



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Programa de Maestría en Trabajo Social

Escuela Nacional de Trabajo Social

Perspectivas del Trabajo Social: Sobrepeso en estudiantes del
Colegio de Ciencias y Humanidades plantel sur. U.N.A.M.

TESIS

Que para optar por el Grado de
Maestra en Trabajo Social.

P R E S E N T A:

Livia Isabel Valles Huerta

Director de Tesis:

Maestro. Alejandro Chirino Sierra.

Programa de Maestría en Trabajo Social

Ciudad Universitaria, Cd. Mx, Octubre, 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INTRODUCCIÓN

El presente documento es una investigación desde la perspectiva del Trabajo Social, en donde, a través de cuatro capítulos, se identificaron los factores sociales y culturales que promueven el sobrepeso y obesidad en jóvenes estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Sur, de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, (CCH Sur).

En el primer capítulo se aborda la definición, clasificación, factores de desarrollo y riesgos a la salud del sobrepeso y obesidad, desde el punto de vista médico. En el segundo, se identifican los factores sociales y culturales que vulneran a los estudiantes hacia estas patologías.

El tercer capítulo aborda la teoría de la globalización como fenómeno social, cultural y económico, al identificarse con el desarrollo de sobrepeso y obesidad. Finalmente, en el último apartado se plantea la importancia del Trabajo Social como campo de acción para la prevención e intervención de esta enfermedad.

Se realizó una investigación con un enfoque metodológico de tipo cuantitativo, exploratorio, de campo y transversal, con el instrumento aplicado DIAOH (Instrumento de Investigación para adolescentes con Obesidad de Valles Huerta), y para el manejo de las variables se utilizó el paquete SPSSpc versión 17.

En los últimos años, la obesidad ha sido un foco rojo en el campo de la salud pública a nivel global, tras alcanzar cifras epidémicas en todo el continente americano y Europa.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), con base en los índices de sobrepeso, cataloga a México como el país con mayor incidencia con más del 70% de los adultos, en este renglón después de los Estados Unidos de América (36.5%)

En la UNAM, se aplica el Examen Médico Automatizado (EMA), un instrumento de valoración integral de la salud compuesto por tres cédulas de auto-respuesta, estructuradas con sesenta y tres grandes apartados, los cuales contemplan doscientas diez preguntas que identifican enfermedades existentes y de herencia familiar; también exploran los factores de riesgo y de protección que más influyen en la salud integral de los jóvenes estudiantes.

Dicho examen proporciona además información valiosa de la salud física y mental a los estudiantes universitarios de primer ingreso en los niveles de educación media superior y superior, a los estudiantes de la Universidad abierta y aquellos que cursen el 4° año de licenciatura o equivalente.

El análisis e interpretación de los resultados obtenidos del EMA permiten identificar las áreas de atención prioritaria orientada a la salud y el entorno en la comunidad estudiantil, ya sean alumnos de primer ingreso o egresados. Así, las intervenciones se realizan de acuerdo con las necesidades más relevantes, a mejor costo-efectividad y con mejores probabilidades de impacto.

El EMA se aplicó en los alumnos del Colegio de Ciencias Humanidades plantel Sur y se detectó que 798 presentaban riesgo de enfermedades crónico degenerativas por factores de riesgo como el sobrepeso y obesidad.

En el área de salud, el Trabajo Social contribuye al tratamiento del paciente, facilitándole la resolución de problemas sociales y emocionales en un proceso de salud-enfermedad. También interviene en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

El Trabajo Social es una disciplina que, por sus características transdisciplinarias, se necesita utilizar para explicar el proceso salud-enfermedad, desde los procesos sociales fundamentados en la teoría social y no sólo desde el ámbito médico.

La presente tesis de grado muestra la perspectiva del Trabajo Social para comprender el problema de sobrepeso y obesidad, desde un enfoque social.

El Trabajo Social no sólo explica el fenómeno, también puede establecer diferentes acciones para prevenir el sobrepeso y obesidad a nivel mundial, mediante teorías como la Globalización o "Globesidad". Asimismo, genera diferentes modelos para intervenir, gracias a su transdisciplinariedad que permite enfocarse en mejorar esta situación al disminuir los índices de sobrepeso y obesidad.

El sobrepeso y la obesidad se caracterizan por un balance positivo de energía, que ocurre cuando la ingestión de calorías excede al gasto energético y, sumado a un estilo de vida sedentario, ocasiona un aumento en los depósitos de grasa corporal y ganancia de peso.

Los hábitos y el estilo de vida son un conjunto de conductas adquiridas por un individuo, debido a las elecciones y gestiones que repercuten en la salud o enfermedad, que tienen una vinculación directa con las características sociales, económicas y culturales de una población o región determinada.

Todos los aspectos planteados con anterioridad, generaron el interés para crear una propuesta que explicara el problema sanitario de sobrepeso y obesidad, al centrarse en las necesidades de los adolescentes mexicanos no como espectadores, sino a través de su propia participación, con una apropiación de conceptos y convirtiéndose en un ser dinámico en el proceso de su salud.

CAPÍTULO 1

SOBREPESO Y OBESIDAD

En este primer capítulo se realiza un abordaje desde el punto de vista médico sobre los conceptos de salud y enfermedad de la obesidad y sobrepeso. La primera es un serio inconveniente de salud pública en diversas sociedades del mundo con cifras epidémicas en Estados Unidos, Europa y Latinoamérica, incluyendo a México.

Entre los países integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), México es el país con mayores índices de sobrepeso y obesidad, después de Estados Unidos. Mientras que la ENSANUT (2006) estima que el sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años es de 34.2% para ambos sexos, en adolescentes de 26.3% para hombres y 42.5 en mujeres. (ENSANUT, 2006).

1.1 Definición de sobrepeso y obesidad

El peso corporal es la medida de la masa corporal total, la cual manifiesta la cantidad de hueso, músculo, vísceras, agua y tejido adiposo. Está en función de las dimensiones del sujeto. (Casanueva. 2001, p. 248)

El Índice de Masa Corporal (IMC) consiste en la relación del peso corporal en kilogramos (kg) dividido entre la estatura en metros cuadrados (m^2) y es el indicador más utilizado para establecer el diagnóstico nutricional de obesidad, en el ámbito clínico y epidemiológico.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 1998, los parámetros para establecer **sobrepeso** son: > 27 para población de talla normal y > 25 , para población de talla baja. Definiendo a la talla normal como 160 y 155 centímetros en hombres y mujeres, respectivamente. (NOM-174-SSA1-1998), la Organización Mundial para la Salud (OMS) propone otros puntos de corte a considerar. (TABLA 1).

1.2 Clasificación

Tabla 1. Clasificación de la obesidad en adultos de acuerdo con el Índice de Masa Corporal.

Diagnostico	OMS	NOM- 174- SSA1.
Bajo peso	< 18.5	< 18.5
Normal	18.5 a 24.9	18.5 a 26.9
Sobrepeso	> 25	> 27
Obesidad grado 1	30 a 34.9	30 a 34.9
Obesidad grado 2	35 a 39.9	35 a 39.9
Obesidad grado 3	> 40	> 40

Fuente: Adaptación de criterios para 1998, de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y NOM- 174- SSA1 (Norma Oficial Mexicana 174 Secretaría de Salud).

Actualmente, el IMC es el indicador más aceptado debido a su simplicidad y precisión para predecir las co-morbilidades asociadas con la obesidad. En el séptimo Congreso Europeo de Obesidad, y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se creó la “Fuerza de ataque Internacional contra la Obesidad”, donde se considera a la obesidad humana como una epidemia, con una prevalencia mundial estimada en más de 100 millones de casos. (King. 2004, p. 158)

Otro indicador útil en la clasificación de la obesidad es el Índice de Cintura Cadera (ICC) que evalúa la distribución del tejido adiposo, el cual se asocia con el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, diabetes tipo II, entre otras. Se obtiene al dividir la circunferencia de la cintura en centímetros entre la circunferencia de la cadera en centímetros. (TABLA 2)

Tabla 2. Índice Cintura Cadera y su escala de estimación para los riesgos de la salud.

Riesgo	Hombres	Mujeres
Alto	> 0.95	> 0.85
Moderado	0.90 a 0.95	0.80 a 0.85
Bajo	< 0.90	< 0.80

Fuente: Adaptado de Hensrud. 2001. Guía de la Clínica Mayo: *peso saludable*, edit. Plaza Janes, 2001, págs. 17, 19.

La circunferencia abdominal o circunferencia de cintura se ha asociado por sí sola a mayor riesgo en el desarrollo de enfermedades crónicas y la presencia del síndrome metabólico o Síndrome X. Existe una relación estrecha entre el IMC y la circunferencia de cintura en la comorbilidad. (TABLA 3)

Tabla 3. Relación del IMC con Circunferencia de Cintura y Riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares.

IMC	MUJER		HOMBRE	
	< 88.0 cm.	> 88.0 cm.	< 102.0 cm.	> 102.0 cm.
25.0 – 29.9	Aumentado	Alto	Aumentado	Alto
30.0 – 34.9	Alto	Muy alto	Alto	Muy alto
35.0 – 39.9	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto
> 40	Sumamente alto	Sumamente alto	Sumamente alto	Sumamente alto

Fuente: Hensrud.2001. Guía de la Clínica Mayo *peso saludable*, edit. Plaza Janes, pág. 17, 19.

En México, a partir del año 2000, el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica realiza el programa “Mide tu cintura”, cuyo objetivo es incentivar a la población adulta y adultos en plenitud para que midan su cintura e identificar, de manera masiva, a la población en riesgo de padecer diabetes. Si la cintura mide 83 cm, no existe riesgo de diabetes, cuando la cintura mide 90 cm. o más se considera vulnerable desarrollar la enfermedad. En ese sentido, los datos preliminares de un estudio que incluyó a la población participante en el programa arrojaron que el 39% de mujeres y el 32.5% de hombres presentaron cifras por arriba de los 90 cm. de cintura, por lo que el riesgo es considerable.

En el desarrollo de la obesidad participan diversos factores de riesgo como:

- La dieta alta en energía y grasa.
- Los hábitos alimentarios inadecuados.
- El estilo de vida sedentaria, costumbres, edad, sexo, raza.
- La urbanización–migración, herencia, situación socioeconómica.
- La historia de sobrepeso, factores psicológicos, embarazos y enfermedades tiroideas.

En la fisiopatología de la obesidad no sólo participa el exceso de grasa y su distribución, también se ha visto que el tamaño celular (hipertrofia) guarda una relación inversa con la insulina: a mayor tamaño menor sensibilidad. Este hecho explica la resistencia a la insulina que se observa en la obesidad androide; dicho fenotipo es más común en hombres que en mujeres y está asociado con alteraciones aterogénicas, diabetes mellitus tipo dos y enfermedades cardiovasculares.

En cambio, la obesidad hiperplásica aparece en la infancia y persiste en la edad adulta, se observa cuando existe un Índice de Masa Corporal (IMC), mayor de 35 kg/m^2 y se encuentra invariablemente en la obesidad mórbida. El número de adipocitos puede estar multiplicado por cuatro, siendo irreversible.

La edad es un factor de riesgo no modificable que influye en el aumento de adiposidad en la región abdominal. Diversos estudios muestran un cambio en la composición corporal durante la etapa adulta, donde se observa disminución en la masa magra y aumento en la masa grasa, siendo la óptima del 15 al 20% en hombres y 22 al 25% en mujeres. (King. 2004, p.158)

1.3 Factores de desarrollo

Enfermedad Cardiovascular y Diabetes Tipo II

Se ha identificado a la obesidad como factor de riesgo en 21.4% de la población, así como un aumento en la prevalencia de enfermedad cardiovascular y diabetes asociado en función del índice de masa corporal y a la edad.

Desde 1988, en México, la mortalidad por enfermedades del corazón ha ocupado el primer lugar con una tendencia ascendente. En 1996, las enfermedades del corazón causaron el 15% del total de las muertes en el país (tasa por 100 habitantes) y dentro de éstas las Enfermedades Isquémicas o Coronarias (EC), representan más del 60% de las defunciones (tasa 43.5). El 94% de la mortalidad por EC se ubica en la población de 45 y más años, donde el sexo más afectado es el masculino (55.3%).

Se encontró también que los pacientes con Hipertensión arterial (HTA), en comparación con pacientes normotensos, presentaban un mayor peso, un Índice de Masa Corporal (IMC) más alto y una mayor relación con obesidad androide, que aumentaba conforme a la edad. Igualmente concluye que los niveles de Insulina en ayuno, y post carga de glucosa oral en personas hipertensas fueron significativamente ($p < 0.0001$) más altos que en sujetos con presión arterial normal, independientemente de la influencia del sexo, edad e IMC; lo cual sugiere que en la población mexicana existe relación entre hiperinsulinemia e hipertensión arterial.

En una sub-muestra del mismo estudio se observó que 64.6% presentaron IMC mayor de 25 kg/m² (2/3 de la población estudio) y que, a partir de este punto de corte, se presentan con más frecuencia las alteraciones metabólicas y antropométricas asociadas al Síndrome Plurimetabólico o Síndrome X (incremento del ICC, glucemia, insulina, colesterol total, triglicéridos, colesterol LDL, ácido úrico, fibrinógeno, presión arterial y disminución de colesterol HDL). Todo ello asociado con menor acción tisular de la insulina, por lo que las estrategias de prevención deben iniciar desde este punto.

De igual manera, se relacionó el riesgo de padecer enfermedad coronaria en mujeres americanas, encontrándose que una dieta alta en carbohidratos refinados disminuye el colesterol HDL y aumenta el VLDL, al incrementar el riesgo de hiperlipidemia en mujeres con un 23 de IMC (Índice de Masa Corporal).

Alrededor de una de cada diez personas de más de 20 años de edad, y uno de cada cuatro adultos mayores de 65 años, padece Diabetes Mellitus (DM), con una tendencia al incremento en la población joven e infantil. La DM es la tercera causa de mortalidad general desde 1997, y la primera causa de mortalidad en el grupo de 45 a 64 años de edad. (Camiochipi. 2001, p.4)

En nuestro país, como en el resto del mundo, la diabetes es un problema de salud pública, datos de la Organización Mundial para la Salud indican que en 1995 había 135 millones de adultos con diabetes. México ocupó el 9^o lugar con 3.8 millones de personas enfermas. Se estima que para el año 2025, en América Latina, las personas enfermas de diabetes aumentarán en un 254%, en la población de 45 a 64 años de edad, siendo las mujeres las más afectadas. (TABLA 4)

Tabla 4. Estimaciones de diabetes mellitus en América Latina

Año	Millones de personas	Edad	Hombres	Mujeres
1995	14.5		*	*
2025	36.8	45-64	14.5	22.2

Fuente: Adaptado de Camiochipi, 2001.p.4

Los pacientes viven en promedio 20 años con la enfermedad y se estima que, por cada dos pacientes conocidos, existe uno que no se ha identificado. Así pues, anualmente se registran 210 mil casos nuevos. En los últimos dos años se han presentado más de 40, 000 defunciones por esta causa. Por cada paciente con diabetes que muere se detectan siete nuevos enfermos.

