lo aceptaron y una de ellas refirió que no tenía problemas por esa situación; otra dijo haber realizado un tratamiento para mejorar su condición.

*En mi familia yo soy la única que está gordita (se ríe),
¿Tienes algún problema por eso?
Pues que yo sepa no eh (Nelly)*

“Yo soy la única gorda de la familia”. Fabiola (su hermana quien estaba presente dijo que solo tenía una hermana gordita, posterior a esto, la participante habló)

*“yo estaba más gordita, pero ya bajé de peso con las agujas”.
Genoveva*

En lo que todas coinciden son en los factores que posiblemente estén influyendo en el desarrollo de la obesidad en Juchitán, todas hicieron referencia a las prácticas alimentarias y los hábitos inadecuados. En el primero mencionan que los alimentos que se ofrecen en las fiestas son muy grasosos, además casi no se tiene el hábito de consumir frutas y verduras, en su lugar consumen mucha carne. También consideran que la comida chatarra es un problema, sin embargo hay confusión entre estos alimentos y los antojitos típicos de la región. En cuanto a las bebidas refieren que el refresco y la cerveza es algo que se consume en abundancia en la localidad.

Los escenarios que identificaron donde se dan estas prácticas alimentarias son principalmente “las fiestas”, refieren que Juchitán es un lugar que se caracteriza por tener muchas, donde las fiestas principales duran aproximadamente un mes.

“Aquí hay mucho de días festivos no, por ejemplo en navidad pues es cena, se come pues grasa luego vienen otras festividades, se come pura grasa”. Nelly

“El 8 de septiembre aquí en Juchitán acostumbran celebrar el día de navidad le llaman, y la comida que dan tamales... de ¿qué? de marrano, carne de res, toman su chocolate”. Gudelia

“...acá en Juchitán se celebran las fiestas en mayo, empieza desde el 28 de abril hasta fines de mayo, todo el mes de mayo es fiesta”. Maribel

Refirieron que el tipo de comida y bebida que se brinda en estas fiestas, son por lo general alimentos fritos que se realizan con aceites económicos, al igual que los refrescos, por lo que consideran que ese es un problema, a diferencia de la casa, en el que utilizan uno de mejor calidad.

“...y pues las fiestas, las fiestas, todas las botanas que dan ahí son de grasa, que freír cacahuete, que freír pescado, que freír la jaiba por todo es freír y freír. Es mucho aceite, cuando estás en tu casa ocupas un aceite nutrioli, que capullo, pero en una fiesta te compran un aceite de lo más barato pues y eso es lo que ocasiona.”. Maribel

Las escuelas también son lugares que las participantes identificaron de riesgo para los niños, ya que en ellas es donde tienen acceso a la comida y bebida chatarra. La calle, refieren es otro lugar donde la gente puede encontrar diversidad de comida poco saludable y de fácil acceso.

“...no es solamente de los adultos sino también en los menores, ahorita acá en Juchitán por ejemplo en las escuelas, en las escuelas mucha chatarra venden y por más que les dice uno que ya no pero siguen comiendo ... en los niños, en la escuela que no pueden dejar de comer, en la escuela hay muchos niños con ese problema de obesidad”. Maribel

“No hay costumbre, es que decir, hay gente que consume comida en la calle, no tiene costumbre de comer la fruta, una manzana, una pera...”Rocío

Dentro de los hábitos poco saludables que suelen tener, mencionaron el no manejar un horario de comida y no realizar ejercicio. Sin embargo algunas participantes refirieron que las labores de la casa y la falta de tiempo les impide tener mejores hábitos, también hubieron participantes que expresaron que si era posible lograr hábitos saludables.

“acostumbramos a desayunar y comer, no cenamos, a lo mejor es por no tener un horario de comida en la mañana, pues tomo un vaso de leche, es lo que acostumbramos, como a las 10, 11, 12 de la mañana terminamos con los quehaceres y a esas horas desayunamos yo digo que hay que tener un horario no”.
Nelly

“...después de la comida tienen que acostumbrarse a comer una fruta y tener un tiempo para hacer ejercicio por lo menos cinco minutos”. Rocío

Todas las participantes tienen el conocimiento de qué hacer para tener una mejor condición física; mencionaron que es necesario un incremento en el consumo de frutas y verduras así como de agua; además de disminuir el consumo de refrescos y realizar actividad física, sin embargo una de las participantes anteriormente mencionadas dijo haber utilizado otro procedimiento para poder bajar.

“Tener una buena alimentación”. María Luisa

“Tomar dos litros de agua todos los días”. Genoveva

“Tener una dieta de frutas y verduras, y hacer ejercicio”. Nelly

“Evitar comer comida chatarra, para los niños sabritas y refrescos...que no traen nada de bueno para el organismo”.
Gudelia

“Caminar por lo menos cinco minutos no”. Fabiola

En cuanto a la actividad física perciben algunas barreras para poder realizarla, como el trabajo al que se dedican, los lugares y horarios poco favorables y además de sentir pena a que otras las vean. Los lugares que identifican para poder realizarla son la casa y el gimnasio, en cuanto a las actividades refieren caminar o realizar zumba.

...hay algunas que ponen el pretexto de que no tengo tiempo, no dan un tiempo suyo por lo menos en la casa. Hay algunas que dicen tengo cosas que hacer, voy a lavar la ropa, voy hacer la comida, no sacan tiempo para hacer por lo menos cinco minutos o caminar. Rocío

El motivo por el que no camino mucho es por el trabajo, es de la mesa al trabajo, del trabajo a la mesa. Fabiola

Hay gorditas que no hacen ejercicio por el qué dirán, porque piensan que otra se va a burlar de ella, que vayan a un gimnasio o a zumba y eso hace a que se echen para atrás, cuando quieran ponerse un pans se van a ver mal o porque la otra vecina les va a decir cosas, eso hace a que no hagan ejercicio. Gudelia

También expresaron que el transporte, principalmente los “mototaxis” les limitaba el poder caminar sin embargo refieren que utilizarlo les brinda beneficios.

...la moto, con cinco pesos vas a dónde quieres; antes podíamos caminar hasta el centro pero ahora ya no, ya con eso tanto uno te beneficia porque podemos llegar rápido pero te perjudica porque ya no caminas, ya no haces ejercicio. Nelly