En una investigación se publicó la relación entre la obesidad como factor de riesgo cardiovascular en población abierta, donde se observa que por cada aumento de 10% del peso corporal, la presión arterial sistólica se eleva 6.5 mm, el colesterol plasmático 12 mg/dl y la glucemia en ayunas a 2mg/dl. El riesgo relativo de hipertensión, definida como una presión sistólica > 160 o diastólica > 95, es tres veces mayor en sujetos con sobrepeso que en el peso normal. (Argyiou. 2003. p. 33)

1.4 Riesgo a la salud

Diversos estudios de observación reportan una asociación positiva entre el consumo de grasa con el riesgo de padecer enfermedades crónicas como obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y cáncer.

Se evaluaron 161,809 mujeres posmenopáusicas que asistían a las clínicas de diferentes poblaciones de los Estados Unidos; llevándose a cabo una intervención en la que las mujeres recibieron una dieta con 20% menos del total de energía, de los cuales 7% provenían de ácidos grasos saturados, se aumentó el consumo de frutas y verduras a cinco raciones por día y el consumo de granos se modificó a seis raciones por día.

El seguimiento tuvo una duración de dos años. Al primer año se observó que las mujeres redujeron el consumo total de grasa de 10.6 a 33.3 g/día. Al final del estudio, el consumo de grasa alcanzó en la mayoría de las participantes las recomendaciones americanas para el consumo de grasa. Por ello concluyeron que, en la modificación de hábitos, no solo influyen las recomendaciones alimentarias, sino también el nivel educativo, las demandas familiares, así como las influencias culturales, lo que hace a la orientación alimentaria más compleja. (Argyiou. 2003. p. 33)

Estilo de vida y Actividad Física

Desde el punto de vista médico, el estilo de vida es un concepto basado en las acciones que implementa una persona hacia la salud o enfermedad desde lo físico y mental; desde el punto de vista social, tiene que ver con vertientes económicas, educativas y culturales. Por lo cual es un enfoque amplio y complejo.

El actual estilo de vida se presta para adquirir el hábito de comer más de lo necesario y el desequilibrio resultante se almacena en el organismo en forma de grasa, causando un aumento de peso corporal. Asimismo, el uso indiscriminado del automóvil y las principales actividades laborales y de entretenimiento (televisión, juegos electrónicos, computadora), se realizan con poco esfuerzo, lo cual ha causado una importante disminución de la actividad física, que se refleja en un menor gasto energético. (Jeffery.2003, p.689).

La importancia de la actividad física en el tratamiento para controlar el peso corporal ha sido propuesta desde hace tiempo. La recomendación de expertos es de 150 minutos a la semana de intensidad moderada (20 minutos por día) que equivale aproximadamente a 1 000 kilocalorías por semana. La actividad física debe ser prescrita paulatinamente hasta llegar al nivel deseado, tomando en cuenta la estructura de la persona.

Existe amplia evidencia de que el ejercicio físico produce una pérdida de peso en las personas con obesidad, sin embargo, se ha observado que la pérdida de peso resultante del ejercicio como mecanismo aislado, es ese caso y no excede los 2 kg al mes, por lo que tendrá un mayor efecto cuando se combine con un plan de alimentación bajo en energía.

Jeffery encontró en su estudio que los individuos que siguen un régimen de alimentación hipoenergético combinado con ejercicio en forma constante, tienen mayor probabilidad de mantener la pérdida de peso que aquellos que solamente siguen una dieta determinada. (Jeffery.2003, p .689).

Se recomienda que en el tratamiento de la obesidad se incluya el ejercicio aeróbico (caminata, natación, bicicleta, entre otros), pues se caracteriza por requerir el consumo de oxígeno, con el consecuente gasto de energía con aumento de la frecuencia cardiaca mayor a 129 latidos por minuto.

Tabla 5. Efectos del Ejercicio sobre el organismo

Composición corporal	La mayor pérdida de peso se da a expensas de las reservas de tejido adiposo cuando se combina con un plan de alimentación, un 95 % de la pérdida ponderal es grasa y un 5% masa magra, comparado con pacientes con solo plan de alimentación que pierden un 64% de grasa y 36% de masa magra.
Balance Energético	El ejercicio moderado produce un incremento significativo de l metabolismo basal. El ejercicio es estratégicamente programado antes de las comidas puede incrementar la termogénesis inducida por la dieta. En la actividad física moderada se consumen entre 200 y 400 calorías por hora.
Presión Arterial	La disminución de la tensión arterial sistólica y diastólica en 5 o 10 mm/Hg es frecuente y se correlaciona con la disminución de las necesidades de insulina y las cifras de triglicéridos, por lo que el ejercicio resulta útil en pacientes con hipertensión arterial moderada y lábil.
Tolerancia a la glucosa y sensibilidad a la insulina	El aumento en la sensibilidad periférica de la insulina obedece a la disminución del tejido adiposo.
Efectos Psicológicos	Evidencias Epidemiológicas muestran que el incremento de actividad física se relaciona con una sensación de bienestar. Se piensa que se debe a la liberación de péptidos opioides endógenos y cambios específicos en el aspecto exterior con el mejoramiento de la imagen corporal.

Fuente: Adaptación de Ramos. 1996. P.156. México. Edit. Página Electrónica.

Por ello la Organización Mundial de Salud exhorta a que los niños y adultos acumulen más de 20 minutos de ejercicio, ejecutados con intensidad moderada, la mayoría de los días de la semana (tres a cinco veces). Los individuos deberán aumentar su actividad física a un nivel congruente con sus capacidades, si se acumulan 30 minutos de ejercicio físico moderado (caminar de 4.8 a 5.6 kilómetros por hora, realizar trabajos de jardinería o tareas domésticas), pueden provocar un descenso de 6.6% en la concentración de Insulina plasmática. (Funell, 2001.p.12)

Debido a la recomendación basada en evidencias científicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de suma importancia implementar en las políticas de salud en las escuelas de diversos niveles educativos, la actividad física como un factor de prevención de sobrepeso y obesidad en la población.

CAPÍTULO 2

VULNERABILIDAD SOCIAL: SOBREPESO Y

OBESIDAD

En este capítulo se relacionan la vulnerabilidad, juventud e inseguridad alimentaria como factores sociales que provocan el sobrepeso y obesidad.

Para las teorías manejadas en este trabajo, la juventud, ya por sí misma, se considera una etapa vulnerable de salud por la falta de poder adquisitivo para comprar alimentos y la influencia de la publicidad que conllevan a una inadecuada alimentación y salud.

La vulnerabilidad depende del agravamiento en las condiciones precarias de vida y desarrollo, y con la situación de riesgo casi permanente de un sector numeroso de la población mexicana. Este término alcanzó difusión durante la segunda mitad de los años ochenta, a través del diagnóstico de los grupos vulnerados y de la propuesta denominada “ajuste con rostro humano”.

Las catástrofes naturales en diferentes partes del mundo vincularon la situación de desamparo con el concepto de vulnerabilidad, porque se asocia con una situación de vida relacionada con el desamparo material y la precariedad del entorno productivo y habitacional que dispone una situación de empobrecimiento y pérdida patrimonial fortuitos. La noción de mayor vulnerabilidad se asocia también al daño provocado sobre las condiciones de reposición y acumulación de valores, que contribuye a la agudización de la pobreza (CEPAL.2000. p. 153).

En consecuencia, la vulnerabilidad se refiere: “al proceso mediante el cual se determina el nivel de exposición y la predisposición a la pérdida de un elemento o grupo de elementos ante una amenaza específica, contribuyendo al conocimiento del riesgo por medio de interacciones de dichos elementos con el ambiente peligroso. Los elementos bajo riesgo son los contextos social y material, representados por las personas y por los recursos y servicios que pueden ser afectados por la ocurrencia de un evento, es decir, las actividades humanas, los sistemas realizados por el hombre tales como edificaciones, líneas vitales o infraestructura, centros de producción y sus actividades económicas”. (Zamanillo.1992. p. 109)

La vulnerabilidad social es una noción compleja y extensa, debido a que comprende interacciones de situaciones tanto estructurales como coyunturales; comprende varias dimensiones: la económica, la social y la cultural, y se revela en varios niveles como el objetivo y subjetivo. (Stern, 2004, p.137)

La insuficiencia de recursos propios y la carencia de capacidades adecuadas provocan la reproducción y el agravamiento persistentes de la situación de pobreza. En el caso particular de los jóvenes marginados, esta vulnerabilidad económica y social se manifiesta en un incremento de la tendencia a la exclusión y la privación de oportunidades.

2.1 Aspectos económicos y culturales. Su impacto en el estado de salud y alimentación.

La juventud, grupo poblacional entre 15 y 24 años, representa como promedio en México y Centroamérica el 20.3% de la población total y 33.4% de la población económicamente activa. Su participación en el desempleo total es aún mayor: entre 41% y 62% de los desocupados en los diferentes países. En este contexto, los programas de capacitación sociales de los jóvenes más pobres revisten manifestaciones en extremo degradantes o destructivas, sin más perspectiva que una mayor exclusión. Desde el punto de vista de los derechos reconocidos de la adolescencia y juventud como ciudadanos participantes, los jóvenes marginados carecen del acceso a instancias que pudieran canalizar su justificada aspiración a beneficiarse del desarrollo de la sociedad. (CEPAL, 2000 p.157).

La juventud no es un grupo etario homogéneo, suelen incluirse en esta categoría a los adolescentes tardíos y los adultos tempranos; constituyéndose como un grupo de personas que, por la trascendencia de la etapa de vida que atraviesan, comparten particularidades, problemas y desafíos análogos. De ahí que para este estudio y por los rasgos y situaciones el grupo en cuestión, correspondió a las edades de 15 a 24 años.

La conversión de la adolescencia a la edad adulta es un período de experiencia y acomodo con respecto a las condiciones sociales y económicas establecidas por la sociedad sin la participación de los jóvenes. El fraccionamiento social deriva de la estructura económica imperante que constituye también una fuente de marginación y deja indefensos en sus experiencias vitales a quienes transitan por esta etapa.

En la mayoría de las investigaciones realizadas en países con ingresos medios y bajos se encontró una relación positiva entre obesidad y estrato socioeconómico en distintos grupos de la población.

La prevalencia de la obesidad en la infancia y la adolescencia ha aumentado de manera alarmante durante los últimos treinta años en los países desarrollados, e incluso de forma incipiente en los países considerados “en vías de desarrollo”. La OMS considera la obesidad como uno de los problemas de salud pública más importantes en el mundo por las graves consecuencias para la salud a corto y largo plazo.

En México, el aumento de las prevalencias de sobrepeso y obesidad registrados en las últimas dos décadas ocurre de forma análoga al incremento en la proporción de la población en situación de pobreza. En la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999, se reportó que el sobrepeso estaba presente en edad reproductiva con baja escolaridad. (ENSANUT, 2006, p. 20)

2.2 Inseguridad Alimentaria y Obesidad

El Banco Mundial definió a la seguridad alimentaria como un acceso suficiente al alimento para todas las personas y en todo momento hacia el desarrollo de una vida activa y saludable. Su contraparte conceptual, la inseguridad alimentaria, se refiere a una disponibilidad limitada o incierta a alimentos inocuos desde el punto de vista nutricional, o una capacidad limitada para acceder a ellos de forma aceptable. (ENSANUT, 2006, p.36)

A medida que la pobreza aumenta, la probabilidad de experimentar inseguridad alimentaria aumenta, crece, lo que a su vez se relaciona con un mayor riesgo de enfermedades como desnutrición, sobrepeso y obesidad (ENSANUT, 2006, p.35).

Inseguridad alimentaria es una sensación incómoda y dolorosa atribuible a la carencia de alimentos, o bien, su acceso inadecuado en forma recurrente. Mientras que la Seguridad Alimentaria, es el acceso a los alimentos para un pleno desarrollo.

Compensar el hambre supone integrar de manera simultánea otras necesidades para la supervivencia (educación, salud, ocupación, vivienda, entre otros). El dinero no es, en esta lógica, el único elemento que explica el acceso alimenticio. La ausencia de otros recursos o la incapacidad de los seres humanos para transformarlos pueden, asimismo, desembocar en inseguridad alimentaria. (TABLA 6)

Tabla 6. Dimensiones y niveles de Inseguridad Alimentaria en el Hogar

Seguridad Alimentaria	Inseguridad Alimentaria	Descripción
Alta	Nula o mínima	Sin problemas o sin preocupación de tener una alimentación adecuada.
Marginal	Baja	Hay preocupación y problemas esporádicos para acceder a una alimentación adecuada, pero la calidad, variedad y cantidad de los alimentos no se ha reducido de manera importante.
Baja	Media	Se registra la disminución de la calidad, variedad y atracción hacia la dieta, pero la cantidad de alimentos y los patrones habituales no se deterioran.
Muy baja	Alta	En los últimos 12 meses ha sido frecuente que los patrones de consumo de uno o más miembros de la familia se alteran y la ingestión de alimentos se reduce por falta de dinero y otros recursos.

Adaptado de FAO. 2012, p.41.

El estrato socioeconómico bajo se relaciona con el consumo de alimentos de bajo costo y ricos en grasa, sumado a un consumo energético por arriba de las recomendaciones, posterior a periodos de restricción alimentaria: por ejemplo, en los días siguientes a la fecha en que el jefe de familia recibía su salario. Desde entonces se ha postulado que la inseguridad alimentaria puede aumentar el riesgo de obesidad. (FAO. 2012, p.43)

El aumento de desempleo, la distribución desigual de ingresos y una mayor inflación en México ha generado condiciones de precariedad de vida, de salud y en la seguridad alimentaria. Dichos elementos participan en el incremento de la inseguridad alimentaria y señalan cómo las diferencias sociales intervienen en la obesidad de las minorías, aquellos estratos de la población con una menor situación económica que resultan ser los más afectados.

La relación entre obesidad y la situación socioeconómica es variable y compleja, ya que la asociación es diferente en contextos sociales distintos y puede quedar disimulada por varios factores (ejercicio, dietas, psicológicos, socioculturales) que influyen en la relación. (FAO. 2012, p.43)

CAPÍTULO 3

**GLOBALIZACIÓN Y SUS REPERCUSIONES EN EL
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS JÓVENES**

La globalización implica aspectos económicos, políticos, históricos, geográficos, demográficos, culturales y otros. La cultura de la globalización tiene un peso importante en la cultura de masas, medios de comunicación, religiones y en la forma de alimentarse de las personas.

La **globalización** se debe a todos los procesos por medio de los cuales los pueblos del mundo son incorporados a una única sociedad mundial, la sociedad global. Globalismo es una de las fuerzas que actúan en el desarrollo de la globalización (Ianni.1998, p.62).