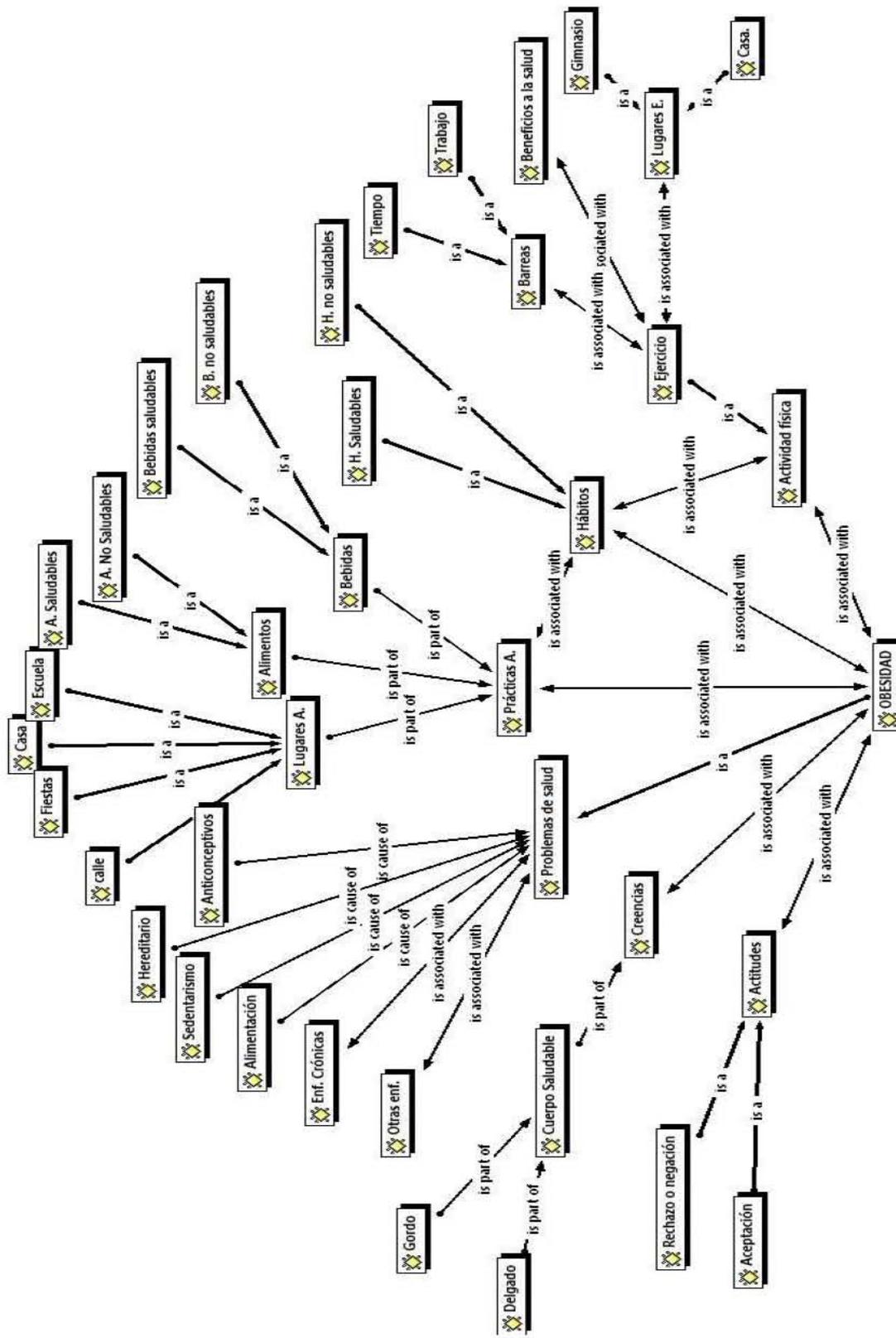


Figura 4: Red semántica de la obesidad en las mujeres de Juchitán

5.3. Hallazgos

Los datos recogidos durante la entrevista dejan ver en las participantes confusión en lo que concierne al peso adecuado, esto a su vez da la idea de que existe aceptación y rechazo al mismo tiempo por la delgadez y obesidad, sobre todo cuando de niños se trata. Lo anterior se corrobora con los datos recogidos en campo, donde los símbolos y significados sobre lo que es un cuerpo sano, dejan de manifiesto que ser flaco es sinónimo de estar enfermo, esta actitud es visible principalmente en las gente adulta y de casi todos los estratos sociales. Tienen expresiones como “güera mbo'lo” que hacen referencia a ser robusta pero sin una connotación negativa sino todo lo contrario; y “flaca bichi”, que es despectivo para las personas delgadas. En el caso de los jóvenes y adolescentes se nota una actitud más positiva hacia la delgadez, esta población es la que de algún modo se ejercita más pero no necesariamente cuidan su alimentación.

Algo que también se aprecia, es la percepción inadecuada del peso. La mayoría de las mujeres con un IMC mayor, que participaron en ambas fases de esta investigación, no percibieron el sobrepeso y obesidad en ellas pero si en algunos de sus familiares; y para determinar eso tomaban como parámetros de referencia a una persona mucho más llenita que ellas. Otra cosa muy común fue escuchar narraciones sobre las mujeres de antaño de la localidad, donde expresaban que no habían sido obesas como en la actualidad.

Las prácticas alimentarias, las fiestas y la abundancia van de la mano con el prestigio social y las mujeres de esta localidad, tal y como lo refieren las otras investigaciones realizadas. La venta de comida en Juchitán es una actividad de todos los días y casi todo el día. Los alimentos ya preparados no solo son notorios en los dos mercados principales de Juchitán, también en sus diferentes secciones y colonias, donde venden todo tipo de comida, desde pescados al horno, iguana, hasta botanas (principalmente mariscos); por la noche frente y a

un costado del palacio municipal se venden alimentos para la cena, como queso, totopo, pan, pescados, tamales y el tradicional bupu¹⁴; también se da la venta tlayudas, garnachas, pollo garnachero, tostadas y tacos principalmente. La comida y la bebida son importantes para la socialización, la comida fuera de casa en fin de semana es algo notorio, existen muchas marisquerías que se llenan a la hora de la comida y por la noche las cenadurías. Algo observado constantemente en los diferentes hogares visitados, fue el consumo de refrescos; cuando alguien va de, se recibe a la persona con una bebida que por lo general es un refresco, como símbolo de bienvenida y amabilidad. En la localidad muchas familias consumen refrescos con mucha frecuencia, y a cualquier hora del día, puede ser en el desayuno, comida o cena, por lo regular compran una botella de tres litros (generalmente coca-cola) para el consumo de toda la familia.

En cuanto a las botanas que se ofrecen en las fiestas efectivamente la mayoría son fritas, pero también se puede observar una transición en los alimentos, como el uso de tortilla de harina para hacer taquitos fritos, cuando usualmente se hacen con tortilla de maíz; la mayonesa es otro de los ingredientes que se aprecia en diversas botanas¹⁵ y los embutidos como la salchicha y el jamón. Algo apreciable durante las fiestas, son niños y mujeres vendiendo golosinas y botanas; los niños son por lo general migrantes del estado de Chiapas que venden dulces y las vendedoras pertenecen a la localidad, ellas venden botanas que por lo general no ofrecen los anfitriones de la fiesta, como bolitas de quesillo, huevo de tortuga, pescaditos, entre otras.

En las fiestas el flujo de comida es notorio pero lo es aún más el de la bebida “cerveza”. Hombres y mujeres la consumen casi por igual con la diferencia que ellas consumen al mismo tiempo las botanas, cosa que el hombre casi no hace y la que sobra se la llevan a casa. En fiestas de religiones diferentes a la católica no se consume alcohol pero sí mucho refresco, los invitados hombres en

¹⁴ Bebida tradicional hecha de atole de maíz, cacao y guiechahi o flor de mayo,

¹⁵ Algunos ejemplos son la salchicha, la menudencia de pollo o la salchicha de pescado (es la carne o pulpa de pescado que remojan en agua caliente y a través del orificio de una bolsa la dejan salir, formando tiras gruesas, mismas que después rebanan en círculos y le agregan mayonesa).

vez de llevar un cartón de cerveza como parte de su cooperación, llevan una reja de refresco, el agua es la bebida menos consumida en ambos ambientes.

Cabe destacar que existe contradicción en cuanto a la comida y botanas de la localidad; por un lado refieren que es una de las causas de la obesidad debido a que es muy grasosa, principalmente la que se ofrece en la fiestas; sin embargo las consumen y son las mismas mujeres las que se encargan de su elaboración. El no consumir los alimentos y bebidas en las fiestas o en algún otro contexto, puede generar una actitud negativa y exclusión para las personas; sobre todo en las personas no originarias de la localidad que no se integran o valoran la cultura.

La escuela es otros de los lugares identificados para llevar a cabo las prácticas alimentarias de riesgo; principalmente para los niños, ya que el discursos de las participantes parece mostrar que en este lugar no tienen mucho control sobre lo que comen sus hijos; sin embargo fue posible observar en las escuelas a madres e hijos a la hora de la entrada y en el recreo consumir los alimentos que venden dentro y/o fuera de ella, si bien también hubieron quienes llevaron alimentos hechos en casa otros llevaban alimentos procesados.

Otra práctica que va ligada a la alimentación, las fiestas y las escuelas, son las clausuras de fin del ciclo escolar (principalmente preescolar y la primaria); pues las clausuras son una fiesta como las típicas de Juchitán, donde participan los padres, niños y el personal docente. En la clausura, acude un grupo musical para amenizar la fiesta después del acto cívico, los padres llevan su comida, botanas y bebidas (usualmente refresco y en menor cantidad cerveza) y los niños van vestidos con la ropa típica (al igual que los padres) y por lo general presentan un cuadro de baile con los sones tradicionales de la región. Esto puede resultar un ejemplo de prácticas heredadas, es decir de algún modo se le va inculcando a los niños a temprana edad, las tradiciones, significados, practicas alimentarias, y roles en la sociedad juchiteca.

El rol de la mujer en Juchitán, sigue destinado principalmente a la casa y a la crianza de los hijos a pesar de que muchas trabajan; ellas perciben una sobre carga de tareas y barreras que no les permiten tener hábitos saludables que afectan su estilo de vida, como la falta de tiempo, los horarios pocos flexibles de programas de activación física (zumba) y el uso del transporte como los mototaxis. También es importante mencionar que el clima y la violencia que se vive actualmente en la localidad, son otras barreras para la actividad física. El calor supera los 30° en la región y por lo general se mantiene todo el día, aunado a la falta de árboles en las calles, espacios seguros y cercanos dónde puedan ejercitarse, influye para que las personas no caminen y en su lugar utilicen algún transporte.

Otro dato interesante es que las participantes tienen claramente lo que pueden hacer para prevenir y tratar esta condición. Entre sus propuestas está el consumo de alimentos saludables como frutas y verduras, ingerir más agua y realizar actividad física (darse un tiempo para caminar unos minutos al día e incluso hacer ejercicio dentro en casa). Sin embargo estos conocimientos no son llevados del todo a la práctica, debido a la dinámica social, además de los costos y beneficios que ellas evalúan sobre todo a la hora de realizar actividad física.

CAPITULO 6: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1 Discusión

El objetivo principal de este trabajo fue investigar los factores que están influyendo en el desarrollo de la obesidad de la mujer juchiteca, tales como el nivel socioeconómico, nivel educativo, estilo de vida, estilo de crianza y la cultura.

El paradigma cuantitativo comprobó tres hipótesis estadísticas, el nivel educativo, estilo de vida y el estilo de crianza; y rechazó la hipótesis sobre el nivel socioeconómico. En esta fase también se obtuvieron otros datos interesantes que resultaron estadísticamente significativos (al $\leq .05$), como los años vividos en Juchitán, la edad, el estado civil y la ocupación. El paradigma cualitativo comprobó la hipótesis sobre la cultura y amplió información sobre las variables estadísticas estudiadas en lo cuantitativo.

Los resultados sobre la variable del nivel socioeconómico, no mostraron relación con las participantes que presentaron obesidad. Esto contrasta con la mayoría de las investigaciones que reportan que la obesidad en las mujeres está relacionada con tener un estatus socioeconómico bajo, y que por esta situación tienen pocos recursos para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación y un acceso limitado a oportunidades de trabajo, además de que esta situación se intensifica en la mujeres que son el único sustento del hogar. (Frongillo & Bernal, 2014; Franklin et al., 2012; Ortiz & Rivera, 2010). Sin embargo cabe resaltar que una de las características de la mujer juchiteca es que muchas son comerciantes, y aunque el ser amas de casa resultó estadísticamente significativo, muchas de ellas recurren a esta actividad cuando requieren un ingreso adicional, al igual que las mujeres profesionistas y las que tienen algún empleo, esta actividad la practican las mujeres de todas las edades.