3.1 Economía Global como desarrollo de obesidad

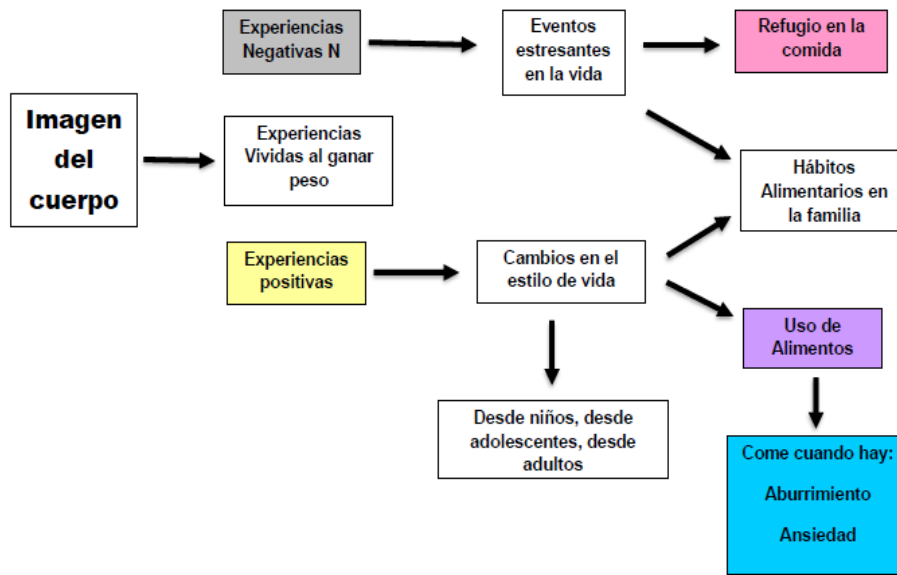
En la economía global, las vidas de la gente son afectadas por eventos tales como la disponibilidad de comida, cambios en consumo de alimentos y hábitos alimenticios, y sobre todo de estilos de vida. La obesidad es un caso que representa la disipación de las fronteras de la salud y de los riesgos emergentes atados a la globalización que asignan una doble carga a los sistemas de salud en el mundo.

La recomendación del Dr. Zúñiga, es que los profesionales del Trabajo Social deben iniciar con la toma de conciencia de la obesidad, y el conocimiento de sus consecuencias sociales y psicológicas; además de promover el establecimiento de redes y colaboraciones efectivas para la investigación, educación y promoción de la salud global.

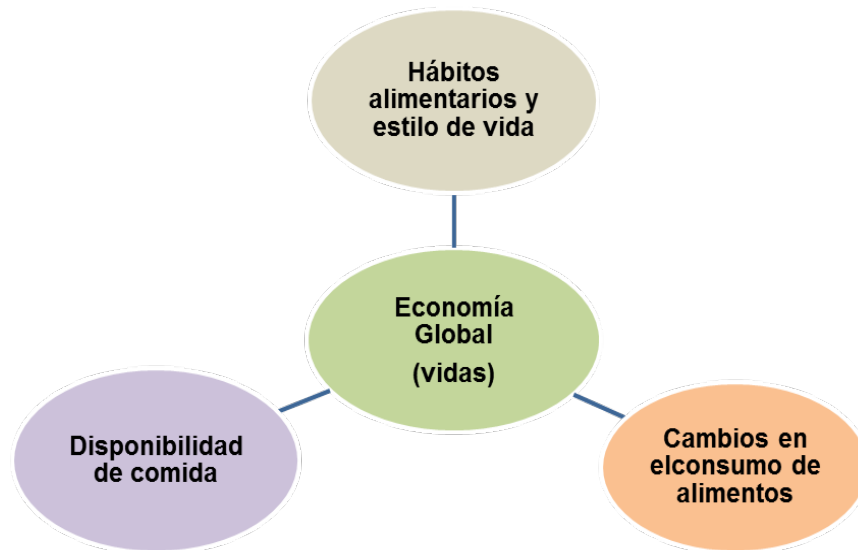
La obesidad, se configura como una enfermedad crónica que representa la desaparición de las fronteras de riesgo emergentes ligadas a la globalización.

En este trabajo se reflexiona sobre el creciente comercio de servicios y medicamentos para bajar de peso a través del comercio global en Internet, el cual tiene enormes ganancias económicas. El Dr. Zúñiga expone un sistema de salud global donde se prioriza a la prevención y las estrategias de tratamiento ante este mal que lo llama "*globesidad*". (Zúñiga. 2007. p. 184)

Percepción de la Obesidad



En la imagen anterior se aprecia cómo un cambio familiar, sea positivo o negativo, puede provocar un incremento de peso; por lo que la obesidad y sobrepeso se asocian positivamente en el joven y adulto joven donde experiencias vitales como formar una familia inciden en cambios de la imagen corporal.



Adaptado de Zúñiga. 2007, p. 16.

Como modelo económico de la globalización, el neoliberalismo produce el énfasis tecnocrático y macroeconómico, y considera absolutamente contraproducente la excesiva intervención del Estado, en cuestiones económicas y sociales. Por otro lado, sostiene que el libre mercado capitalista resulta ser la mejor política económica para lograr el equilibrio institucional y el crecimiento económico del país en cuestión. (Ianni. 1998, p. 112)

Tabla 7. Principios del Neoliberalismo

Neoliberalismo	<p><i>Propiedad Privada</i> Concentración de la riqueza en una minoría a nivel planetario. Libertad de mercado de capitales para comprar, vender y competir sin fronteras ni trabas.</p> <p><i>Predominio del mercado.</i> No intervención del Estado en la economía. Leyes al gusto de las empresas trasnacionales. Orden se refiere a la exigencia de que los gobiernos no entorpezcan los negocios y la vida económica.</p> <p><i>Individualismo.</i> No importan los intereses colectivos, sino los de los individuos. No existe la colectividad.</p>
----------------	--

Fuente: Modificado de Appadurai, 2001. p.19.

Según Appadurai (2001), el consumo es un hábito que pasa desapercibido y se vuelve evidente sólo cuando se nos presenta como un acto de ostentación. Así, la repetición es lo que caracteriza la cultura mercantilista en la globalización; el consumo tiende a la habituación por la repetición. De allí que los medios de comunicación repiten continuamente mensajes sobre determinado producto para promover un mayor consumo.

Los problemas de alimentación aparecen como fenómenos masivos de nuestro tiempo y se presentan en el seno de una sociedad que reduce al ser humano a una pura función consumista. En el neoliberalismo, el sujeto está constantemente bajo los efectos del empacho de los objetos, que las cadenas mercantiles le hacen ingerir en un banquete sin descanso. En consecuencia, es interesante pensar los síntomas de comer en exceso por el marco de una “era del vacío” y un “individualismo generalizado”. (Appadurai, 2001, p.19)

En esta era Global donde todo se produce en masa, se propicia el consumo, donde pueden adquirir innumerables objetos para llenarse o acumular cosas. Sin embargo, estamos regidos por la era del vacío, lo cual resulta una paradoja. (Yosifides, 2006, p.56)

3.2 Globalización y estilo de vida

Las patologías alimentarias son desiguales y confusas como lo es la globalización y su máximo exponente, el Neoliberalismo.

La patología es un cuadro clínico o conjunto sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y, por cuyas características, posee cierta identidad; es decir, un grupo significativo de síntomas y signos (datos semiológicos), que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiologías; tales como: insuficiencia cardíaca, síndrome nefrótico e insuficiencia renal crónica, entre otras. Por tanto, es muy común que las personas que poseen algún síndrome presenten rasgos fenotípicos similares. (Bauman. 1998, p. 153)

En esta era de la Globalización se da un proceso patológico en cuanto a los estereotipos, por una parte, se explota el modelo de personas esbeltas, pero al mismo tiempo se promueve el consumo de alimentos industrializados altos en azúcares simples y grasas saturadas. Tenemos: anorexia “que come nada”, y una bulimia y obesidad que intentan llenar con comida un vacío imposible de llenar. El vacío y la nada como alimentos de nuestro tiempo. (Yosifides, 2006, p. 35)

El proceso de globalización provoca lo que se llama “transición nutricional”, es decir, las sociedades de todo el mundo se están desviando de consumir alimentos que consumían tradicionalmente y de su forma habitual de preparación, para consumir alimentos procesados y producidos industrialmente, los cuales suelen ser altos en grasa, azúcares simples y con reducida cantidad de fibra, vitaminas y minerales, en especial hierro, yodo y vitamina A.

El problema no se debe solamente a la comida chatarra. Gran parte también es económico. En general, los alimentos comercializados masivamente, por el libre mercado, son cada vez más baratos, especialmente en las ciudades, y los alimentos frescos como podrían ser frutas y vegetales son cada vez más caros. (Eberwine, 2002, p. 7)

La adquisición condicionada básicamente por la capacidad de comprar, la industria alimentaria segmenta la oferta y la comercialización de productos con calidad diferenciada, y dirige los anuncios masivos de alimentos de baja calidad y mayor contenido de grasas y azúcares a los sectores con menor poder adquisitivo. (García, 2009, p.47)

Otro de los procesos que ha provocado el consumo de otros alimentos es la llamada "globalización de la agricultura", por medio de los programas de ajuste distributivo del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial, o por la normatividad de liberación del comercio de la Organización Mundial del Comercio (OMC), que está causando una reducción de los ingresos de los pequeños y medianos agricultores en los países en vías de desarrollo como nuestro país, causando una competencia desleal provocando el aumento de consumo de alimentos de importación.

Como resultado del contacto con los patrones culturales de los países desarrollados, el proceso de aculturación de América Latina y el Caribe a lo largo del siglo XX logró matices particulares por la rapidez de los avances científicos y de la industria comunicativa. Esa "aculturación a distancia", manejada hábilmente por la industria de consumo, tiende a estimular en los individuos la necesidad de incorporar algunos elementos de la imagen proyectada y los impulsa a adoptar hábitos y modos de vida inadecuados. En estudios de poblaciones estadounidenses de origen mexicano se observó la influencia diferencial de la aculturación en los hombres y en las mujeres y que el proceso genera más obesidad en las mujeres. (García.2009, p.46).

La globalización funda nuevas tecnologías y en las grandes ciudades se forman los llamados "entornos obesogénicos", es decir, nuevas rutas para transportarse sentados en vehículos a grandes distancias hacia el trabajo, escuela y otros lugares, pero frente a un monitor, además de que la recreación generalmente es frente a una televisión, sobre todo en los jóvenes. (Eberwine, 2002, p.1)

El ambiente de agresividad e inseguridad que se vive en los cordones periféricos urbanos impide que la población pobre practique ejercicios físicos en forma sistemática. Además, los habitantes de estas localidades reciben menos información sobre los beneficios del ejercicio para la salud y la calidad de vida. Las inequidades en el acceso a los mensajes de promoción para la salud, la educación sanitaria y los servicios adecuados de atención de la salud, impiden conocer la importancia de los cambios de comportamiento necesarios para lograr un modo de vida más sano. (López. 2001, p. 11)

“Estamos en la era de la hamburguesa, especialmente para la población infantil, adolescente y juvenil”. (López, 2001, p.11) Hábitos de alimentación que se afianzan a través de los medios de comunicación masiva.

La televisión es un poderoso medio que forma parte de la vida de un adolescente y en la actualidad ofrece una amplia gama de modelos y mensajes relacionados con la comida.

La autora encontró en los niños, su consumo está ampliamente relacionado con los alimentos vistos por televisión. Observó que los niños expuestos a comerciales seleccionaban comida con más azúcar en comparación de los que no tenían acceso a esta publicidad.

Se tiene registrado que el promedio de horas televisivas vista por un adolescente es de 28 a la semana; al año ven alrededor de 1100 comerciales de comida chatarra (alta en grasa, sal, azúcar y aditivos), lo cual determina sus gustos, por lo que continuamente piden y compran los alimentos anunciados.

En la investigación de dicho autor, se observó que los adolescentes que están frente a un monitor por más de cinco horas al día, tienden a ser *ocho veces más obesos* en comparación con los adolescentes que están frente a un monitor entre cero y dos horas al día. (López, 2001. p.5)

3.3 Globalización y consumo en los trastornos de alimentación: sobrepeso y obesidad

En la economía global, las vidas de la gente común están influidas por eventos como la disponibilidad de comida, cambios en consumo de alimentos y, sobre todo, de estilos de vida. La obesidad es un caso que representa la desaparición de las fronteras de la salud y de los riesgos emergentes ligados a la globalización que imponen una doble carga a los sistemas de salud en el mundo. (Zúñiga, 2007, p.185)

Los cambios provocados por la Globalización generan nuevos valores y paradigmas que se despliegan en la escena social, al imponer nuevos ideales con marcado crecimiento en donde se observa:

- *Ideales ligados al consumo*, donde se privilegia la satisfacción con el consumo, el anhelo permanente y principal es adquirir objetos y bienes tangibles.
- *Ideales ligados al aquí y ahora*, en relación con el consumo para la inmediata satisfacción, donde la cultura de lo efímero descarta el pasado y resulta indiferente el futuro.
- *Ideales de la levedad*, donde se observa el culto a la imagen y a la superficie.
- *Ideales ligados a la juventud*, se estimula el cuidado de los atributos de la juventud, se deniega el tránsito de la vejez y hacia la muerte.
- *Ideales de pragmatismo*, ser práctico, eficiente, tener capacidad para la acción inmediata, que se relaciona con los ideales sociales de éxito y dinero. (Yosifides, 2006, p. 65)

En su investigación, Yosifides (2006) observó los patrones o estereotipos de belleza y riesgo de trastornos alimentarios en una muestra de 12,070 individuos, de los cuales, 6,141 eran hombres y 5,929, mujeres; ambos segmentados en tres grupos etarios:

1. Prepúberes (6 a 9 años).
2. Púberes (10 a 12 años).
3. Adolescentes (13 a 19 años).

Los resultados fueron los siguientes:

- 49% niñas prepúberes: deseo de una figura delgada y muy delgada.
- 42% niños prepúberes: figura delgada y atlética, y 40% delgada y muy delgada.
- 68% de las niñas insatisfechas con su imagen corporal; mientras un 74% de las adolescentes también estaban inconformes.
- 64% mujeres y el 62% de varones púberes mostraron preocupación por su peso corporal.
- En cuanto a sus prácticas para bajar de peso –prepúberes (51%), púberes (53%) y adolescentes (50%)– fueron las siguientes: dejar de cenar y disminuir o eliminar alimentos que consideran “engordadores”, como pan, tortillas, frijoles.

Esta investigación es una prueba evidente de los estereotipos de belleza concebidos por la globalización entre la población joven, para quienes son ideales ligados a la imagen: un mundo creado por los medios de comunicación donde todo se reduce a los estereotipos de belleza centrados en la exterioridad.

En la actualidad, los mensajes son contradictorios para los jóvenes, al exigir una figura delgada en un ambiente obesogénico, es decir, que facilita el sobrepeso y la obesidad, como lo menciona Eberwine, 2002:

Al mismo tiempo que se tienen las cifras de sobrepeso y obesidad más altas de la historia, parece que tenemos los ideales de belleza más delgados de la historia. (Eberwine.2002. p. 5)

Un ejemplo en el establecimiento de estereotipos de belleza para contextos de la globalización es que, en 1951, las características físicas del certamen de belleza en Suecia eran medir 1.71 metros de estatura y pesar 68.5; en tanto, para 1980, la estatura requerida era de 1.75 mts., y pesar 49 kilogramos de peso.