En cuanto al nivel educativo, los resultados mostraron que fue significativo; las participantes que indicaron tener un menor nivel educativo (primaria o menos)

al igual que sus padres, presentaron un IMC mayor, lo que corrobora lo indicado por la literatura que a mayor nivel educativo menor IMC en las mujeres y que una menor educación de la madre también influye (Sassi et al., 2011). Sin embargo los resultados de esta variable no apoyan que esté relacionado de manera directa con el nivel socio económico, ni con la ocupación como sugiere Sassi et al., (2011). Por el contrario otras investigaciones han dicho al respecto que la ocupación y la educación pueden actuar de manera diferente en los países (Aistsi et al., 2013).

El lugar de residencia también es tomado como indicador socioeconómico, y al respecto existen posturas encontradas, los estudios han indicado que mujeres que viven en países en desarrollo, cinturones de pobreza y barrios bajos de las ciudades son las que presentan mayor obesidad; pero otros estudios han mostrado que las mujeres de zonas rurales también (Aekplakorn et al., 2014). En el caso de la población indígena la prevalencia de obesidad se ha incrementado principalmente en la mujer tanto para los de las zonas urbanas como rurales (PNUD, 2010), esto último coincide con las participantes de este estudio que pertenecen a una población indígena urbana; sin embargo para este estudio el lugar de residencia no se tomó como indicador del nivel socioeconómico, sino como dato sociodemográfico, de esto lo que en realidad resultó estadísticamente significativo, fueron los años que llevan viviendo las participantes en Juchitán, las que llevan más de 20 años radicando ahí tuvieron un mayor peso, esto corrobora los datos encontrados en el estudio McMunn, et, al, (2014), sobre las tendencias de la desigualdad educativa y su relación con la obesidad en mujeres mexicanas, en el que concluyeron que las mujeres con un menor nivel educativo y que viven en zonas urbanas son las más afectadas por la obesidad en el país.

La significancia estadística de vivir en Juchitán y sobre todo por mucho tiempo, son factores que están ligados a lo encontrado en la segunda fase de este estudio, el factor cultural; donde se observó que el rol de la mujer juchiteca es importante para la economía de esta localidad, el cual va de la mano con las prácticas alimentarias que ahí se ejercen. La alimentación en Juchitán no solo está

destinada a satisfacer necesidades biológicas, sino que también tienen fines sociales y morales, tal y como refieren Bertrán (2009) y Gracia (2007), y se corrobora lo que Oswald y Holzer (1997) encontraron en esta localidad, que el alimento es un vehículo de bienestar individual, económico y social, sobre todo entre las mujeres.

Las prácticas alimentarias de Juchitán siguen marcadas por el consumo de carne, originalmente por la escasa producción de hortalizas en la localidad (Orozco, 1946), sin embargo actualmente existe una amplia variedad de alimentos, pero ella sigue ocupando un lugar importante sobre todo en las festividades, esto podría entenderse con lo que plantean Contreas (2005) y Messer (2006) que la carne tiene atributos en casi todas las culturas de fortaleza y prestigio social, dónde el consumo frecuente de carne puede ser tomado como indicador de mejoría económica; y durante las fiestas es dónde se consume más carne.

Algunas de las prácticas alimentarias en Juchitán coinciden con las de otras poblaciones indígenas, donde la mujer de igual manera presentó mayor prevalencia de obesidad, tal es el caso de Dzuntóh, Yucatán, donde encontraron que la dieta está basada en los productos de la región, con un escaso consumo de frutas y verduras, sin embargo está presente el consumo de alimentos industrializados. La decisión de los alimentos que se consumen está basada en los roles de género y la economía, aunado a factores como los gustos de los integrantes de la familia, las ocasiones especiales y las festividades; y quien concina es la mujer (Marín, Sánchez & Maza, 2013); sin embargo difiere en que en Juchitán no es el esposo el que provee los alimentos, ni necesariamente es el único quién da el dinero para su compra, y a diferencia de las mujeres de Dzuntóh, las juchitecas relacionan el dinero con alimentos de menor calidad que se emplean en las fiestas y no en el hogar.

Bertrán (2005) sugiere que no existe una monotonía de la alimentación en los grupos indígenas cuando la disponibilidad de alimentos es amplia; pero en

Juchitán a pesar de existir una amplia variedad de alimentos sigue habiendo un escaso consumo de frutas y verduras; aunque las frutas tienden a prepararlas en dulces para su consumo.

Otro dato importante que arroja la segunda parte de esta investigación fue sobre la percepción corporal y su relación con la salud, que coincide con lo encontrado en otras investigaciones, donde las mujeres que presentaron obesidad no se percibieron obesas, y minimizaron en ellas los problemas asociados a esta condición (Cruz et al.,;Ocampo & Pérez, 2010, Pérez-Gil & Romero, 2008). En particular los resultados aquí obtenidos coinciden y difieren con la investigación Pérez-Gil & Romero (2008) realizadas en dos regiones del estado de Oaxaca (sierra y costa) sobre la percepción corporal en las mujeres. Coincide en que hay una sobreestimación del sobrepeso en las mujeres para ambos grupos, pero difiere con las mujeres de la sierra en el que hubo una menor prevalencia de obesidad en ellas y en el que la delgadez la asocian con salud, además de manifestar rechazo por la obesidad. Con las mujeres de la costa coincide en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, pero difieren en que la mujer de la costa si percibe su obesidad y su deseo por ser delgadas, el cual asocian con la influencia de la publicidad. Difiere también de ambos grupos en el que el sobrepeso se debe al parto, lo cual consideran normal por el hecho de ser mujeres (Pérez-Gil & Romero, 2008).

Pero los resultados obtenidos de la investigación realizada en los indígenas chontales de Tabasco coinciden en que la obesidad es considerada como un símbolo de bienestar y no de enfermedad principalmente entre los adultos, así como la creencia sobre las causas de ésta, la cual asocian con la herencia de los padres. También coincide en los roles de género, donde las mujeres, están a cargo del hogar y no realizan actividad física (Cruz et al., 2012). Lo expuesto por Messer (2006) con respecto al factor tiempo, es otra constante en este estudio, el cual influye en la vida y decisiones de la mujer, aunque ella hace hincapié en la

alimentación, este también juega un papel importante para la realización de otras actividades.

Sin embargo un mayor número de hijos fue significativo en las mujeres de Juchitán, lo que coincide con lo que marca la literatura que por el propio proceso del embarazo se duplica la cantidad de grasa (Hernández &, 2007) y que además es frecuente observar que las mujeres aumentan su peso a medida que aumenta el número de hijos, ya que en ocasiones no han logrado recuperar su peso después de dar a luz cuando ya están embarazadas de nuevo (García & Kaufer, 2010; García et al, 2009); Cabe señalar que estos autores también refieren que el tipo de alimentación durante esta etapa juega un papel importante al igual que la edad; misma que resultó significativa en este estudio, donde el incremento del peso en las mujeres fue notorio a partir de los 30 años, aunque la literatura marca que el incremento se da después de los 40 años por los efectos de la menopausia (Pavon de paz, et al., 2006).

En lo que respecta al estilo de crianza, los resultados obtenidos también son ambivalentes, ya que la literatura refiere que las personas que crecieron bajo estilos de crianza negligentes, con rechazo, poco apoyo, y padres fríos está asociado con la obesidad en la vida adulta (Repetti, et al., 2002), características que no fueron significativas en las participantes de este estudio, en lo que si coincide y es significativo fue en haber experimentado situaciones estresantes en la niñez y la adolescencia, como haber presenciado las peleas de los padres y la pérdida de un ser querido (Silencio, 2010).

El estar casadas y vivir en pareja también es algo que se ha encontrado en las mujeres con obesidad, ya que esta situación implica un cambio en el estilo de vida y en las actividades diarias, sobre todo cuando se tiene hijos.

6.2 Conclusiones

Retomando el modelo de creencias para abordar el problema de la obesidad en las mujeres de Juchitán, se analizan las variables del modelo y los resultados obtenidos de las participantes.

Susceptibilidad percibida: las participantes fueron capaces de reconocer que en Juchitán existe el problema de obesidad, e incluso identificar esta situación en sus familiares y los niños, pero no en ellas, además de que no mostraron tener algún problema por esto.

Severidad percibida: en cuanto a la gravedad percibida de la obesidad, asocian esta condición con enfermedades crónicas como la diabetes y enfermedades cardiovasculares; reconocen también las limitaciones físicas que esto provoca como no poder caminar, cansarse rápido y problemas con la respiración a la hora de dormir. Sin embargo la mayoría no reconoció tener este problema y las que sí lo hicieron no todas dijeron tener problemas por su condición.

Beneficios percibidos: existe conocimiento que el consumo frecuente de verduras, frutas y agua trae beneficios, al igual que dejar de comer comida chatarra, grasosa, carne, dulces, pan, refrescos y cervezas. También hacen referencia a tener un horario de comida y el realizar ejercicio.

Barreras percibidas: las mujeres mencionaron tener barreras que les imposibilita cambiar esos hábitos inadecuados y tener un estilo de vida saludable, como el tiempo, el trabajo, las labores domésticas, las fiestas, la falta de voluntad y la pena.