Vale la pena apuntar la necesidad de crear grupos transdisciplinarios para el estudio de las enfermedades provocadas por esta era global y, desde el Trabajo Social, proponer soluciones a estos problemas complejos que afectan a las sociedades más desfavorecidas, o como diría: Bauman (1998), a “los de abajo”.

CAPÍTULO 4

TRABAJO SOCIAL EN EL SOBREPESO Y OBESIDAD

El trabajador social es el profesional de las ciencias sociales que aplica teorías y métodos para investigar, planificar, promover, prevenir, educar y rehabilitar interviniendo en las políticas sociales, para buscar el bienestar social. (Friedlander, 1979, p.56)

Harry M. Cassidy, definió al Trabajo Social como:

“Las actividades organizadas que están destinadas primordial y directamente a la conservación, la protección y mejoramiento de los recursos humanos”. (Friedlander, 1979, p.56)

El Trabajo Social es consecuencia de la moderna visión del trabajo. Se trata de una profesión auténtica y reconocida que busca neutralizar el desorden social producido por situaciones de desigualdad. Nace a partir de la necesidad de ayudar a las personas que han de necesitar más allá de la asistencia voluntaria. El Trabajo Social es una forma de ayuda racionalizada para neutralizar los fenómenos de desorganización social, producto de situaciones de desigualdad. (Zamanillo.1992, p.110)

4.1 Trabajo Social en Salud

El Trabajo Social es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias, a través de programas integrados y de acciones en conjunto con las instituciones de salud.

Al tener como meta la eliminación o reducción de desigualdades para el acceso a la salud, el Trabajo Social ha de satisfacer una serie de objetivos que se inserten a su vez en los objetivos generales de la institución de salud de la que forman parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales. (Zamanillo.1992, p.110)

En el área de salud, el Trabajo Social fomenta tratamiento para el paciente facilitándole la resolución de problemas sociales y emocionales al enfrentarse a un proceso de salud–enfermedad. También interviene en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, como se explica en el siguiente cuadro:

TRABAJO SOCIAL	PROCESOS DE INTERVENCIÓN
1. PROMOCIÓN	Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden de manera notable en las desigualdades para el acceso a la salud, tanto para los usuarios reales y potenciales de los servicios de salud como dirigidos a otras profesiones.
2. PREVENCIÓN	<p>Estudiar: Las variables socioeconómicas y culturales en la et iología, la distribución y el desarrollo de los problemas de salud. Actitudes y los valores que benefician u obs taculizan el acceso a los mejores niveles de salud. Nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, sus programas y sus expectativas frente a ellos. Participar en el estudio de la calidad y la cantidad de los servicios y recursos de salud. Orientar y capacitar a la población sobre el uso de los recursos institucionales que aseguren una mejor calidad de vida para los individuos. Orientar y fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros.</p>
3. RECUPERACIÓN	Contribuir con el equipo de salud a reducir, atender y reparar los daños causados por la enfermedad. Capacitar al enfermo y su familia para que sean agentes de su recuperación.
4. REHABILITACIÓN	<p>Asegurar que todo enfermo físico o mental pueda lograr el uso máximo de su potencialidad. Trabajo social médico incluye a menudo la tarea de hacer sugerencias sobre:</p> <p>Que el enfermo reciba atención de convaleciente, la influencia de la tensión emocional sobre el paciente. La necesidad de examen médico para otros miembros de la familia. Obtención de ayuda financiera a través de las organizaciones sociales y problemas que se relacionan con el cuidado de los niños durante la enfermedad de la madre.</p>

Fuente: Modificada de Friedlander, 1979.

El trabajador social es un profesional de las ciencias sociales que aplica teorías y métodos para investigar, planificar, promover, prevenir, educar, y rehabilitar, interviniendo en las políticas sociales para buscar el bienestar social. (Friedlander, 1979, p.54)

El Trabajo Social en instituciones médicas incluye, a menudo, la tarea de hacer sugerencias sobre:

- Que el enfermo reciba atención de convaleciente.
- La influencia de la tensión emocional sobre el paciente.
- La necesidad de examen médico para otros miembros de la familia.
- Obtención de ayuda financiera a través de las organizaciones sociales.
- Los problemas relacionados con el cuidado de los niños durante la enfermedad de la madre.
- Los arreglos para que el paciente descanse durante la convalecencia y el encontrar un trabajo adecuado que no ponga en peligro los resultados del tratamiento médico. (Friedlander, 1979, p.122)

El Trabajo Social es una disciplina con una visión holística, es decir, puede abordar temas de salud desde perspectivas sociales, culturales y médicas de la obesidad como lo menciona el Doctor Zúñiga (2007): El Trabajo Social, señala que uno de los posibles orígenes de la obesidad, se relaciona con eventos estresantes y con cambio de hábitos alimenticios en la familia, así como la utilización de la comida como defensa de las personas a sus frustraciones, tristezas, necesidades y temores.

Históricamente desde tiempos remotos, el exceso de peso se ha asociado con bienestar económico y belleza; asimismo, se definen figuras-modelo como prototipo al que deben aspirar los individuos según el sexo y la etapa de desarrollo. Por un lado, se promueve y refuerza la imagen obesa en el área infantil, asociándola con salud y belleza; por el otro, en la mujer adolescente y adulta joven se explota la figura delgada, y en la edad madura se evoca y acepta la imagen corporal con sobrepeso. En algunas culturas latinoamericanas, la ganancia de peso en la mujer después del matrimonio es un reflejo positivo de bienestar. Esta ambivalencia genera conflicto en la percepción de la imagen corporal; hay confusión desde lo simbólico y lo imaginario.

Según Padilla (2006), la percepción tiene que ver con:

“Una valoración que el individuo hace a partir de la información sensorial que ha adquirido, al ver y escuchar los patrones significativos forjados en la infancia, desde lo cultural y social. (Padilla. 2006, p.2)

La percepción se relaciona con sentimientos y apreciaciones del mundo interno y externo del individuo; en consecuencia, la que una persona tiene sobre un aspecto en particular, está influida por aspectos sociales, simbólicos y de salud. Desde esta visión, el individuo se enfrenta a un gran desafío en lo referente al tratamiento de la obesidad, ya que además de los aspectos meramente fisiológicos, el psicológico influye en gran medida en el éxito o fracaso de dicho tratamiento. (Padilla, 2006, p, 14)

En la investigación de Padilla (2006), se observó el no uso de la palabra "obeso", principalmente en mujeres; más bien, son frecuentes las palabras "rellenita(o)", "gorda(o)", "gordita", "hermosa(o)" o "muy gorda(o)". Pareciera que existe adversidad ante el uso de la palabra "obeso", situación que dificulta trabajar con esta enfermedad, pues desde lo simbólico se rechaza y niega su existencia.

Datos similares se obtuvieron en coordinación con el Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO), el cual incorporó un módulo de cinco preguntas sobre el control del peso corporal en la Primera Encuesta Telefónica de Salud con representatividad nacional. Se consultó a 600 costarricenses acerca de cómo perciben su peso, y se determinó que sólo el 42% se percibe con "peso alto o muy alto". Se calculó el IMC a partir de peso y talla reportados y se encontró que más de la cuarta parte (27,7%) de los hombres entrevistados que se perciben con "peso normal", presentan sobrepeso u obesidad; situación similar ocurre con el 22,5% de las mujeres, incluso un 14,3% de las que se perciben con peso bajo o muy bajo presentan un IMC > a 25. (Padilla.2006, p.15)

Pareciera que un porcentaje importante de hombres y mujeres no reconocen el exceso de peso como un problema de salud real, tal es así que en la última *Encuesta multinacional de diabetes mellitus, hipertensión arterial y factores de riesgo en el Área Metropolitana*, realizada por el Ministerio de Salud de Costa Rica en 2004, el 60% de los entrevistados presenta sobrepeso u obesidad. A partir de esta información se reconoce un sub-registro del problema del exceso de peso, desde cómo los costarricenses perciben su imagen corporal y su propio peso, y sobre cómo influye esta percepción en las decisiones cotidianas para enfrentar la obesidad.

Ante la demanda social, donde contradictoriamente se idealiza una figura delgada en un ambiente que facilita el sobrepeso y la obesidad, la persona con dicho problema experimenta altos niveles de frustración. Las ilusiones de percibir una figura muy delgada, que en la realidad no existe o que es muy difícil de lograr, hace que se pida a la persona afectada algo imposible: un peso ideal que en ocasiones dista mucho del peso real. El resultado de este desconcierto siempre es "un daño físico, psíquico, social, económico o, una combinación de todos ellos" (Padilla.2006, p.14).

La Promoción de la Salud parte del proceso de intervención del Trabajo Social.

Es fundamental rescatar la evolución del concepto de promoción sanitaria o de la salud, debido a que es uno de los ejes conductores del proceso de intervención del Trabajo Social.

En los años veinte, Winslow definió a la promoción de la salud, como el vínculo entre los esfuerzos de la comunidad y las políticas públicas para mejorar las condiciones de vida de la población. (Valles. 2006, p.30)

En la década de los ochenta, el término se convirtió en una estrategia de salud pública. En 1986, se redactó la carta de Ottawa, que hacía referencia a una promoción de la salud, cuyo objetivo era proporcionar a los pueblos los medios necesarios para tener un control sobre su vida y su salud.

La promoción de la salud es mejorar la equidad, justicia social y evitar enfermedades a nivel individual y colectivo. Asimismo, implica dos aspectos unidos y relacionados: la participación social y el concepto de *empowerment*, que alude a la capacidad de la toma de decisiones de los individuos. (Valles. 2006, p.30)

La Dra. Camiochipi recomienda hacer énfasis en cuatro puntos para el nuevo concepto de promoción de la salud y son:

1. Ampliar la definición y concepto de salud.
2. Trascender la promoción de estilos de vida saludable y diseñar estrategias de mayor dimensión social y política (en clara contradicción con el enfoque anterior).
3. Incorporar el concepto de toma de poder.

4. Promover la participación de la población en la identificación y análisis de sus problemas y necesidades.

Estos puntos señalados son una guía de aproximación para la posible solución del problema de la obesidad.

4.2 Jóvenes, campo de acción del Trabajo Social en Salud

En México existen 20.2 millones de jóvenes entre 15 y 24 años de edad que representan la quinta parte de la población total (108.4 millones). Entre ellos, la mitad (10.4 millones) son adolescentes y el resto son adultos jóvenes (9.8 millones). Sin embargo, entre las décadas de los años ochenta y noventa, su peso relativo comenzó a descender (iniciando por los adolescentes) y se espera que su volumen absoluto lo haga a partir del año 2011, hasta alcanzar, en 2030, un valor cercano a 16.4 millones (13.6% de la población total).

La CEPAL define a la Juventud, como:

“Un período de transición hacia la adultez; durante estos años finalizarán sus estudios, se incorporarán al mercado de trabajo, tendrán hijos, formarán nuevas familias, dejarán la casa de sus padres, definirán un proyecto de vida, buscarán espacios de integración y autonomía, definirán la propia identidad, etc.” (CEPAL. 2000, p. 149).

Sin embargo, la forma de experimentar esta transición no sucede así, al depender de las posibilidades de inclusión e integración económica y social futuras.

En la sociedad actual, estas transiciones son menos lineales, previsibles, y homogéneas; predomina en cambio la diversidad, la incertidumbre y los riesgos. La educación no necesariamente garantiza la incorporación al mercado de trabajo, las trayectorias laborales no son siempre continuas y ascendentes, sino que se ven intercaladas con períodos de desempleo, inactividad o regreso a la escuela, además la independencia residencial no es fácil ni definitiva.

La insuficiencia de recursos propios y la carencia de capacidades adecuadas provocan la reproducción y el agravamiento persistentes de la situación de pobreza. En el caso particular de los

jóvenes marginados, esta vulnerabilidad económica y social se manifiesta en un incremento de la tendencia a la exclusión y la privación de oportunidades.

La juventud, grupo de población entre 15 y 24 años, representa como promedio en México y Centroamérica, el 20.3% de la población total y 33.4% de la población económicamente activa. Su participación en el desempleo total es aún mayor: entre 41% y 62% de los desocupados en los diferentes países. En este contexto, los programas de capacitación social de los jóvenes más pobres revisten manifestaciones en extremo degradantes o destructivas, sin más perspectiva que una mayor exclusión.

A pesar de este panorama desalentador, los jóvenes de la subregión tienen todavía un peso predominante como miembros activos de la sociedad, potencialmente productivos y creativos. Desde el punto de vista de los derechos reconocidos de la adolescencia y juventud como ciudadanos participantes, los jóvenes marginados carecen del acceso a instancias que pudieran canalizar su legítima aspiración a beneficiarse del desarrollo de la sociedad. Por ello, desatender la progresiva marginalidad que padece un amplio sector de la juventud de estos países es un atentado contra el futuro económico y social. (CEPAL, 2000, p, 156)

La juventud, en cuya población se suele incluir a los adolescentes tardíos y los adultos tempranos, constituye un grupo de personas que, por la trascendencia de la etapa de vida que atraviesa, comparte problemas y desafíos análogos. Para este estudio, el grupo en cuestión tiende a rebasar las edades de 15 y 24 años. Esta etapa juvenil –desde la adolescencia hasta la conversión en adulto– abre un período de prueba y ajuste con respecto a las condiciones sociales y económicas que la sociedad ha elegido sin la participación de los jóvenes. La segmentación social derivada de la estructura económica imperante constituye también una fuente de marginación y deja indefensos a quienes transitan por esta etapa.

La ONU definió como “joven”, “jóvenes” o “juventud” a todas las personas, nacionales o residentes en algún país de Iberoamérica, comprendida entre los 15 y los 24 años de edad.

Por otra parte, CEPAL (2000), define lo siguiente:

Se considera que el desarrollo de las funciones sexuales y reproductivas es el punto de partida de profundos cambios físicos, biológicos y psicológicos que permiten establecer una clara diferencia entre la etapa de la niñez y el inicio de la adolescencia.

La adolescencia se relaciona directamente con la reproducción de la especie humana, mientras que la juventud refiere más a la reproducción de la sociedad. Según el investigador Roberto Brito, la juventud se inicia con la capacidad del individuo para reproducir a la especie humana y termina cuando adquiere la capacidad para reproducir a la sociedad. (CEPAL.2000, p.171)

La Organización de las Naciones Unidas ha establecido un rango de edad para determinar quiénes serán considerados como jóvenes, y es el que se utilizará en el presente documento; esto es, todos los hombres y mujeres entre los 15 y los 24 años de edad, los cuales y rebasan las consideraciones biológicas.

La proporción de jóvenes de 15 a 29 años en la población total alcanzó su máximo (28,5%) en 1990, cifra que, debido a la baja sostenida de la fecundidad, se ubicará en 24% en 2020.

La obesidad y la desnutrición coexisten en niños de las mismas regiones y estratos sociales, en las mismas familias (madres obesas y niños desnutridos). En las áreas metropolitanas periféricas urbanas de los países subdesarrollados de la región es común encontrar familias pobres con un padre de baja talla, obeso, hipertenso y con antecedentes de desnutrición en la niñez; la madre anémica, probablemente obesa y de estatura baja. Por lo cual, considerar a la obesidad como una condición opuesta a la desnutrición y asociada a la opulencia, no sólo es equivocado, sino que puede tener consecuencias graves sobre el abordaje de problemas nutricionales. (García.2009, p. 44).

Las personas con vulnerabilidad económica y social seleccionan alimentos altos en azúcar y grasas, que, aunque les impide gozar de una nutrición adecuada, satisface su apetito y por eso los integran en su patrón de consumo tradicional. El consumo de comidas rápida, caracterizada por una elevada densidad energética y baja calidad nutricional, presenta gran influencia en estos contextos. La salud de este grupo poblacional se deteriora todavía más, dado el acceso limitado a los servicios de salud.

Actualmente, los precios elevados de las frutas, vegetales frescos y de otros alimentos de alta calidad nutricional, los hacen inaccesibles para los grupos de ingresos más bajos. La adquisición está condicionada básicamente por la capacidad de compra, la industria alimentaria segmenta la oferta y la comercialización de productos con calidad diferenciada, y dirige los anuncios masivos de alimentos de baja calidad y mayor contenido de grasas y azúcares a los sectores con menor poder adquisitivo. (García.2009, p. 44).

La obesidad es llamada por varios autores como “globesidad” por considerarse generada por la globalización (como se explicó anteriormente), y también debido a que es una epidemia mundial, dado que 300 millones de personas la padecen. (Eberwine, 2002, p.1)

RESULTADOS:

**PERSPECTIVAS DEL TRABAJO SOCIAL EN
ESTUDIANTES DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y
HUMANIDADES PLANTEL SUR. UNAM**

La presente investigación tuvo como objetivo identificar los factores sociales y culturales que promueven el sobrepeso y obesidad en jóvenes estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Sur, (CCH Sur), de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), desde la perspectiva de la disciplina del Trabajo Social, en el año 2012.

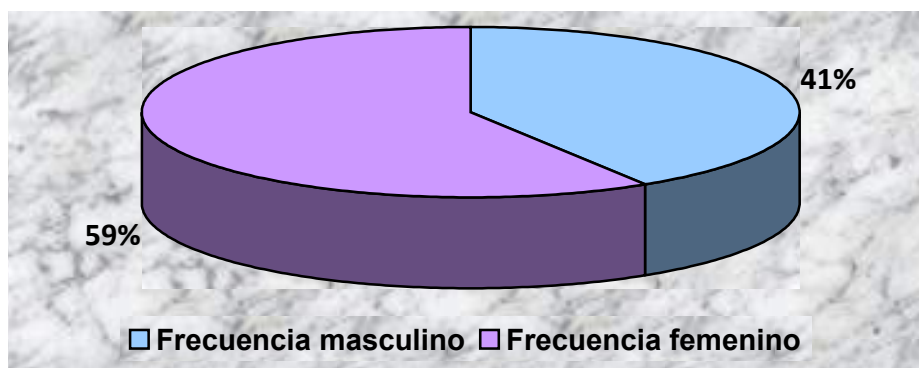
Consistió en un estudio exploratorio, de campo y transversal con el instrumento aplicado IDIAOH (Instrumento de Investigación para adolescentes con Obesidad de Valles Huerta), probado con anterioridad en un estudio piloto y para cuyo manejo estadístico de las variables se utilizó el paquete SPSSpc versión 17.

Se entrevistaron a 150 estudiantes del CCH Sur invalidándose a cuatro estudiantes por no contestar todo el instrumento de investigación. Por ello quedó una muestra de 146 estudiantes, de los cuales el 59% fueron mujeres y el 41%, hombres.

La media en el rango etario de los estudiantes a quienes se aplicaron el instrumento de investigación fue de 15 años con cuatro meses.

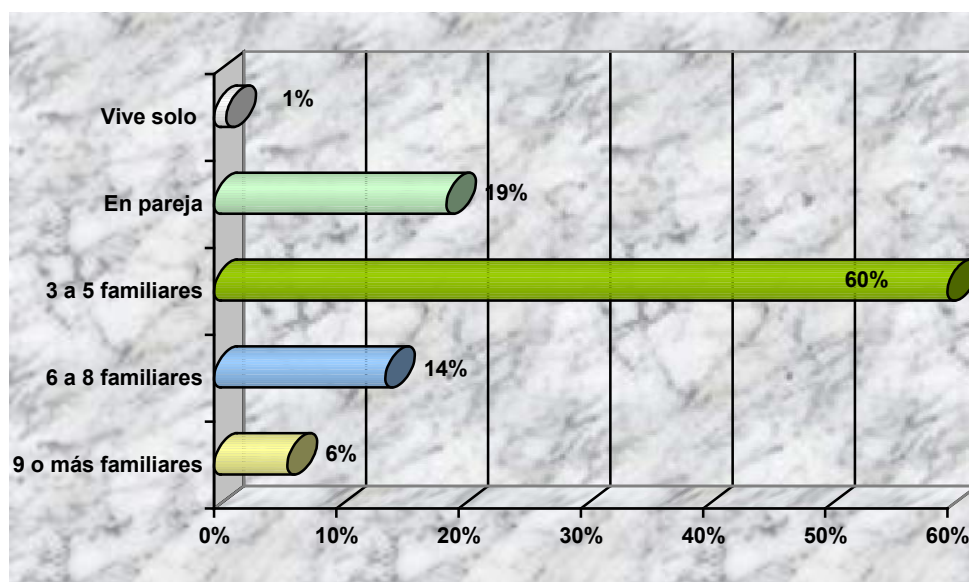
Dentro del **Instrumento de Investigación para Adolescentes con Obesidad de Valles Huerta (IDIAOVH)**, se encuentran variables como antecedentes familiares de alguna enfermedad crónica degenerativa, por su asociación con el factor de herencia de dichas enfermedades entre ellas el sobrepeso y la obesidad.

GRÁFICA 1. FRECUENCIA DE GÉNERO



Fuente: Instrumento aplicado a jóvenes del CCH, Sur. UNAM.2012. CDMX

GRÁFICA NO. 2 ¿CON QUIÉN VIVE?



Fuente: Instrumento aplicado a jóvenes del CCH, Sur. UNAM.2012. CDMX

En su mayoría (60%), los estudiantes viven en familia de 3 a 5 familiares; en pareja, 19%; 6 a 8 familiares, 14%, y 9 o más familiares, 6%.

El 100% de la muestra mencionó no tener hijos.

La mayoría de los estudiantes (85%) vive en casa propia y 15% rentan su vivienda.

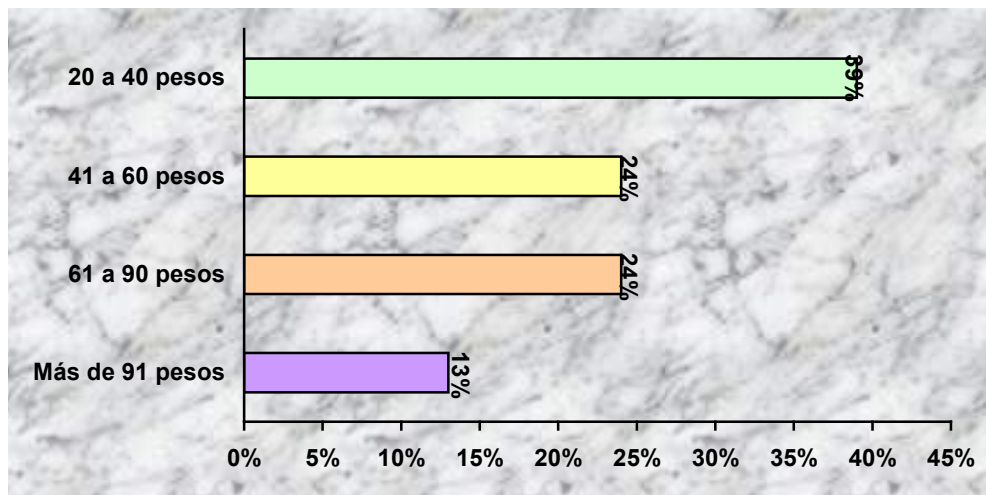
El 92% señaló que dependían económicamente de sus tutores, y el 8% restante que eran autosuficientes.

El 95 % del alumnado no tiene empleo, y el 5 % restante mencionó que laboran.

De la población que tiene un empleo, el 75% trabaja entre 7 a 10 horas diarias, y el 25% restante entre 3 a 6 horas.

El gasto en la alimentación diaria de los estudiantes equivale a más de un salario mínimo.

GRÁFICA NO. 3 GASTO EN LA ALIMENTACIÓN DIARIA

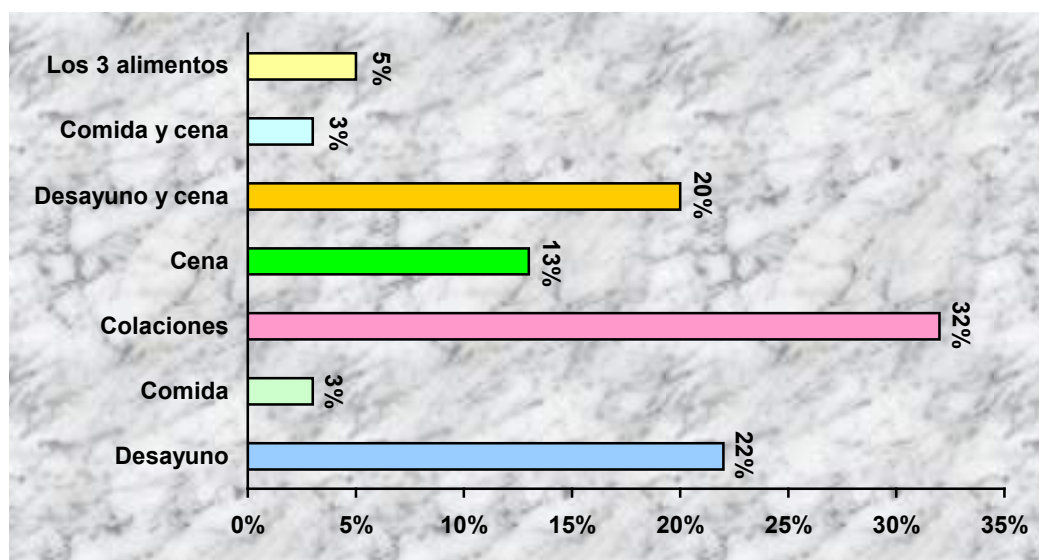


Fuente: Instrumento aplicado a jóvenes del CCH, Sur. UNAM.2012. CDMX

El 65% de los estudiantes refirieron comprar los alimentos industrializados y preparados en la calle, lo cual eleva el precio de la alimentación, y el 35% los lleva de casa.

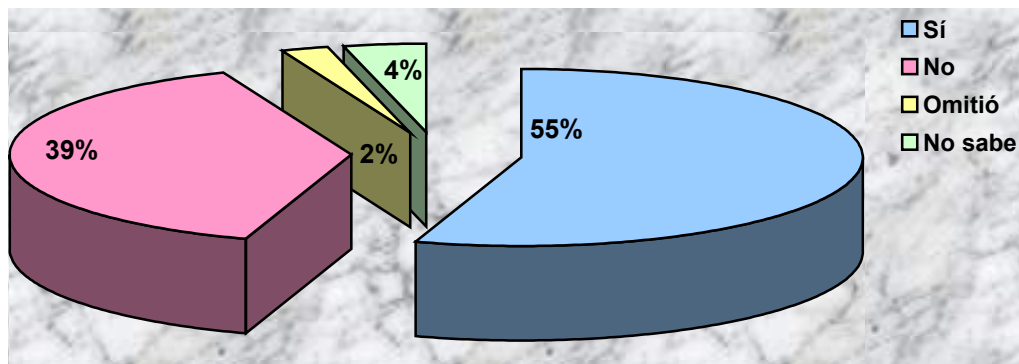
En su mayoría, los alumnos realizan sus colaciones fuera de casa en la escuela. Esta variable de consumo de alimentos en la calle se comportó de la siguiente manera:

GRÁFICO NO. 4 COMIDAS EN LA CALLE



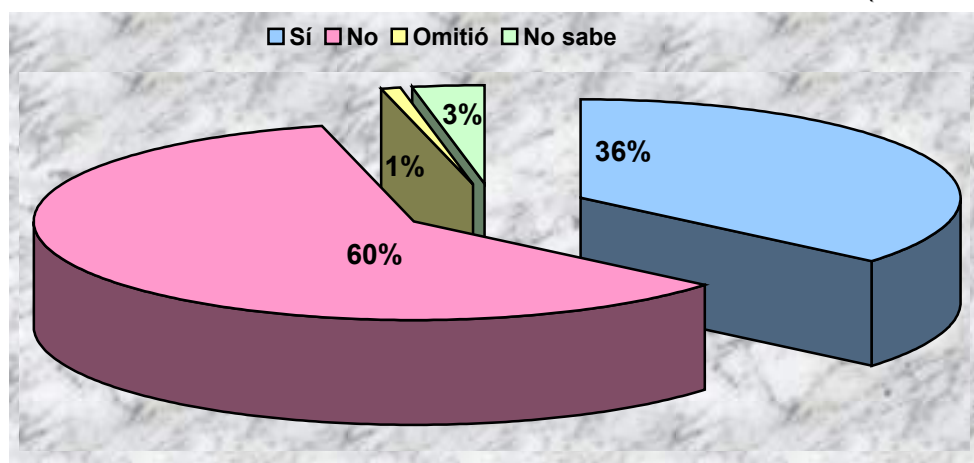
Fuente: Instrumento aplicado a jóvenes del CCH, Sur. UNAM.2012. CDMX

GRÁFICO NO. 5 ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES DE DIABETES MELLITUS (AHFDM)



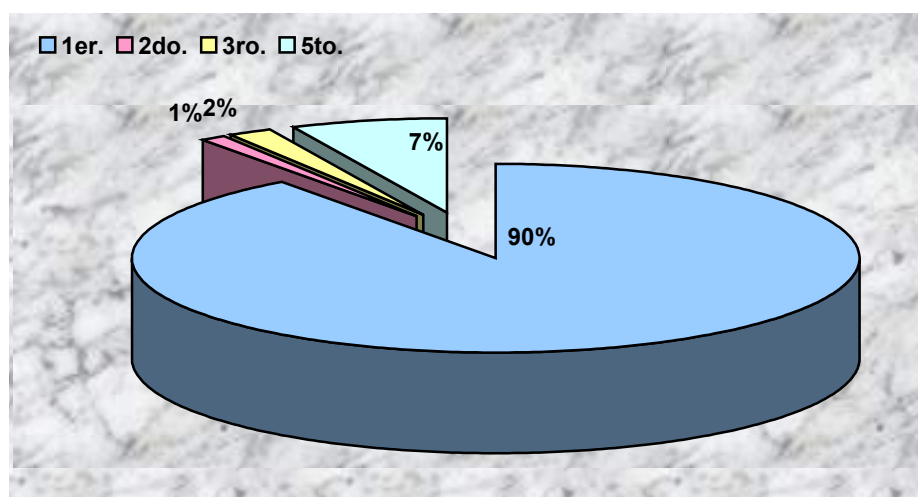
Fuente: Instrumento aplicado a jóvenes del CCH, Sur. UNAM.2012. CDMX

GRÁFICO NO. 6 ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES DE OBESIDAD (AHFOB)



Fuente: Instrumento aplicado a jóvenes del CCH, Sur. UNAM.2012. CDMX

GRÁFICO NO. 7 SEMESTRE QUE CURSAN LOS ALUMNOS



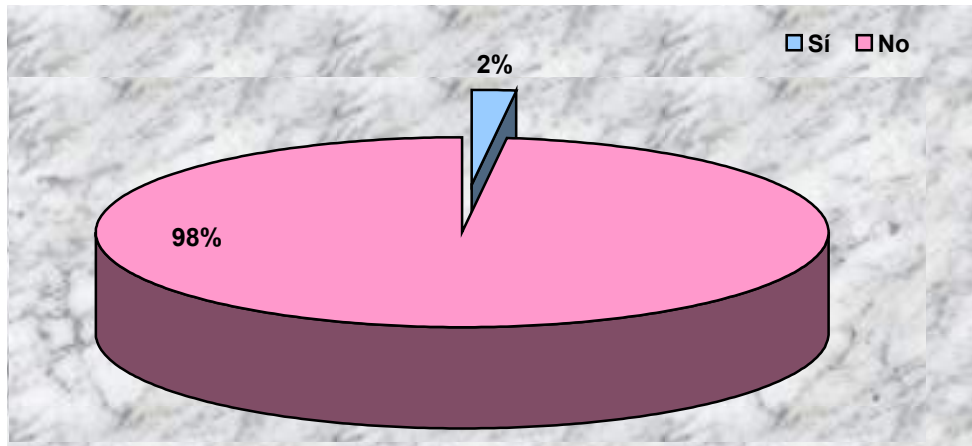
Fuente: Instrumento aplicado a jóvenes del CCH, Sur. UNAM.2012. CDMX

El 90% de los alumnos que participaron en la investigación eran de primer semestre; el 7% de quinto; de tercero el 2%, y el 1% de segundo semestre. La obesidad tiene una relación directa con el factor genético (referencia), el 60% de los jóvenes no tiene antecedentes hereditarios con obesidad, el 36% de la población respondió positivamente.