Claves para la acción: Debido a que las participantes no perciben susceptibilidad y severidad en ellas con la obesidad, además de las barreras que

encuentran, es poco probable que por sí solas puedan actuar para que surja un cambio en ellas, y es quizá por esto que las capacitaciones recibidas y las campañas realizadas por el sector salud y el municipio no hayan tenido mucho impacto, además de no ser constantes ni tener en cuenta algunas de las variables aquí estudiadas. Por lo general solo se han enfocado a proporcionar información, misma que las participantes han mecanizado.

Sin embargo es necesaria una intervención intensa y constante sobre la prevención y manejo de la obesidad en la localidad, ya que de los datos epidemiológicos obtenidos en este estudio, el 63% de las participantes tuvieron obesidad y 15% sobrepeso, en general se puede decir que 78% de las participantes está por encima de su peso normal, lo que indicó que por cada mujer delgada hubo casi tres con obesidad. También es importante señalar que la obesidad es un factor de riesgo para desarrollar diabetes y que en Juchitán la prevalencia de esta enfermedad las mujeres están incrementando, así como las amputaciones de las extremidades por complicaciones de la misma.

Por lo anterior, se tienen algunas propuestas que podrían contribuir al manejo de la obesidad en esta localidad, como:

1. Realizar una propuesta comunitaria que implique cambios en el entorno, como el rescate de espacios públicos, centros recreativos y de esparcimiento para poder promover la actividad física; también incrementar las áreas verdes en espacios públicos, como la siembra de árboles en las aceras para que disminuya los efectos del sol y el calor mientras caminan. Lo anterior es porque se requiere tener un entorno que brinde las oportunidades para un cambio en el estilo de vida y su mantenimiento. Claro está que para una propuesta de esta magnitud sin duda hace necesaria la participación del municipio, los servicios de salud y la participación ciudadana.

2. Aunado a lo anterior implicaría también retomar las campañas de activación física que el municipio implementó, como la realización de zumba en diversas colonias y parques, haciendo hincapié en una modificación en los horarios para que las mujeres puedan asistir antes o una vez terminadas sus actividades de la casa y el trabajo.
3. Ampliar el programa del DIF sobre la implementación de bebederos de agua en las escuelas, añadiendo además el modificar los alimentos que se venden en las cooperativas escolares o en el interior de las escuelas, por alimentos más saludables e incrementar la actividad física en los niños.
4. Brindar talleres psicoeducativos bajo el enfoque cognitivo-conductual, para que se pueda incrementar la severidad y gravedad percibida en las mujeres respecto al problema de obesidad, y así lograr mayor concientización sobre la importancia de un cambio en el estilo de vida, un cambio en la percepción corporal, e incrementar su eficacia en el consumo de frutas, verduras, agua y la realización de actividad física.
5. Aunado al taller psicoeducativo, un taller de alimentos podría ayudar, retomando los alimentos típicos propios de la región que su preparación no contenga un aporte alto de grasas y carbohidratos. Además de reforzar el consumo de las frutas que se dan en la región y que muchas personas tienen sembradas en casa. De igual manera instruir en los ejercicios o actividades que sí podrían realizarse en casa.

6.3 Alcances y limitaciones

Este estudio aporta una visión más sobre cómo se vive la obesidad en mujeres de poblaciones consideradas indígenas; el cual muestra que la situación de la obesidad en esta localidad es grave y que puede ir aumentando si no se interviene de manera eficaz y prioritaria.

Sin embargo algunas limitaciones de este estudio residen en que el número de participantes aunque es grande, no cumple con lo requerido para una muestra representativa y así poder generalizar con más seguridad los resultados. También faltó tener grupos etarios representativos, ya que hubo participantes adolescentes hasta mujeres de la tercera edad.

En cuanto a los instrumentos utilizados, faltó utilizar la medida de circunferencia de cintura para ver cómo se relaciona con las variables estudiadas y como se asocia con el IMC y así identificar los riesgos y comorbilidades a los que están expuestas las participantes, porque aunque se tenga un IMC normal, no necesariamente se tiene una circunferencia de cintura dentro de los parámetros requeridos.

También hizo falta indagar más sobre el tipo de alimentos que se consumen en casa, para saber cuál es el patrón de consumo de los mismos, si se consumen alimentos de alta densidad energética, con qué frecuencia y si las familias de clase media-baja y baja experimentan inseguridad alimentaria.

REFERENCIAS

- Acosta Larios, L. (2011). *Intervención educativa para la prevención de obesidad en escolares de 8 a 12 años de la cabecera municipal de Tamazula de Gordiano, Jalisco*. Instituto Nacional de Salud Pública. Escuela de Salud Pública de México. Recuperado de <http://www.inspvirtual.mx/CentroDocumentacion/cwisBancoPF/SPT--BrowseResources.php?ParentId=228>
- Aekplakorn, W., Inthawong, R., Kessomboon, P., Sangthong, R., Chariyalertsak, S., Putwatana, P., & Taneepanichskul, S. (2014). Prevalence and trends of obesity and association with socioeconomic status in Thai adults: National health examination surveys, 1991-2009. *Journal of Obesity*, 2014. doi.org/10.1155/2014/410259
- Álvarez, L., Goez J., & Carreño, C. (2012). Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 98-110. Recuperado de Septiembre de 2014, de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272012000200006&lng=en&tlng=es .
- Aitsi, A., Chen, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (2013). Education is associated with lower levels of abdominal obesity in women with a non-agricultural occupation: an interaction study using China's Four Provinces survey. *BMC Public Health*, 13(1), 769–770. doi.org/10.1186/1471-2458-13-769
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C., & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34, 186–195. Recuperado de <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/3464>
- Barquera, S., Campos, N., Rojas R. & Rivera J. (2010). Obesidad en México: Epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México*, 146, 397 – 407.
- Barriga, S., León, J. M., Ballesteros, A. M., & Medina, S. (2004). El campo de acción de la Psicología de la salud. En J. M. León Rubio, S. Medina Anzano, S. Barriga Jiménez, A. Ballesteros Regaña, & I. M. Herrera Sánchez, *Psicología de la salud* (pp. 190). Barcelona, España. UOC.
- Baughcum, a E., Chamberlin, L. a, Deeks, C. M., Powers, S. W., & Whitaker, R. C. (2000). Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics*, 106(6), 1380–1386. doi.org/10.1542/peds.106.6.1380

- Bennholdt, V. (1997). El mercado: el corazón de Juchitán. En V. Bennholdt Thomson, *Juchitán, la ciudad de las mujeres*. Oaxaca, México.: Instituto Oaxaqueño de las culturas.
- Berge, J. M., Arikian, A., Doherty, W. J., & Neumark-Sztainer, D. (2012). Healthful Eating and Physical Activity in the Home Environment: Results from Multifamily Focus Groups. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44(2), 123–131. doi.org/10.1016/j.jneb.2011.06.011
- Bertran, M. (2010). Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. *Revista de Saude Coletiva*, 20(2), 387–411.
- Bertran Vila, M. (2010). Cultura alimentaria y obesidad. En E. García García, M. Kaufer Horwitz, J. Pardío, & P. Arroyo, *La Obesidad. perspectivas para su comprensión y tratamiento* (Primera ed., pág. 304). D.F. Medica Panamericana.
- Bertran, M. (2005). *Cambio alimentario e identidad de los indígenas*. México. Universidad Nacional autónoma de México.
- Binfa E., L., & Blumel M., J. E. (2001). Obesidad, estrógenos y salud de la mujer. *Revista chilena obstetricia y ginecología*, 66(4), 340-346.
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. (M. Díaz, Trad.) Madrid, España: PARANINFO, THOMSON LEARNING.
- Burkman, R. T. (2009). *Obesity and Women's Health Fememle Patient*. Nov; 34(11): 12–13.
- Campbell, H. B., & Tappan, M. (1989). La COCEI: cultura y etnicidad politizadas en el Istmo de Tehuantepec. *Revista Mexicana de Sociología*, 51(2), 247-263. doi:DOI: 10.2307/3540686
- CDI. (2012). Los Pueblos Indígenas de México. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Recuperado de http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=1387&Itemid=24
- CDI. (2010). Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas. Obtenido de Catalogo de localidades indígenas 2010.: Recuperado de

http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=2578:catalogo-de-localidades-indigenas-2010&catid=38:indicadores-y-estadisticas&Itemid=54

CDI. (2010). Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Obtenido de Catalogo de localidades indígenas 2010. : Recuperado de http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=2578&Itemid=24

CDI. (2010). Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Obtenido de Cédulas de información básica de los pueblos indígenas de México. Recuperado de : http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=1327:cedulas-de-informacion-basica-de-los-pueblos-indigenas-de-mexico-&catid=38:indicadores-y-estadisticas&Itemid=54

Cerón, P., Robledo, C., Sánchez, C., Del Río, A.; Pedrosa L., Reyes, H., Cerón, B., Ordaz, G., & Olaiz, G. (2007). Análisis de género e investigación en salud. Secretaria de Salud. *Compilación. Una mirada de género en la investigación en salud pública en México* (Primera Edición ed., pág. 215). México, D.F.: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

CIEDD. (2012). Día internacional de los pueblos indígenas. Oaxaca, México. Recuperado de http://www.ciedd.oaxaca.gob.mx/info/pdf/09ago_dipi.pdf

Contreras Hernández, J. (2005). La obesidad : una perspectiva sociocultural. *Zainak*, 27, 31–52.

CONAPO. (2011). Comunicado de prensa. Group Communications Roche. México, D. F. Retrieved from http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2457/2/images/Dia_Internacional_de_la_Mujer_2015.pdf

Cruz , M., Tuñón, E., Villaseñor, M., Álvarez, G. C., & Nigh-nielsen, R. (2012). Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas chontales de Tabasco , México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 9, 1–22.