Con lo que respecta a los Antecedentes Personales Patológicos, es decir, si los estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Sur padecen Diabetes Mellitus, Obesidad, Hipertensión Arterial u otra enfermedad crónica degenerativa, la población se comportó de la siguiente manera:

- Tres alumnos (2%) cursan con Diabetes Mellitus y el resto mencionó que no la padece (98%).
- El 19% (13) de los estudiantes tiene obesidad, y el 79% de la población afirma no tenerla.
- El 2% de los estudiantes comenta que padece hipertensión arterial (HTA).

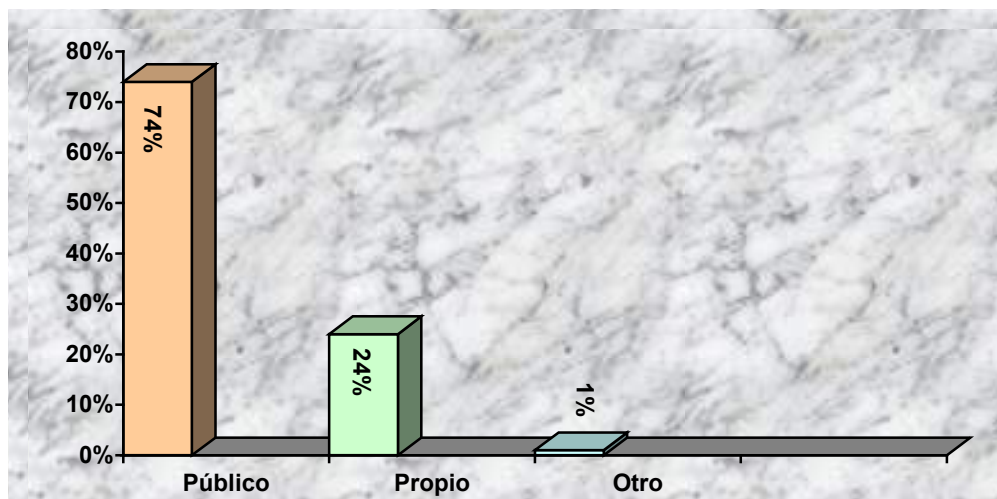
GRÁFICO NO.8 ESTUDIANTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL



Fuente: Instrumento aplicado a jóvenes del CCH, Sur. UNAM.2012. CDMX

Dentro de los principales factores de riesgo para que los jóvenes desarrollen obesidad se encuentra la inactividad y un predeterminante es el uso de transporte para llegar a la escuela. En ese sentido, 108 estudiantes (74%) contestaron que usaban transporte público; 35 (24%) que tenían auto propio; 2 (1%) que otro tipo y 1 (0.7%) omitió la pregunta.

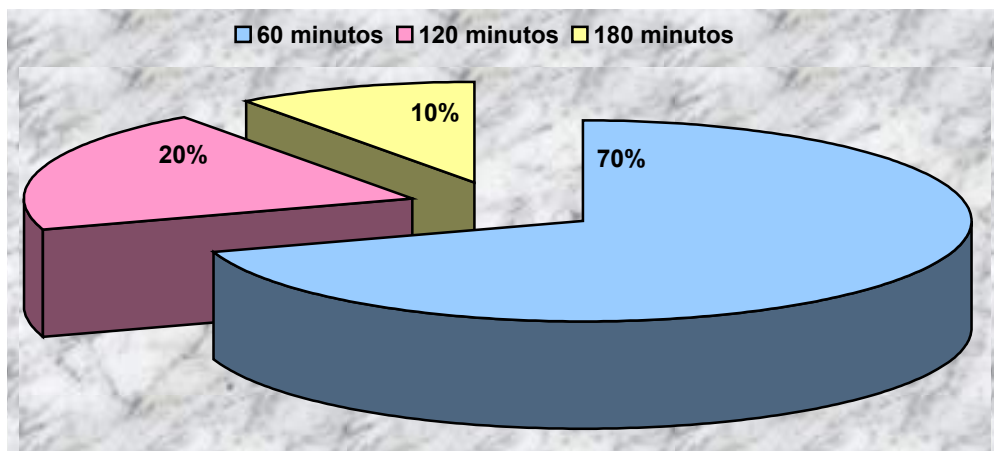
GRÁFICO NO. 9 TRANSPORTE



Fuente: Instrumento aplicado a jóvenes del CCH, Sur. UNAM.2012. CDMX

El tiempo que invierten los estudiantes al transportarse hacia la escuela es importante, debido a que es un factor asociado al sedentarismo. El 70% tarda una hora en llegar a su escuela; el 20%, dos horas y el 10%, hasta 3 horas con veinte minutos.

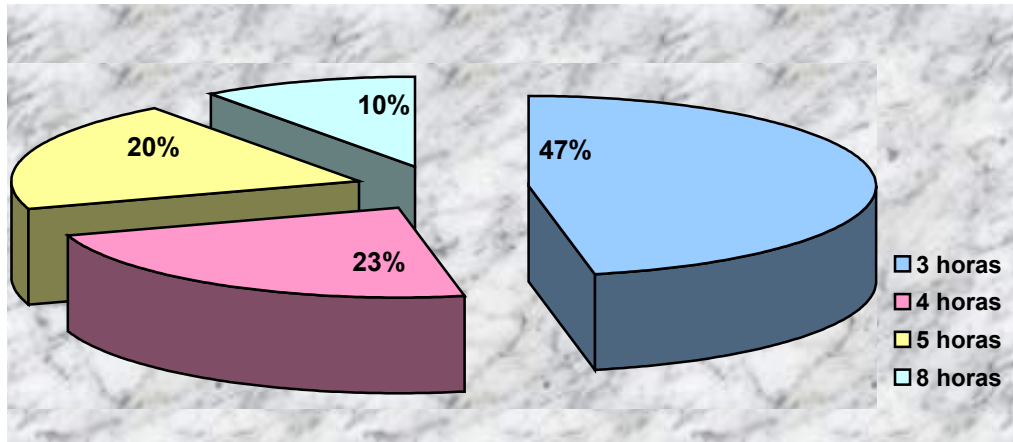
GRÁFICO NO. 10 TIEMPO DE TRANSPORTE



Fuente: Instrumento aplicado a jóvenes del CCH, Sur. UNAM.2012. CDMX

El tiempo que pasan los estudiantes frente a un monitor (computadora, videojuegos, televisión) es de 3 hasta 5 horas al día, lo cual resulta alarmante, pues el 47% de la población pasa 3 horas más del tiempo que permanecen sentados en la escuela y en el transporte. Por ende, si, de acuerdo con estas cifras, un estudiante en promedio no tiene actividad por 10 horas, esta situación lo predispone a enfermedades crónico degenerativas, entre ellas la obesidad.

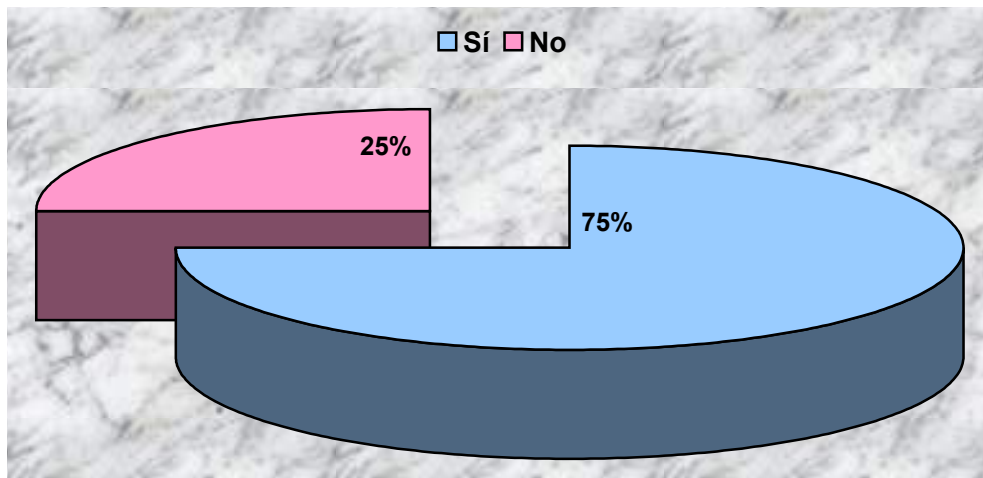
GRÁFICO NO. 11 TIEMPO SENTADO FRENTE A UN MONITOR



Fuente: Instrumento aplicado a jóvenes del CCH, Sur. UNAM.2012. CDMX

En cuanto a si los estudiantes realizan alguna actividad física, el 75% dijo que no y el 25% mencionó que sí.

GRÁFICO NO. 12 ACTIVIDAD FÍSICA



Fuente: Instrumento aplicado a jóvenes del CCH, Sur. UNAM.2012. CDMX

Se utilizó el instrumento de investigación sobre insuficiencia alimentaria relacionado con factores sociales enfocados en la escala económica el cual consta de ocho cuestionamientos sobre este tema:

1. *En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿usted se preocupó de que los alimentos se acabaran en su hogar?*

De los 146 estudiantes, 119 mencionaron que no; sí, 14 estudiantes; no sabe 1, y 12 no respondieron.

2. *¿Sintió hambre, pero no comió?*

De los 146 estudiantes, 130 contestaron que no; 5 que sí y 11 no respondieron.

3. *¿Usted o algún adulto dejó de desayunar, comer o cenar?*

Del total de la muestra (146), 132 mencionaron que no, 3 estudiantes que sí y 11 no respondieron.

4. *¿En su hogar dejaron de tener una alimentación saludable?*

129 respondieron que no, 6 que sí y 11 omitieron su respuesta.

5. *¿Usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación poco variada?*

130 contestaron que no; 6 que sí y 10 no respondieron.

6. *¿Usted o algún adulto comió menos?*

De los 146 estudiantes: 127 respondieron que no; 7 que sí y 12 no contestaron.

7. *¿Usted o algún adulto sintió hambre, pero no comió?*

130 afirmaron que no; 5 que sí y 11 no respondieron.

8. *¿Usted o algún adulto comió 1 vez o dejó de comer todo el día?*

130 mencionaron que no, 6 respondieron que sí y 10 no contestaron.

El ejercicio es un factor que previene la obesidad en los jóvenes, por ello en el instrumento de investigación se consideró este factor y se les preguntó si realizaban algún tipo de ejercicio: 95 estudiantes (65.1%) respondieron que sí; 50 (34.2%) refirieron que no y 1 estudiante no contestó la encuesta (.7%).

También se les preguntó qué tipo de ejercicio realizaban: 94 (64.4%) mencionaron que hacían ejercicio aeróbico como nadar, andar en bicicleta, bailar, y sólo un estudiante (.7%) efectuaba ejercicio anaeróbico como pesas. 51 estudiantes omitieron la respuesta.

En cuanto a la frecuencia del ejercicio, los estudiantes respondieron que lo realizaban 1 vez por semana (9%); dos veces a la semana, 20%; 3 veces por semana, el 15%; 4, 6%, 5, 9%; 6 veces por semana, el 2% y 7 veces por semana 8%.

En cuanto a sus estilos de vida se encontró que el 16% de la población fumaba y el 84%, no.

De la población que fuma, el 54% consume 1 cigarrillo al día; el 20%, 2 cigarros por día, y 3 a 5 al día el 26%.

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, el 82% mencionó que no consumía y el 18%, que sí. El tipo de bebida alcohólica de mayor consumo entre los adolescentes fue el tequila con un 35%; después cerveza con un 29%; 15% beben ron; vodka con 11%, y 10% de mezcal.

El consumo de alcohol entre los estudiantes se midió por frecuencia en la semana: el 85% de la población dijo consumir de 1 a 2 veces por semana; 3 a 4 veces por semana lo hacen 12%, y de 5 a 7 veces sólo un 3%.

Conocer si los estudiantes realizaron algún tratamiento para bajar de peso, el tipo de tratamiento y sus resultados es fundamental para determinar sus expectativas sobre la enfermedad. 86% de los estudiantes mencionaron que no se habían sometido a ningún tratamiento para bajar de peso y el 14% que sí; en cuanto al tipo de tratamiento al que se sometieron los estudiantes, el 55% contestó que lo hizo mediante una dieta; el 20% con medicamento; el 15% a través de un tratamiento naturista, y combinados el 10%.

En cuanto a los resultados obtenidos en este tratamiento, el 60% mencionó que no volvió a subir de peso, y el 40% que tuvo un rebote o que inclusive subió más de peso.

La razón por la cual los estudiantes decidieron someterse a bajar de peso fueron el 50% por salud; el 30% por imagen y 20% por su pareja.

En cuanto al consumo de alimentos, se les preguntó a los estudiantes cuántas comidas realizaban al día, el 65% dijo que de 1 a 3 comidas; el 25% que de 4 a 6, y el 10% de 7 a 10 comidas por día.

Respecto al consumo de refresco, las cifras coincidieron con las estadísticas nacionales de consumo per cápita de 750ml por habitante. El 90% dijo consumir refresco diariamente y el 10% no consumirlo. La cantidad de consumo diario fue 25%, de 400 a 600 ml; de 1000 a 1200 ml, el 24%; 1300 a 1500, el 12%; más de 1900 ml, el 16%; 700 a 900 el 15%; y de 100 a 300 ml, el 8%.