Dávila, G. Y.,(2006). Construcción sociocultural de la obesidad. *Gaceta Urbana*. 32–34. México, D.F. Recuperado de http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=ARTICULO&id=5713&archivo=14-379-5713ezc.pdf&titulo=Construcción sociocultural de la obesidad1988 to 2012. *PLoS ONE*, 9(3), 1–9. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0090195>

- De Lara, M., Bets, L. (Productores), & De Lara, M. (Dirección). (2000). *Mitos y mitotes del falso matriarcado juchiteco* [Película]. México: CONACULTA-FONCA. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=Ue8EUv4Cum8>
- EBCOG SCIENTIFIC COMMITTEE. (2014). Obesity and Women ' s Health. *Facts Views Vis OBGYN*, 6(2), 175–176.
- ENSANUT. (2012). *Evidencia para la política pública en salud en obesidad en adultos : los retos de la cuesta abajo*. México.
- ENSANUT. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Ferrer, C. P., McMunn, A., Rivera, J. A., & Brunner, E. J. (2014). Educational inequalities in obesity among Mexican women: Time-trends from 1988 to 2012. *PLOS ONE*, 9(3), 1–9. doi.org/10.1371/journal.pone.0090195
- Fidalgo, P., Mansoux, N. (Productores), Fidalgo, P., & Mansoux, N. (Dirección). (2001). *De paso por Juchitán* [Película]. México. Recuperado el 07 de junio de 2014
- Franklin, B., Jones, A., Love, D., Puckett, S., & Macklin, J. (Febrero de 2012). Exploring Mediatas of Insecurity and obesity: A reiew of recent literature. *Journal of Community Healt*, 37, 253-264. doi:10.1007/s109011-9420-4
- Frongillo, E. a., & Bernal, J. (2014). Understanding the Coexistence of Food Insecurity and Obesity. *Current Pediatrics Reports*, 2(4), 284–290. doi.org/10.1007/s40124-014-0056-6
- FUNSALUD. (2002). *Obesidad/Consenso*. México: McGraw-Hill.
- García, M., Pardío, J., Arroyo, P., & Fernández , V. (2008). Dinámica familiar y su relación con hábitos alimentarios. *Estudios Sobre las Culturas Contemporáneas.*, XIV(027), 9–46.
- García, M. (2010). Adquisición y consumo de alimentos, ingreso económico y organización de la familia: implicaciones para el riesgo de obesidad. En E. García García, M. Kaufer Horwitz, J. Pardío, & P. Arroyo. *La Obesidad. perspectivas para su comprensión y tratamiento* (Primera ed., pág. 304). D.F.: Medica panamericana.

- García García, E., Kaufer Horwitz, M., Pardío, J., & Arroyo, P. (2010). *La obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, A.C. ; Editorial Médica Panamericana .
- García, E.C., & García, I. (2004). Los estereotipos de mujer en la publicidad actual. *Questiones Publicitarias*, 1(9), 43–64. Recuperado de http://www.maecei.es/pdf/n9/articulos/los_estereotipos_de_mujer_en_la_publicidad_actual.pdf
- Gieleber, C. (1997). La política es asunto de hombres. La COCEI y las mujeres. En V. Bennholdt Thomsen, *Juchitán, la ciudad de las mujeres*. México, D.F.: Instituto Oaxaqueño de las Culturas, Fondo Estatal para la Cultura y las Artes.
- Gómez, A. (2012). *Taladxi; un espacio deportivo cotidiano para la creación social y cultural de los deseos masculinos en el contexto Juchiteco*. Juchitán.
- Gosling, M. (Productor), Gosling, M., & Osborne, E. (Dirección). (2000). *Ramo De Fuego* [Película]. México/USA. Recuperado el 8 de Junio de 2014, de <https://www.youtube.com/watch?v=uRVbEGZ-FAQ>
- Gracia Arnaiz, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública*, 49(3), 236-242.
- Guzman, R. M., Del Castillo, A., & García, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. En J. A. Morales Gonzalez. *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo .
- Heather, G. (2011). Food insecurity and obesity: Understanding the connections. *Food Research and Action Center*, 4–5. Recuperado de http://frac.org/pdf/frac_brief_understanding_the_connections.pdf
- Hernández, N. A., & Sánchez, J. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo Conductual para Trastornos de Salud* (Primera Edición ed.). México
- Hernández, H. (2010). Modelo de Creencias de Salud y Obesidad. Un Estudio de los Adolescentes de la Provincia de Guadalajara(Tesis doctoral).
- Herrera, E., García, E. A., Méndez E., José G. López, O. L. (2012). Sobrepeso y obesidad en indígenas Nahuas de Ixtaczoquitlán, Veracruz, México. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica.*, 29(3), 5–9.

- Holzer, B. (1997). Los oficios de las mujeres. En V. Bennholdt Thomsen, Juchitán, ciudad de las mujeres. México, D.F.: Instituto Oaxaqueño de las Culturas, Fondo Estatal para la Cultura y las Artes.
- INEGI. (2010). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/iter/default.aspx?ev=5>
- INMUJERES. (2006). *Las mujeres indígenas de México: su contexto socioeconómico, demográfico y de salud*. (INMUJERES, Ed.) (Primera ed). México, D.F.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2015). Situación social de los pueblos indígenas. Recuperado de <http://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-y-grupos-vulnerables/investigacion/situacion-social-de-los-pueblos-indigenas.html>
- Jiménez, E. G., Cordero, M. J. A., García, C. J. G., López, P. G., & Ferre, J. Á. (2012). Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). *Nutrición Hospitalari*. 27(1), 177–184. doi.org/10.3305/nh.2012.27.1.5424
- Jiménez, G. (2005). *Juchitán, testimonios de un pueblo mágico*. Oaxaca, México: Instituto Oaxaqueño de las Culturas .
- Jiménez, M. (2014). Practican Besibol Zapotecas. *Azteca Noticias*. (R. Saltran Guzman, Entrevistador) Canal / Monterey. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=VZc4BISgEoA>
- Kaiser, L. L., Townsend, M. S., Melgar, H. R., Fujii, M. L., & Crawford, P. B. (2004). Choice of instrument influences relations between food insecurity and obesity in Latino women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 80(5), 1372–1378
- Korbman De Shein, R. (2010). Obesidad en adultos. Aspectos médicos, sociales y psicológicos. *Anales Médicos*. 55, 142–146. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc103f.pdf>
- Labañino, A., Pérez, J., Duarte, E., & Felipe, V. (2012). Situación social y el estilo de vida de la mujer a través de la historia. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*, 3(3). Recuperado de <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/viewArticle/70>
- Laguna, A. (2005). Determinantes del sobrepeso: Biología, psicología y ambiente. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 13(4), 197-207.

- Lara, B., Flores, Y., Alatorre, M. A., Sosa, R. S., & Cerdas, R. M. (2011). Percepción materna de sobrepeso-obesidad infantil y riesgos de salud en Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. *Salud Pública de México*, 53(3), 258-263.
- Larrañaga, M., & Echebarría, C. (2004). Actividad laboral femenina en España e igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, (55), 65–82.
- León, J. M. (2004). Fundamentos de la Psicología de la Salud. En J. M. León Rubio, S. Medina Anzano, S. Barriga Jiménez, A. Ballesteros Regaña, & I. M. Herrera Sánchez, *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida* (pág. 195). Barcelona: UOC.
- León, J. M., & Medina Anzano, S. (2004). Definición y delimitación conceptual de la Psicología de la salud. En J. M. León Rubio, S. Medina Anzano, S. Barriga Jiménez, A. Ballesteros Regaña, & I. M. Herrera Sánchez, *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida* (pág. 195). Barcelona, España: UOC.
- Lerin, S., & Miano M. (2007). Mujeres y hombres bebiendo cerveza: Etnografía del consumo de alcohol en una comunidad zapoteca del istmo de tehuantepec. En Secretaria de Salud. *Una mirada de género en México*. (Primera Edición ed., pág. 205). D.F., México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- López, A. (2010). Suceptibilidad epigénética para la obesidad: programación fetal. En E. García García, J. P. Kaufer Horwitz, & P. Arroyo, *La obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento* (Primera ed., pág. 304). D.F., México: Medica panamericana.
- Marín, A. D., Sánchez, G., & Maza, L. L. (2013). Prevalencia de obesidad y hábitos alimentarios desde el enfoque de género: el caso de Dzuntón, Yucatán, México. *Estudios Sociales*, 22, 64-90.
- Martin, K. S., & Ferris, A. M. (2007). Food Insecurity and Gender are Risk Factors for Obesity. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(1), 31–36. doi.org/10.1016/j.jneb.2006.08.021
- Martínez, C., & Navarro, G. (2014). Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*. 52(Supp 1), 94–101. Recuperado de

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=96136855&lang=es&site=ehost-live>

- Medina, C., Janssen, I., Campos, I., & Barquera, S. (2013). Physical inactivity prevalence and trends among Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey (ENSANUT) 2006 and 2012. *BMC Public Health*, 13, 1063. doi.org/10.1186/1471-2458-13-1063
- Medina, S., & León, J. M. (2004). Modelos explicativos de la psicología de la salud. En J. M. León Rubio, *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida* (pág. 195). Barcelona, España: UOC.
- Medina, F., Aguilar, A., & Solé-Sedeño, J. (2014). Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 34, 67-71. doi:10.12873/341medina
- Miguel, E. & Niño, A. (2009). Consecuencias de la obesidad. *Acimed*, 20(4), 84–92.
- Monerero, S., Iglesias, P., & Guijarro de Armas, G. (2012). *Nuevos retos en la prevención de la obesidad: tratamientos y calidad de vida*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Morales, M.D, Mendez, H. I., Shamah, T., Valderrama, Z., & Melgor, H. (2014). La inseguridad alimentaria está asociada con mujeres adultas de México. *Salud Pública de México*, 56(1).
- Morandé, G., Graell, M., & Blanco, M. A. (2014). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad*. Editorial Médica Panamericana.
- Morgado, E., & Caba, M. S. (2008). Grelina : Una hormona reguladora de la ingesta de alimento y del peso corporal. *Red Médica Universidad Veracruzana*, 8(2), 35–40. Recuperado de https://www.uv.mx/rm/num_antteriores/revmedica_vol8_num2/articulos/grelina.pdf
- Morrison, V. & Bennett P. (2008). *Psicología de la Salud* (Moreno, Trad.) Madrid, España: PEARSON Prentice Hall.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-088-SSA3-2010, para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. (2010). *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010

Ocampo, P., & Pérez, A. N. (2010). Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad. *Semergen*, 36(6), 325–331. doi.org/10.1016/j.semereg.2010.01.006

OCDE. (2013). *Panorama de la Salud 2013*. Obtenido de México debe combatir el aumento de la obesidad. Recuperado de http://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2013-Press-Release-Mexico_in-Spanish.pdf

OMS (2009). *Organización Mundial de la Salud*. Controlar los factores de riesgo para la salud podría prevenir millones de muertes. Recuperado de : http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/health_risks_report_20091027/es/

OMS (2012). *Organización Mundial para la Salud*. Sobrepeso y Obesidad. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

OMS (2012). *Organización Mundial para la Salud*. Inactividad física: un problema de salud pública mundial. Recuperado de: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/#

OMS (2014). *Organización Mundial para la Salud*. Recuperado el 16 de junio de 2014, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>

OMS (2015). *Nota descriptiva*. Obtenido de Enfermedades no transmisibles. Recuperado el 23 de marzo de 2015, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

Orozco, G. (1946). *Tradiciones y leyendas del istmo de Tehunatepec*. México: Revista musical mexicana.

Ortiz, L., & Rivera, J. A. (2010). Inseguridad alimentaria y riesgo de obesidad. En E. García García, M. Kaufer Horwitz, J. Pardío, & P. Arroyo, *La Obesidad. Perspectiva para su comprensión y tratamiento* (Primera ed., pág. 304). D.F., México: Médica panamericana.

- Oswald, U. (1997). El alimento como vehículo de bienestar individual y social. En V. Bennholdt Thomson, *Juchitán, la ciudad de las mujeres*. Oaxaca: Instituto Oaxaqueño de las Culturas
- Patenain, L. (2011). *Efectos del estrés durante diferentes etapas del ciclo vital, sobre el desarrollo de la obesidad inducido por la dieta*. Pamplona, España: Facultad de Farmacia.
- Pavon de Paz, I., Alameda, C., & Olivar, J. (2006). Obesidad y menopausia. *Nutrición hospitalaria*, 21(6), 633-637. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n6/revision.pdf>
- Pérez- Gil, S. E., & Romero, G. (2010). Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: percepción y deseo. *Salud Pública de México*, 52, 111-118.
- Pérez-Gil, S. E.(2009). Cultura alimentaria y obesidad. *Gaceta Médica, México*, 145(5), 392-995
- Pérez-Gil, S. E., & Romero, G. (2008). Imagen corporal en mujeres rurales de la Sierra Juárez y la costa de Oaxaca : una aproximación nutrio-antropo-lógica. *Estudios Sociales*, 16(32), 1–34.
- Ponce, G., Sotomayor, S. M., Salazar, T., & Bernal, M. L. (2010). Estilos de vida en escolares con sobrepeso y obesidad en una escuela primaria de México D. F. *Revista Enfermería Universitaria ENEC-UNAM*, 7(4), 21-28.
- PNUD. (2010). *Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México*. México.
- Ramírez, M. (2007). Promoción de la salud y prevención: acciones psicológicas. En M. Ramírez Guerrero, & E. Cortés Vázquez, *Psicología, Salud & Educación. Avances y perspectivas en América Latina* (Primera Edición ed., pág. 328). D.F., México: Amapsi.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky Families: Family Social Enviroments and the Mental and Physical Health of offspring. *Psychologica Bulletin*, 128(2). doi:10.1037//0033-2909.128.330

- Sánchez H., C. (Productor), & Sánchez H., C. (Dirección). (2012). *Las Velas de Juchitán* [Película]. México. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=ZCil3nn3ydl>
- Sassi, F., Devaux, M., Cecchini, M., Borgonovi, F., & Church, J. (2011). Exploring the Relationship Between Education and Obesity. *OECD Journal: Economic Studies*, 2011(1), 121–159. doi.org/10.1787/eco_studies-2011-5kg5825v1k23
- Sement De diego, O. (Productor), Navles, O., Sement De diego, O. (Escritores), & Sement De diego, O. (Dirección). (2010). *Voces de Juchitán / Stidxha Guidxi Guie'* [Película]. México. Recuperado el 26 de 05 de 2014, de <https://www.youtube.com/watch?v=lbVK776Nkvg>
- Serralde, A. E., & Gabriela, O. C. (2010). Obesidad en los niños y adolescentes. En E. García García, J. Kaufer Horwitz, & P. Arroyo, *La obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento*. (Primera edición ed., pág. 304). D.F., México: Medica Panamericana.
- Silencio, J. L. (2010). Enfermedades y farmacos que favorecen la obesidad. En J. A. Morales Gonzalez, *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Silva, C., & Sanchez Sosa, J. J. (2006). Ambiente Familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 173-183.
- Sobal, J., & Bisogni, C. A. (2009). Constructing food choice desisions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38, 37-46. doi:10.1007/s12160-009-9124-5
- Solís, P., Díaz, M. ., Medina, Y., & Barranco, L. (2008). Valoración objetiva del estilo de crianza y las expectativas de parejas con niños pequeños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 305–319.
- Sorlí, J. V. (2008). *Obesidad y alteraciones metabólicas: factores genéticos y ambientales en la población mediterránea*. Universidad de Valencia.
- SSO. (2014). *Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Estrategia Estatal para la Prevención*. Recueprado de: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EstrategiaSODOaxaca.pdf>
- Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la Salud*. (M. d. Hano Roa, & G. Sánchez Pérez, Trads.) D.F., México: McGraw-Hill Interamericana de España.

- Tena, A., & Debby, B. (2010). Alimentación Sana. En L. A. Oblitas Guadalupe, *Psicología de la salud y calidad de vida* (Tercera ed.). D.F., México: CENGAGE Learning.
- Tortosa, J. M. (2009). Feminización de la pobreza y perspectiva de género. *Revista Internacional de Organizaciones (RIO)*, 3, 71–89. doi.org/10.17345/rio3.71-89
- Velasco, A. (2010). Obesidad fetal, neonatal, del lactante y del preescolar. En E. García García, M. Kaufer Horwitz, J. Pardío, & P. Arroyo, *La obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento* (Primera ed., pág. 304). D.F., México: Medica panamericana.
- Wethington, E., & Johnson, W. L. (2009). Contributions of the life course perspective to research on food decision making. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(Suplemento 1), 1-11. doi:10.1007/s12160-009-9123-6
- Zuñiga, A. E., & Contreras, G. (2010). Obesidad en los niños y adolescentes. En E. García García, & Kaufer Horwitz, *La Obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento* (Primera ed., pág. 304). D.F.: Medica panamericana.

APÉNDICE A.

Tabla 8. Tabla de Registros

Nombre:		Edad		
Dirección:				
Medidas	Total	Normal	En riesgo	Observaciones
Peso				
Talla				
CC				
IMC				

Familiares Con diabetes	Si	No	Padre Madre Hermano Hermana Hijo	
Familiares Con Hipertensión	Si	No	Padre Madre Hermano Hermana Hijo	
Familiares Con Obesidad	Si	No	Padre Madre Hermano Hermana Hijo	

APÉNDICE B.