En cuanto a los vasos de agua que la población de estudiantes consume en un día de 4 a 5 vasos (100 a 250 ml) el 40%, 6 vasos (500ml) el 30%, el 17% un vaso o menos (100 a 250 ml), 7 a 8 vasos 13%.

En cuanto al consumo de frutas y verduras para este grupo poblacional, la Organización Mundial de la Salud, recomienda 3 verduras y 2 frutas al día. Sin embargo, 65% de los estudiantes mencionaron consumir de 1 a 2 raciones por día; el 30% dijo comer de 3 a 4 raciones, y de 5 a 6 raciones, el 5% de la población.

En cuanto a las técnicas culinarias de consumo, un alto porcentaje (92%, 134 estudiantes), mencionó que consume alimentos fritos, capeados, empanizados y rostizados; dichos alimentos se cocinan con demasiada grasa, un factor que contribuye al sobrepeso y obesidad. 10 estudiantes (7%) afirmaron que no los consume, y 2, no contestaron.

La frecuencia en días a la semana en que los estudiantes consumen preparaciones fritas, capeadas, empanizadas y rostizadas es: 1-2 veces por semana, 42 estudiantes (29%); de 3 a 4 veces por semana, 51 estudiantes (35%); 5 a 6 veces por semana, 22 estudiantes (15%); toda la semana, 10 estudiantes (7%), y los demás omitieron la pregunta.

Dentro del cuestionario aplicado a los jóvenes se realizó una frecuencia de alimentos que consiste en preguntar a las personas cada cuánto consumen determinados alimentos. Este tipo de encuestas dietéticas se relacionan con riesgos de enfermedades basadas en los consumos; es de fácil aplicación debido a que los jóvenes pueden contestar este instrumento rápidamente por medio de la opción múltiple.

Para que este instrumento reflejara los consumos de los jóvenes se revisaron estados del arte de alimentos populares para este grupo de edad y se realizaron entrevistas previas.

El consumo de alimentos de los estudiantes fue el siguiente:

Alimento	Nunca o rara vez lo consume	Diario	2-3 veces a la semana	4 a 5 veces por semana	1 vez al mes
Chocolate	36%	14%	26%	6%	11%
Caramelo	36%	20%	25%	5%	14%
Chorizo y/o tocino	60%	3%	13%	3%	21%
Tacos de suadero	60%	8%	10%	2%	20%
Hamburguesa	61%	2%	11%	1%	25%
Quecas (quesadillas fritas)	50%	3%	20%	1%	26%
Guajolotas	51%	8%	15%	1%	26%
Frijoles	24%	25%	20%	10%	21%
Verduras	14%	31%	25%	14%	21%
Jugos Embotellados	26%	21%	34%	14%	6%
Pasteles	52%	3%	21%	3%	18%
Vísceras	77%	1%	10%	1%	13%
Carne de pollo	9%	14%	55%	6%	17%
Carne de res	20%	11%	45%	3%	20%
Carne de cerdo	30%	6%	43%	1%	21%
Carne de pescado	29%	6%	37%	1%	27%
Mariscos	46%	3%	18%	1%	32%
Consumo de queso	14%	26%	28%	13%	19%
Leche	14%	26%	28%	13%	19%
Yogur de frutas	23%	34%	31%	4%	9%
Arroz sopa	30%	25%	20%	5%	20%
Nachos	71%	3%	4%	1%	20%

En cuanto al consumo de alimentos, se registró un porcentaje alto en azúcares refinados como chocolate, jugos y caramelos entre los estudiantes.

En el caso del consumo de proteínas, hubo un porcentaje mayor de carne de pollo quizá debido al precio más bajo; aunque también su fuente de proteína está en el queso y la leche.

Los alumnos consumen yogur de sabor en un porcentaje alto, mismo que contiene grandes cantidades de carbohidratos como los propios de la leche más la adición de mermelada de frutas.

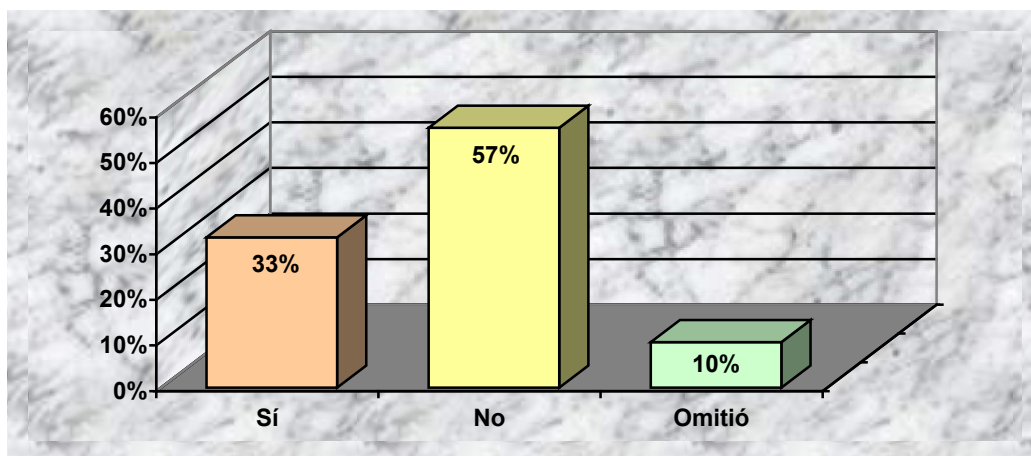
El consumo de verduras se encuentra por debajo del recomendado; el de frijoles se mantiene en promedio nacional, lo cual les da un adecuado aporte de fibra y proteína vegetal.

Respecto a los alimentos preparados de mayor consumo están las “quecas”, (quesadillas de tortillas de maíz con aceite), las “guajolotas” (tortas de tamal), hamburguesas y tacos de suadero.

Otro aspecto reportado es la influencia de los medios de comunicación en los consumos de alimentos y es tereotipos que siguen los adolescentes como parte fundamental de la globalización, pues promueven el consumo aquéllos altos en grasa saturada e hidratos de carbono simples.

También en la globalización se generan estereotipos de personas delgadas o incluso con desnutrición como imagen de belleza y éxito, por lo cual se cuestionó a los estudiantes sobre estos temas. A continuación, veremos sus respuestas:

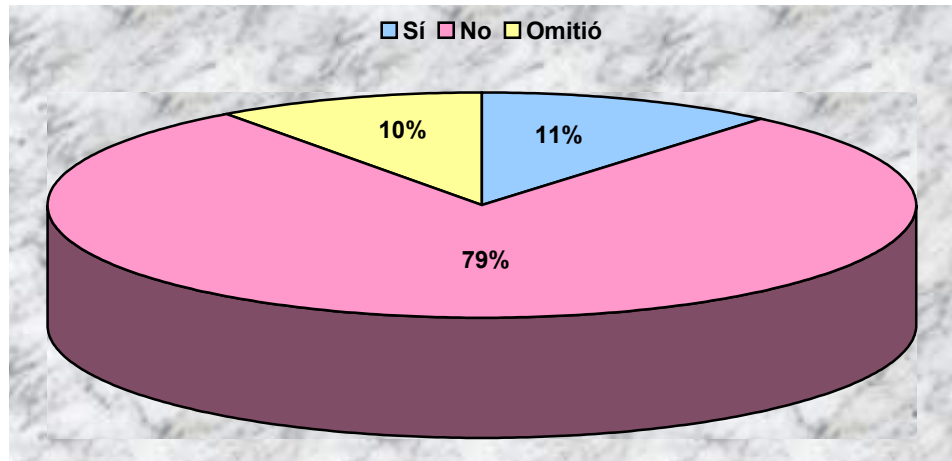
GRÁFICO NO. 13 INFLUENCIA DE LA TELEVISIÓN EN LA COMIDA



Fuente: Instrumento aplicado a jóvenes del CCH, Sur. UNAM.2012. CDMX

El 33% mencionó que los anuncios tienen un efecto positivo en el consumo de alimentos.

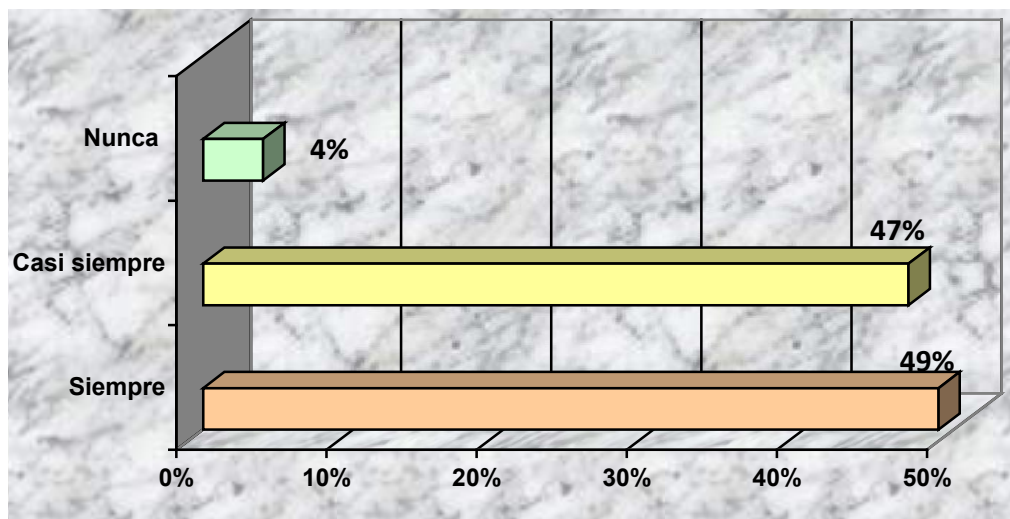
GRÁFICO NO. 14 RELACIÓN DE ANUNCIOS DE TELEVISIÓN CON SENTIMIENTOS



Fuente: Instrumento aplicado a jóvenes del CCH, Sur. UNAM.2012. CDMX

En esta investigación se identificó una relación directa entre las emociones que provocan los anuncios televisivos como “tristezas” y “angustias” y el aumento en los consumos de alimentos.

GRÁFICO NO. 15 ¿SE SIENTE BIEN CON SU IMAGEN CORPORAL?

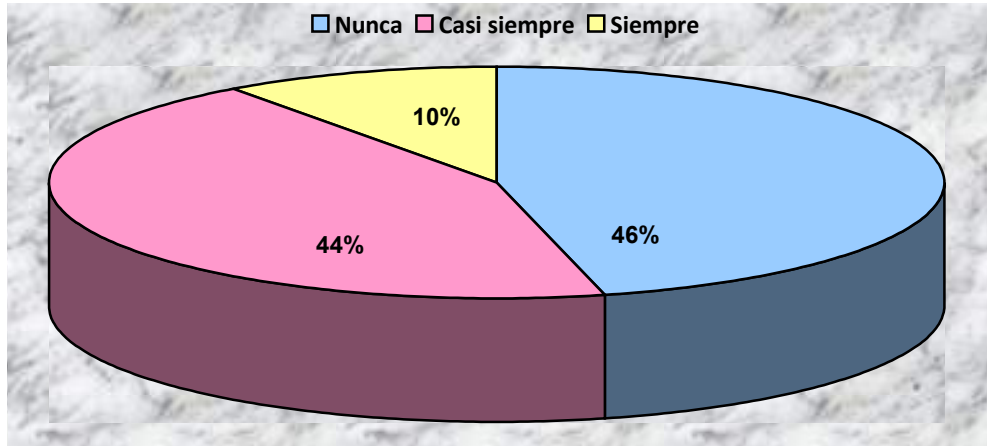


Fuente: Instrumento aplicado a jóvenes del CCH, Sur. UNAM.2012. CDMX

La imagen corporal en la adolescencia es compleja, por los cambios o aparición de los caracteres sexuales secundarios, por ejemplo, el ensanchamiento de caderas y desarrollo de senos en las mujeres.

El 47% refirió sentirse casi siempre bien con su imagen corporal.

GRÁFICO NO. 16 ¿CONSIDERAS QUE LAS PERSONAS EXITOSAS TIENEN UNA IMAGEN ESBELTA?

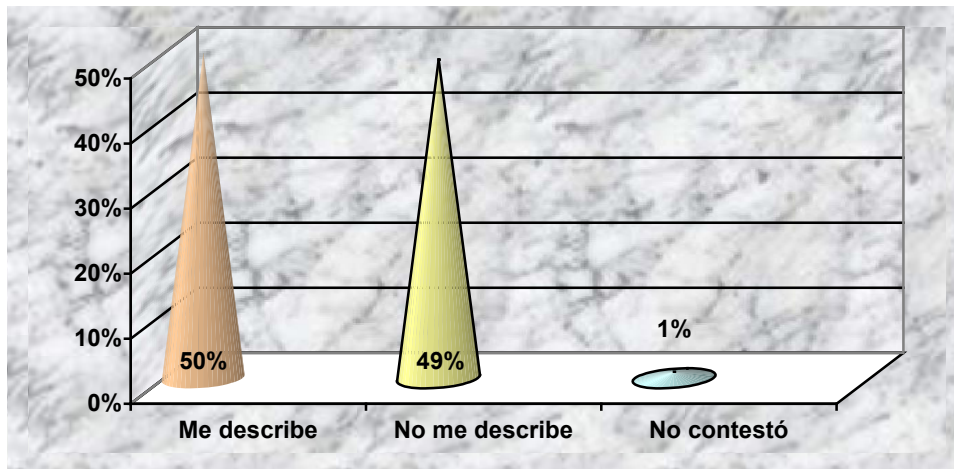


Fuente: Instrumento aplicado a jóvenes del CCH, Sur. UNAM.2012. CDMX

De manera que los estudiantes identifican el éxito de las personas con una figura esbelta.

Resultados en el área de autoestima

GRÁFICO NO. 17 SOY POPULAR ENTRE LAS PERSONAS DE MI EDAD

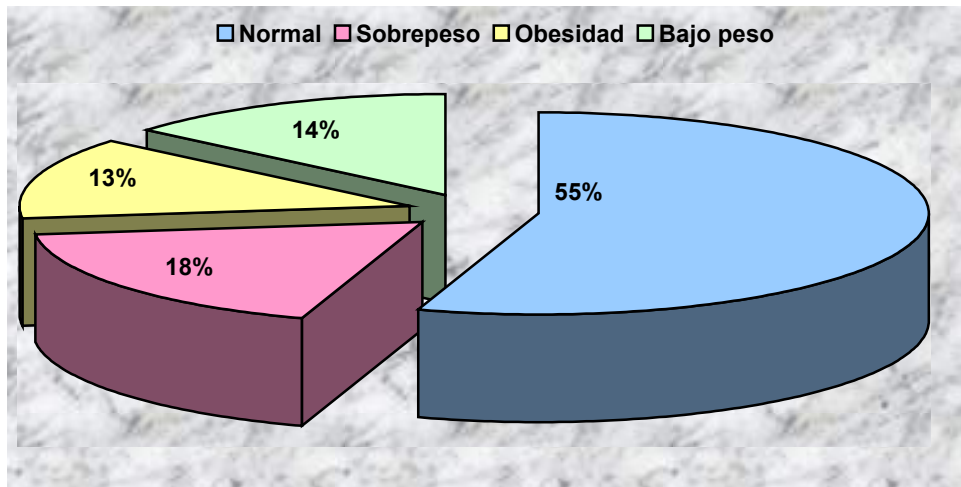


Fuente: Instrumento aplicado a jóvenes del CCH, Sur. UNAM.2012. CDMX

En la gráfica se observa que la mitad de la muestra estudiada considera que es popular entre las personas de su misma edad. La discriminación hacia los estudiantes con sobrepeso es de un 30%, se recomienda contemplar esta situación en una futura intervención de Trabajo Social.