INVENTARIO DE INTERACCIÓN FAMILIAR

A continuación, conteste por favor las siguientes preguntas, también en su hoja e respuestas

1. Mi edad:

- a. De 15 a 20 años
- b. De 21 a 30 años
- c. De 31 a 40 años
- d. De 40 a 50 años
- e. De 50 a 60 años
- f. Más de 60 años

2. Sexo:

a- Masculino

b- Femenino

3. Mi estado civil (marque uno):

- a. Soltero (a)
- b. Casado(a)
- c. Unión libre
- d. Separado (a) o divorciado (a)
- e. Viudo (a)

4. Si es casado(a) o vive en unión libre, ¿desde cuándo?

- a. Hace menos de un año
- b. De uno a dos años
- c. De dos a tres años
- d. De tres a cinco años
- e. Cinco años o más

5. En mi educación escolar llegué hasta:

- a. Nunca fui a la escuela
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Comercio o técnico
 - e. Bachillerato
 - f. Profesional o superior
6. Mi lugar de nacimiento es:
- a. Distrito Federal
 - b. Interior de la República
 - c. Extranjero
7. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), la situación económica de mi familia podría describirse como
- a. En asistencia social o beneficencia
 - b. Clase trabajadora
 - c. Clase media-baja
 - d. Clase media
 - e. Clase media-alta
 - f. Clase alta
8. He vivido en la Ciudad de México durante:
- a. Menos de un años
 - b. De uno a cinco años
 - c. De seis a diez años
 - d. De diez a veinte años
 - e. Más de veinte años
9. En total tengo:
- a. Cero hermanos(as)
 - b. Un hermano (a)
 - c. Dos hermanos(as)

- d. Tres hermanos(as)
- e. De cuatro a seis hermanos(as)
- f. Siete o más hermanos(as)

10. Mi lugar en el orden de nacimiento de mis hermanos(as) es, soy el (la):

- a. Primero(a)
- b. Segundo(a)
- c. Tercero(a)
- d. Cuarto(a)
- e. Quinto(a) o posterior
- f. Último

11. El hermano(a) de mi mismo sexo, que me sigue (mayor) es (número de años) mayor que yo:

- a. Uno
- b. Dos
- c. Tres
- d. Cuatro
- e. Cinco
- f. Seis o más

12. En general, mi relación con mi(s) hermano(s)(as) ha sido:

- a. Muy mala
- b. Mala
- c. Regular
- d. Buena
- e. Muy buena

13. Pienso que mis padres preferían alguno(s) de mis hermanos(as) más que a mí:

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (de 20% al 40%) del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)

- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre o casi siempre (mas del 80% del tiempo)

14. De chico(a), (como hasta los 14 años de edad) me crié principalmente con:

- a. Mis padres naturales
- b. Con mi padre
- c. Con mi madre
- d. Con uno de mis padres y padrastro o madrastra
- e. Padres adoptivos u otros parientes o familiares
- f. En un orfanato, casa hogar u otra institución

SI SUS PADRES VIVEN, PASE A LA PREGUNTA 19

15. Mi edad al morir mi padre era:

- a. De cero a 5 años
- b. De 6 a 10 años
- c. De 11 a 15 años
- d. De 16 a 20 años
- e. De 21 a 25 años
- f. 26 años o más

16. La causa de su muerte fue:

- a. Edad avanzada o causas naturales
- b. Enfermedad
- c. Accidente
- d. Agresión violenta
- e. Suicidio
- f. Otra

17. MI edad al morir mi madre era:

- a. De cero a 5 años
- b. De 6 a 10 años
- c. De 11 a 15 años

- d. De 16 a 20 años
- e. De 21 a 25 años
- f. 26 años o mas

18. La causa de su muerte fue:

- a. Edad avanzada o causas naturales
- b. Enfermedad
- c. Accidente
- d. Agresión violenta
- e. Suicidio
- f. Otra

19. Mi padre dejó de vivir conmigo cuando yo tenía:

- a. De cero a 5 años
- b. De 6 a 12 años
- c. De 13 o más años
- d. A veces sí y a veces no
- e. Siempre vivió o ha vivido conmigo

20. La causa por la que no viví con alguno de mis padres fue:

- a. Separación o divorcio de mis padres
- b. Muerte de alguno de mis padres
- c. Por el trabajo de alguno de mis padres
- d. Por la situación económica
- e. Por alguna otra razón

21. Mi padre (o tutor) tomaba mucho alcohol:

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

22. Mi padre (o tutor) usaba drogas:

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

23. En general, la forma como se llevó (o llevaba) con mi padre (o tutor) es (o era):

- a. Muy buena
- b. Buena
- c. Regular
- d. Mala
- e. Muy mala

24. El más alto nivel escolar que alcanzó mi padre (o tutor) es (era):

- a. Ninguno
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Comercio o técnico
- e. Bachillerato
- f. Profesional o superior

25. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), mi padre (o tutor) mostraba interés en mis opiniones:

- a. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f. Nunca

26. Cuando yo era niño(a) (como hasta los 14 años de edad), mi madre (o tutora) vivía con nosotros en la misma casa:

- a. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)

27. Mi padre (o tutor) tomaba mucho alcohol:

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20 a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

28. Mi madre (o tutora) usaba drogas:

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

29. En general, la manera como me llevo (o llevaba con mi madre (o tutora es (o era):

- a. Muy buena
- b. Buena
- c. Regular
- d. Mala
- e. Muy mala

30. El más alto nivel escolar que alcanzó mi madre (o tutora) es (era):

- a. Ninguno
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Comercio o técnico
- e. Bachillerato
- f. Profesional o superior

31. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), mi madre (o tutora) mostraba interés en mis opiniones:

- a. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f. Nunca

32. Mi padre (o tutor) y yo platicábamos como buenos amigos(as):

- a. Casi diario
- b. Como una vez a la semana
- c. Como una vez al mes
- d. Como una vez cada tres meses
- e. Como dos veces al año
- f. Una vez al año o menos

33. Mi madre (o tutora) y yo platicábamos como buenos amigos(as):

- a. Casi diario
- b. Como una vez a la semana
- c. Como una vez al mes
- d. Como una vez cada tres meses
- e. Como dos veces al año
- f. Una vez al año o menos

34. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba):
- a. Casi diario
 - b. Como una vez a la semana
 - c. Como una vez al mes
 - d. Como una vez cada tres meses
 - e. Como dos veces al año
 - f. Una vez al año o menos
35. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba):
- a. Casi diario
 - b. Como una vez a la semana
 - c. Como una vez al mes
 - d. Como una vez cada tres meses
 - e. Como dos veces al año
 - f. Una vez al año o menos
36. El dolor físico producido por el castigo (de mi madre o padre) duraba:
- a. Minutos
 - b. Horas
 - c. Días
 - d. Semanas
 - e. Meses
37. Mi padre (o tutor) decía cosas de mí, que querían decir que yo era “tonto(a)” o “inútil”, o me comparaba negativamente con otros(as):
- a. Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
 - b. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - c. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - e. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 - f. Nunca

38. Mi madre (o tutora) decía cosas de mí, que querían decir que yo era “tonto(a)” o “inútil”, o me comparaba negativamente con otros(as):
- Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
 - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 - Nunca
39. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, yo sí me lo merecía:
- Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
 - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 - Nunca
40. Cuando mi padre (o tutor) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:
- Nunca
 - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
41. Cuando mi madre (o tutora) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:
- Nunca
 - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)

- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

42. Yo tenía confianza con mi padre (o tutor) como para platicarle algo muy personal de mí mismo(a):

- a. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f. Nunca

43. Yo tenía confianza con mi madre (o tutora) como para platicarle algo muy personal de mí mismo(a):

- a. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f. Nunca

44. Se me permitía (o permite) escoger a mis propios amigos(as):

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí a veces no(40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

45. Se me permitía (o permite) decidir cómo pasar mi tiempo libre:

- a. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)

- c. A veces sí a veces no(40% a 60% del tiempo)
- d. Pocas veces (20%a 40% del tiempo)
- e. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f. Nunca

46. Mi padre (o tutor) me muestra (mostraba) su afecto o cariño:

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20%a 40% del tiempo)
- d. A veces sí a veces no(40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

47. Mi madre (o tutora) me muestra (mostraba) su afecto o cariño:

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20%a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

48. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil mi padre (o tutor) me apoyaba o me reconfortaba:

- a. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c. A veces sí a veces no(40% a 60% del tiempo)
- d. Pocas veces (20%a 40% del tiempo)
- e. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f. Nunca

49. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil mi madre (o tutora) me apoyaba o me reconfortaba:

- a. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c. A veces sí, a veces no(40% a 60% del tiempo)
- d. Pocas veces (20%a 40% del tiempo)
- e. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f. Nunca

50. De chico(a) yo me enfermaba:

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20%a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

51. Cuando yo hacía un esfuerzo especial para hacer algo bien, me lo reconocían:

- a. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c. A veces sí, a veces no(40% a 60% del tiempo)
- d. Pocas veces (20%a 40% del tiempo)
- e. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f. Nunca

52. Mis padres (naturales o adoptivos) se mostraban cariño o amor el uno al otro:

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20%a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

53. Mis padres (naturales o adoptivos) se peleaban discutiendo o gritando:

- a. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c. A veces sí, a veces no(40% a 60% del tiempo)
- d. Pocas veces (20%a 40% del tiempo)
- e. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f. Nunca

54. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, también usaban violencia física (jalones, empujones, golpes, etc):

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20%a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

55. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, lo hacían enfrente de mi y/o de mis hermanos(as):

- a. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c. A veces sí, a veces no(40% a 60% del tiempo)
- d. Pocas veces (20%a 40% del tiempo)
- e. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f. Nunca

56. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, amenazaban con dejarse, separarse o divorciarse:

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20%a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)

f. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

57. Cuando yo era chico(a), aparte de mis padres (naturales o adoptivos), había otro(a) adulto(o) que era(n) importante(s) para mi:

a. Sí

b- No

58. Si respondió "sí", este (o estos) adulto(s) era(n) (señale sólo el más importante):

a. Un hermano mayor o hermana mayor

b. Un tío o tía

c. Un abuelo o abuela

d. Padrastro o madrastra

e. Otro pariente

f. Un(a) vecino(a) o conocido(a)

59. Durante mi niñez o adolescencia temprana, tuve experiencias emocionalmente fuertes, negativas o que me angustiaron mucho:

a. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

b. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)

c. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)

d. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)

e. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)

f. Nunca

60. La más importante de esas experiencias fue:

a. Asalto, suceso violento o maltrato fuerte

b. Violación

c. Accidente

d. Enfermedad

e. Muerte o pérdida de un ser querido

f. Cárcel

61. Todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable:

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20%a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

62. Cuando era chico(a), alguien abusó sexualmente de mí:

- a. Una vez
- b. De 2 a 3 veces
- c. De 4 a 5 veces
- d. Más de 5 veces
- e. Nunca

63. La persona que abusó de mí fue:

- a. Alguno de mis padres
- b. Padrastro o madrastra
- c. Pariente que vivía en la misma casa
- d. Pariente lejano
- e. Amigo
- f. Desconocido

64. Esta persona abusó sexualmente de mí:

- a. Una vez
- b. Pocas veces
- c. Frecuentemente

65. En la escuela sacaba (saco) malas calificaciones:

- a. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c. A veces sí, a veces no(40% a 60% del tiempo)
- d. Pocas veces (20%a 40% del tiempo)

- e. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f. Nunca

66. Actualmente practico un deporte o actividad física aproximadamente:

- a. Diariamente
- b. Dos veces a la semana
- c. Tres veces a la semana
- d. Una vez a la semana
- e. Ocasionalmente
- f. Realmente no practico ninguno

67. En la escuela yo hacía (hago) amistades:

- a. Con mucha dificultad
- b. Con dificultad
- c. Ni fácil ni difícilmente
- d. Con facilidad
- e. Con mucha facilidad

68. ¿Tuvo algún amigo(a) que fuera cercano(a) o íntimo(a)?

- a- Sí
- b – No

69. Actualmente, ¿tiene amigo(s) que considere cercano(s) o íntimo(s)?

- a - Sí
- b - No

70. Actualmente:

- a. Trabajo
- b. Estoy desempleado
- c. Soy estudiante
- d. Me dedico al hogar

71. Mensualmente gano aproximadamente en salarios mínimos:

- a. Uno o menos
- b. Dos o tres
- c. Cuatro o cinco
- d. Seis a siete
- e. Ocho a nueve
- f. Diez o más

72. ¿Cuántos trabajos ha tenido en los últimos dos años?

- a. Ninguno
- b. Uno
- c. Dos
- d. Tres
- e. Cuatro o más

73. Me siento satisfecho con mi presente trabajo:

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20%a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

74. He pensado en dejar este trabajo:

- a. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c. A veces sí, a veces no(40% a 60% del tiempo)
- d. Pocas veces (20%a 40% del tiempo)
- e. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f. Nunca

75. Mis relaciones con mis compañeros de trabajo son (o eran), (como se lleva o se llevaba con ellos):

- a. Muy malas
- b. Malas
- c. Regulares
- d. Buenas
- e. Muy buenas

76. Mis relaciones con mis jefes en el trabajo son (o eran):

- a. Muy malas
- b. Malas
- c. Regulares
- d. Buenas
- e. Muy buenas

77. Cuando en el trabajo yo soy quien supervisa o da las órdenes, mis relaciones con mis subordinados son (por ejemplo qué tanto se quejan o quejaban de mí):

- a. Muy malas
- b. Malas
- c. Regulares
- d. Buenas
- e. Muy buenas

78. Este trabajo me produce mucho estrés, desgaste o cansancio:

- a. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c. A veces sí, a veces no(40% a 60% del tiempo)
- d. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f. Nunca

79. Tuve relaciones sexuales por primera vez como a los:

- a. Antes de los 10 años
- b. De 11 a 14 años

- c. De 15 a 17 años
- d. De 18 en adelante
- e. No he tenido relaciones

80. Tuve mi primera eyaculación/orgasmo como a los:

- a. Antes de los diez años
- b. De 11 a 14 años
- c. De 15 a 17 años
- d. De 18 en adelante
- e. No he tenido

81. La situación en la que la sucedió fue:

- a. Yo sólo(a)
- b. Con mi novio(a)
- c. Con un pariente
- d. Con mi esposo(a)
- e. Con un extraño o desconocido

82. Prefiero masturbarme a tener relaciones sexuales con otra persona:

- a. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c. A veces sí, a veces no(40% a 60% del tiempo)
- d. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f. Nunca

83. Creo que mi vida sexual es:

- a. Muy satisfactoria
- b. Satisfactoria
- c. Un poco satisfactoria
- d. Un poco insatisfactoria
- e. Insatisfactoria
- f. Muy insatisfactoria

84. (Si es casado(a) o vive en unión libre). Tuve relaciones sexuales antes del matrimonio (o de juntarnos):

- a. Sí
- b. No

85. La decisión de casarnos o vivir juntos fue:

- a. Principalmente mía
- b. Por embarazo
- c. Por razones de dinero
- d. Ambos lo decidimos por igual
- e. Principalmente de mi pareja

86. He tenido relaciones sexuales fuera de mi matrimonio (o mi unión libre):

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

87. De cada diez encuentros sexuales, llego al orgasmo en :

- a. Ninguno
- b. De 1 a 2
- c. De 3 a 4
- d. De 5 a 6
- e. De 7 a 8
- f. De 9 a 10

88. Tengo (número)...hijos(as):

- a. Ninguno
- b. Uno
- c. Dos

- d. Tres
- e. Cuatro
- f. Cinco o más

89. Hubiera preferido tener a mi(s) hijo(s) en otro momento de mi vida:

- a. Sí
- b. No

90. Actualmente vivo:

- a. Con mis padres (naturales o adoptivos)
- b. Con otros parientes
- c. Con amigos o conocidos
- d. Solo(a)
- e. Con mi pareja y /o mis hijos

91. Actualmente vivo en:

- a. Casa propia
- b. Casa rentada
- c. Departamento o condominio propio
- d. Departamento rentado
- e. En ningún lugar en particular (donde puedo)
- f. Otro lugar

92. El número de recámaras en mi vivienda actual es:

- a. Una
- b. Dos
- c. Tres
- d. Cuatro
- e. Cinco
- f. Seis o más

93. El número total de personas que vivimos en mi vivienda actual es:

- a. Una
- b. Dos

- c. Tres
- d. Cuatro
- e. Cinco
- f. Seis o más

94. En cuanto a mi (nuestras) condiciones de vida actuales pienso que:

- a. Nos sobra espacio
- b. Tenemos suficiente espacio para todos
- c. Estamos un poco amontonados
- d. Estamos amontonados
- e. Estamos muy amontonados

95. Creo que se me ha tratado mal por razón de mi aspecto, color, religión origen o nacionalidad:

- a. Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c. A veces sí, a veces no(40% a 60% del tiempo)
- d. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f. Nunca

96. Esto me ha pasado en (marque el más importante):

- a. El trabajo o la escuela
- b. El vecindario o barrio
- c. Los lugares donde hago compras
- d. Reuniones sociales
- e. Hoteles o restaurantes
- f. Otro lugar o situación

97. Mi religión es la:

- a. Católica
- b. Judía
- c. Protestante
- d. Islámica
- e. Otra
- f. Ninguna

98. Soy:

- a. Nada religioso(a)
- b. Un poco religioso(a)
- c. Medianamente religioso(a)
- d. Religioso(a)
- e. Muy religioso(a)

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN Y PACIENCIA!

APÉNDICE C

Preguntas utilizadas para la entrevista del grupo focal

¿Qué opinan de que la obesidad es un problema de salud?

¿Cuáles son las características de las personas gorditas?

¿Consideran que en Juchitán somos más gorditos que en otros lugares?

¿Qué costumbres la favorecen? ¿Quiénes en su familia son gorditos y qué problemas tienen por esto?

¿A qué se debe que la gente no hace ejercicio?

APÉNDICE D



Juchitecas durante la revolución.
Fotografía tomada de



"Mitin"

Fotografía: Marco Antonio Cruz

APÉNDICE E COMERCIO



"El palacio municipal y el comercio"
Fotografía tomada del libro "Juchitán, testimonio de un pasado mágico"



"Día de Mercado 1948"
Fotografía: Janice Waltzer



"Comerciantes dentro del mercado"
Fotografía: Francisco Ramos



"Comerciantes afuera del palacio municipal"
Fotografía tomada de la página de facebook de Juchitán

APÉNDICE F
MUXHES



Fotografía tomada de la página de Facebook de Juchitán



Fotografías: Deborah Bonello

APÉNDICE G

LAS VELAS



Labrada de cera
Fotografía: Arturo López Benavides



“Llegando a la Vela”



*“Bailando un son Istmeño”
Fotografía: Tomada de la página de Facebook de Juchitán*



La Reina”



"Entrega de la Mayordomía"



"Disfrutando la fiesta"
Fotografías tomadas de la página de facebook de Juchitán

APÉNDICE H
“HACIENDO LA BOTANA”



Fotografía: Francisco Ramos
Fotografía: Arturo López Benavides



APÉNDICE I
“LA REGADA”



“Mayordomos”

Fotografía tomada de la página de facebook de Juchitán



Carreta Guie

Fotografía: Arturo López Benavides



Fotografías: Aladar Sánchez





*“Capitán”
Fotografía tomada de la página de facebook de Juchitán*



*“Capitana”
Fotografía: Arturo López Benavides*



Fotografías tomadas de la página de facebook de Juchitán



"La tarraya"

APÉNDICE J
“DOMINGO DE RAMOS”



Fotografias: Maximilian Clavout



Fotografía: Maxmiliano clavout

APÉNDICE K
"XHANDU"



"Guie'biguá" - "Flor de cempasúchil"



Biguie
Fotografías: Francisco Ramos



APÉNDICE L
"BODAS"



Fotografía: Francisco Ramos





"Boda por lo civil"
Fotografía: Dámaris Matus Hernández



"Rapto"
Fotografía: Francisco Ramos



Fotografías: Francisco Ramos



Fotografía: Francisco Ramos