La última pregunta consistió en pesar y medir a los estudiantes participantes en la presente investigación, para sacar el índice de masa corporal y determinar su estado nutricional.

GRÁFICO NO. 18 ÍNDICE DE MASA CORPORAL



Fuente: Instrumento aplicado a jóvenes del CCH, Sur. UNAM.2012. CDMX

El índice de masa corporal resultó ser similar a los datos planteados por ENSANUT (2006), que el sobrepeso y obesidad en jóvenes es de aproximadamente un 30%.

CONCLUSIONES

El Trabajo Social es una disciplina que identifica a la salud y enfermedad como un proceso holístico; es decir, como un proceso donde los determinantes no son sólo aspectos biológicos, sino que intervienen procesos socioculturales.

Esta investigación se fundamenta en la teoría social de la Globalización, identificada actualmente como Globesidad, término dado por los altos índices de obesidad a nivel mundial.

La Globalización, vista desde la perspectiva del Trabajo Social, es también un modelo económico que tiene que ver con los estilos de vida de las personas y de la colectividad.

En esta tesis de grado se identifican factores propios de la globalización que inciden en los procesos de salud y enfermedad de las personas. Algunos de ellos tienen que ver con la influencia de los medios de comunicación, los cuales promueven el consumo de alimentos de alto valor energético como los llamados productos “chatarra” y que se ven reflejados en los resultados de esta investigación, cuando los estudiantes mencionan que al observar los comerciales mediáticos influyen en el consumo de estos productos.

Otro aspecto abordado en la teoría de la Globalización es el mensaje promovido falsamente en los jóvenes, por un lado, un estereotipo delgado en las mujeres, y otro atlético en los varones.

En esta investigación se comprobó que dicho mensaje manipulado por los medios de comunicación hace que los jóvenes perciban a la delgadez como un estereotipo de éxito en todos los niveles. También un 30% de la población señaló sufrir de algún tipo de discriminación por sobrepeso y obesidad. Por lo anterior, se recomienda tomar en cuenta este aspecto en una futura intervención social para prevenir trastornos alimenticios en los estudiantes.

En esta investigación se concluye que los estudiantes tienen una vulnerabilidad al sobrepeso y obesidad, debido a sus bajos ingresos económicos y a su capacidad para adquirir alimentos de adecuada calidad nutricional.

Otro factor que incide en el sobrepeso y obesidad de los estudiantes, son los hábitos alimenticios que adquieren en su entorno social y familiar, basados en alimentos altos en grasas saturadas y azúcares refinados, como se observa en sus consumos de frituras y bebidas azucaradas.

Con la globalización, los jóvenes utilizan nuevas tecnologías como redes sociales y video juegos, que provocan la inactividad física de los estudiantes, repercutiendo en la ganancia de peso y pérdida de salud por llevar una vida sedentaria.

En esta investigación se identifica que el 31 % de los estudiantes tiene sobrepeso y obesidad. En consecuencia, el Trabajo Social tiene un amplio campo de acciones estratégicas y políticas de salud pública.

La perspectiva del Trabajo Social es promover la Salud de los estudiantes desde un enfoque amplio basado en teorías actuales como la Globalización.

La recomendación desde la perspectiva del Trabajo Social es la de incidir, intervenir en los programas sociales y políticas públicas, para tratar de resolver y prevenir el problema de los índices de sobrepeso y obesidad de México.

El Estado Mexicano debe tomar en cuenta a la disciplina del Trabajo Social, para implementar políticas de salud pública y modelos de intervención, para lograr resolver o disminuir el grave problema del sobrepeso y obesidad de la población.

ANEXO

El siguiente instrumento (IDIAOVH, Instrumento de Investigación para Adolescentes con Obesidad de Valles Huerta) no es un examen y no tiene una calificación, nos interesa conocer su opinión, la cual consideramos muy importante. Por favor, conteste las siguientes preguntas

FOLIO I _ I _ I _ I _ I

Fecha: I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

Nombre del Encuestador: _____

Código: I _ I _ I

1. DATOS GENERALES

Número de cuenta	
Edad (Años cumplidos)	
Sexo	
Semestre	
Turno	
Correo electrónico	

2. MEDICIONES

<p>Realizar las mediciones antropométricas de acuerdo con las técnicas recomendadas.</p>	
<p>Peso: _____ . _____ Kg.</p>	
<p>Fecha de última menstruación: ____ ____ ____ <div style="text-align: right;">día mes año (mujeres)</div> </p>	
<p>Talla: _____ . _____ cm.</p>	
<p>Observaciones:</p> <hr/> <hr/> <hr/>	

3. Socioeconómico

¿Cuántos familiares viven en su casa? (Número contándolo a usted)	
¿Es casado o vive en pareja?	
¿Cuántos hermanos tiene?	
¿Tiene hijos? Sí () No () ¿Cuántos?	
¿Dependen económicamente de usted? Sí () No () y cantidad de personas	
¿Trabaja? Sí () No ()	
Aproximadamente, ¿cuánto gasta en alimentación diaria por persona?	
¿Vive en casa propia o rentada?	
¿Cada cuándo compra despensa?	
¿Compra alimentos para desayunar o comer o cenar o entre comidas? Sí () No ()	Alimentos compra: Desayuno () Colación () Comida () Colación () Cena ()

4. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria - ELCSA ¹

Pregunta	En la última semana	En las últimas dos semanas	En el último mes	En los últimos Meses
1. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Usted se preocupó de que los alimentos se acabaran en su hogar? SI (1) NO (0) NS (9) NR (99)				
2. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿En su hogar se quedaron sin alimentos? SI (1) NO (0) NS (9) NR (99)				
3. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿En su hogar dejaron de tener una alimentación (saludable, nutritiva, balanceada, equilibrada)? (Plato del bien comer) SI (1) NO (0) NS (9) NR (99)				
4. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos? SI (1) NO (0) NS (9) NR (99)				

5. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, comer o cenar? SI (1) NO (0) NS (9) NR (99)				
6. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer? SI (1) NO (0) NS (9) NR (99)				
7. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió? SI (1) NO (0) NS (9) NR (99)				
8. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer todo un día? SI (1) NO (0) NS (9) NR (99)				

5. Antecedentes Heredo familiares.

Algún familiar directo como Madre, Padre, Abuelo paterno o materno padece o padeció

Diabetes Mellitus tipo 2	Sí () No ()
Obesidad	Sí () No ()
Hipertensión Arterial	Sí () No ()
Cáncer de colón	Sí () No ()
Enfermedades del corazón	Sí () No ()

6. Usted padece alguna enfermedad crónica: Sí () No ()

6.1. ¿Cuál de las siguientes?

Diabetes Mellitus tipo 2	Sí () No ()
Obesidad	Si () No ()
Hipertensión Arterial	Sí () No ()
Cáncer de colón	Sí () No ()
Enfermedades del corazón	Sí () No ()
Otras:	

7. Actividad física (Horas o minutos)

¿Para trasladarse utiliza transporte? Público () Auto propio o privado ()
¿Cuánto tiempo invierte en transporte?
¿Cuántas horas pasa al día sentado?
¿Cuánto tiempo ve televisión?
¿Cuánto tiempo pasas frente a una computadora y/o video juego?
¿Usted realiza algún tipo de ejercicio? Sí () No ()
¿Cuál ejercicio?
¿Con qué frecuencia a la semana en días y horas a la semana?

8. Consumo de Alcohol, Tabaco y medicamentos para bajar de peso

¿Usted fuma? Sí () No () ¿Cuántos cigarrillos al día?
¿Consumes bebidas alcohólicas? Sí () No () No Contesta ()
Tipo de bebida alcohólica y veces a la semana:

	Dieta	Medicamento	Producto Naturista	Ambos combinados o
¿Realiza algún tratamiento para bajar de peso? Sí () No () No contesta ()	Tipo:	Nombre: Dosis: Frecuencia:	Nombre: Dosis: Frecuencia:	

9. Resultados del tratamiento en peso cuántos kilos bajo en cuánto tiempo:

9.1. Porque razón realiza o realizo este tratamiento de perdida de peso

- 1) Por mejorar la imagen
- 2) Por mi pareja
- 3) Por salud
- 4) Por otra razón ¿Cuál?:

10.

	Siempre	No	Qué le gustaría cambiar
1. ¿Se siente cómodo con su imagen corporal?			
2. ¿Considera que las personas exitosas tienen una imagen corporal esbelta?			

11. Consumo de Alimentos

¿Cuántas comidas realiza al día?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- Otra. _____

12. ¿Consumes refrescos?

- 1 Sí (continúe)
- 2 No

Cantidad: _____ ml/día Veces por semana: _____

13. ¿Consumes jugos artificiales o bebidas enlatadas?

- 1 Sí (continúe)
- 2 No

Cantidad: _____ ml/día Veces por semana: _____

14. ¿Cuántos vasos de agua natural consumes al día? _____

15. ¿Cuántas raciones de fruta y verdura consumes al día _____

16. ¿Consumes alimentos fritos, capeados, empanizados, rostizados?

- 1 - 2 veces por semana = 1
- 3 - 4 veces por semana = 2
- + 5 veces por semana = 3
- 1 - 2 veces por mes = 4
- No las consumo = 5

17. Frecuencia de consumo de alimentos

Alimento	Nunca o raras veces	Diario	Días a la semana	Veces al mes
Chocolates				
Chorizo				
Tocino				
Carnitas				
Tacos de sudadero				
Hamburguesa				
Tacos de canasta				
Quecas				
Tamal y torta de tamal				
Tacos dorados				
Quesadillas fritas				
Frijoles				
Verdura (nopales, espinacas)				
Jugos embotellados				
Pastelillos				
Vísceras				
Carne de res				
Carne de pollo				
Carne de cerdo				
Pescado				
Mariscos				
Quesos como manchego y chihuahua				
Leche entera				
Yogur de sabor				
Dulces y caramelos				
Arroz				
Nachos				

18. ¿Los anuncios que ve en televisión sobre comida, le hacen comer más?
- a) Sí
 - b) No
 - c) A veces
19. ¿Relaciona los anuncios de televisión sobre comida con algún sentimiento comfortable?
- a) Sí
 - b) No
 - c) A veces
- ¿Cuál sentimiento?
20. ¿Consume mayor cantidad de alimentos cuando?
- a) Está aburrido
 - b) Nervioso
 - c) Cuando ve televisión
 - d) Triste
 - d) Está con sus amigos
 - e) Está con familiares
 - f) Todas las anteriores
21. ¿Considera que en el CCH Sur de la UNAM, existe discriminación hacia los estudiantes con obesidad?
- Sí () No ()

¡Agradezco su tiempo!

BIBLIOGRAFÍA

Appadurai, Arjui, (2001). *“La Modernidad desbordada. Dimensiones culturales de la Globalización”*. E.U.A. Fondo de Cultura Económica, págs. 17-31.

Argyiou, E. (Coordinador). (2003). *“Effect of a high protein, energy – restricted diet and body composition, glicemic control, and lipid concentration in overweight and obese hyperinsulinemic men and woman. E.U.A. Am. J. Clin. Nutr.,págs 31 – 39.*

Bauman, Zigmunt. (1998). *“La Globalización: consecuencias Humanas”*. México. Fondo de cultura económica, págs. 1-171.

Camiochipi. (2001) *“Teoría del empowerment”*. Material elaborado para el diplomado de Educador en Diabetes. México, págs. 1- 5.

Casanueva, Esther. (2001) *“Nutriología Médica”*. México, Panamericana, p.248.

Eberwine, Donna (2002). *“Globesidad una epidemia en apogeo”*. E.U.A. Scielo, págs. 1-7.

ENSANUT (2006). *Instituto Nacional de Salud Pública*. México. SSA., págs. 20-100.
www.insp.mx/ensanut/gob.mx

F.A.O. (2012). *“Escala latinoamericana y caribeña de la seguridad alimentaria (ELCSA): Manual de uso y aplicaciones”*. Italia. FAO, págs 1-78.

Friedlander, Walter (1979). *“La dinámica del Trabajo Social”*. México. Pax., págs. 50-149.

Funell, Martha (2001). *“Los Nuevos Roles del Autocuidado de la Salud”*. Brasil. Rev. Diabetes Voice. Vol. 46, págs11-30.

García, Mercedes (2009). *“Estrato Socioeconómico, organización y funcionamiento de la familia en relación con la adquisición, preparación y consumo de alimentos”* México. Panamericana, págs. 43 – 50.

Hensrud, Donald. (2001). *“Guía de la Clínica Mayo de peso saludable”*. E.U.A. Plaza Janes, págs. 17, 19.

Ianni, Octavio. (1998). *“La sociedad global”*. México. Siglo XX1, págs. 1-131.

ILich, Iván (1975). *“Nemesis Médica: La expropiación de la salud”*. España. Barral Editores.

Jeffery, R. (2003). *“physical activity and weight loss: does prescribing higher physical activiti goals improve autcome?”*. E.U.A. Am. J. Clin. Nutr., págs 684-689.

King, Aubert (2004). *“WHO expert consultation, Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies”*. E.U.A. The Lancet, Vol. 363, págs 157-163.
www.thelancet.com

López, Olivia (2001). *“Salud y nuevas políticas sociales en México”*. México. FUNSALUD, págs. 1-17.

- Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad.* México, Diario Oficial de la Federación.
- Padilla, Gioconda (Coordinadora) (2006). *“Percepción de la obesidad en adultos costarricenses”*. Costa Rica. Scielo, págs. 1-15.
- Pérez, Ana (2005). *“Manual de Dietas Normales y Terapéuticas: Los Alimentos en la Salud y Enfermedad”*. México. Prensa Médica, p .15.
- Ramos, Alfonso. (1996). *“Obesidad conceptos actuales”*. México. Página Electrónica, págs. 1-225.
- Stern, Claudio. (2004). *“Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México”*. México. Colegio de México, págs. 130-152.
- Valles, Livia (2006). *“Propuesta Educativa Multimedia para la Prevención de Diabetes Mellitus.* Tesis de Especialidad en Educación y Computación”. México. UPN.
- Yosifides, Aris. (2006). *“Bulimia y Anorexia: Clínica de los trastornos alimentarios”*. Argentina. Brujas, Págs. 1-77.
- Zamanillo, Teresa. (1992). *“Para comprender el trabajo Social”*. España. Verbo Divino, págs. 109-120.
- Zuñiga, Guillermo. (Coordinador) (2007). *“Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico”*. México, ENTS, págs. 183 -188.