



Estudios Sociales

47

Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas

Perceptions in adults with overweight and obesity, and the influence of these ones for their weight control in San Cristóbal de Las Casas, Chiapas

*Nisadó Paloma Sofía Matus Lerma**

*Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo***

*Dominga Austreberta Nazar Beutelspacher****

*Rodolfo Mondragón Ríos*****

Fecha de recepción: octubre de 2014

Fecha de aceptación: agosto de 2015

* El Colegio de la Frontera Sur.

Dirección para correspondencia: nutrisofml@hotmail.com

Resumen / Abstract

El objetivo de la investigación fue analizar los factores que contribuyen a la autopercepción de la figura corporal, la enfermedad y los hábitos alimenticios en personas con sobrepeso u obesidad. Además, comprender cómo las percepciones influyeron en la motivación y acciones relacionadas con el control de peso. El estudio se realizó mediante un encuadre metodológico que combinó aspectos de tipo cualitativo y cuantitativo para identificar factores socioculturales que limitan el control de peso. Algunos factores socioculturales que influyen en el control de peso son: la autopercepción de la figura corporal, de la enfermedad y su riesgo en ausencia de síntomas o molestias, la subestimación del exceso de peso y del riesgo de éste, control de alimentos por cuestiones emocionales y la importancia de la influencia familiar.

Palabras clave: obesidad, sobrepeso, percepciones, motivaciones, control de peso.

The objective of the research was to analyze factors contributing to self-perception of body shape, disease and food habits in individuals with overweight or obesity. Additionally, to understand how perceptions influenced the motivation and actions related to weight control. The study was conducted using a qualitative and quantitative approach to identify social and cultural factors limiting weight control: Some social and cultural factors influencing weight control are: perception of their own body shape, disease, and risk of disease in absence of symptoms or discomfort, the underestimation of overweight and risk of this, and the control tools for food intake related to emotional issues and the importance of family influence.

Key words: obesity, overweight, perceptions, motivations, weight control.

Introducción

Durante mucho tiempo, la obesidad y el sobrepeso no fueron considerados enfermedad ni condición de riesgo. En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede causar un perjuicio para la salud (OMS, 2012). Los servicios de salud puntualizan que la causa principal de la obesidad es un consumo excesivo de calorías y una disminución de actividad física y por lo tanto las estrategias de tratamiento se dirigen a estos aspectos (Contreras, 2005).

Este enfoque es limitado ya que la definición médica de obesidad puede diferir de la interpretación social e individual (Montero, 2001) y depender de la percepción de las personas acerca de su cuerpo y de su relación con el estado de salud o enfermedad. Así, la percepción del cuerpo en personas con sobrepeso y obesidad puede estar determinada, entre otros factores, por los estéticos, que en consecuencia guiarán las estrategias personales a seguir, que no son necesariamente concebidas como “tratamiento”.

Percepciones del sobrepeso y la obesidad

A lo largo de la historia se han presentado dos tipos de percepciones de la obesidad, la primera como una cuestión de ventaja y protección en cuanto a la sobrevivencia, la cual se caracterizó por el aumento de peso debido a la ingesta de grandes cantidades de alimentos durante la abundancia y un descenso al peso anterior en las de carestía. La segunda percepción la ve como una enfermedad, por la ingestión de un exceso de alimentos de manera permanente (Montero, 2001) la cual predomina en la actualidad.



El sobrepeso, asociado a la salud y la prosperidad, comienza a desaparecer a principios de los años veinte, sin embargo, aún se pensaba que hallarse un poco subido de peso sería ventajoso en caso de que enfermaran, y que el cuerpo más delgado que había sido introducido como un ideal de salud estaba relacionado con ser enfermizos (Contreras, 2005). A la fecha ha cambiado el prototipo en cuanto al cuerpo femenino y masculino, los patrones de juventud, atractivo sexual y belleza, los cuales se encuentran altamente influenciados por una preocupación más bien estética (Contreras, 2005).

La percepción de la figura corporal, la enfermedad del sobrepeso, la obesidad y los hábitos alimenticios está influenciada por diversos factores sociales y culturales como: 1) la familia, que es considerada un factor decisivo para la creación de hábitos, conocimientos y costumbres alimentarias (Rodríguez, 2010); 2) psicológicos o emocionales, que influyen en la sobrealimentación o cambios metabólicos (Silvestri, 2005); 3) un ambiente obesogénico propiciado por las prácticas de los países industrializados que favorecen un balance energético positivo en las personas (Ortiz y Álvarez, 2009).

Vargas (1994) menciona que las percepciones son bioculturales, ya que dependen tanto de los estímulos del medio físico así como las sensaciones involucradas. Estos estímulos y sensaciones percibidas se seleccionarán y organizarán y excluirán las que no deseamos y se dejarán aquellas que nos sean útiles para ser interpretadas; se les dará así, significado mediante las pautas culturales e ideológicas que cada individuo adquirió desde la infancia.

La percepción de la imagen corporal está compuesta por distintos elementos, como el perceptual, en el cual se define el tamaño, el peso y la forma del cuerpo; el cognitivo-afectivo, determinado por las actitudes y sentimientos que se tienen hacia el cuerpo y el conductual, que establece las acciones que resultan de los anteriores (Zaragoza-Ortiz, 2012). Estudios acerca de la relación del Índice de Masa Corporal (IMC) y la autopercepción corporal documentan consistentemente la falta de correspondencia entre ellos. Por ejemplo, quienes tienen normopeso o delgadez tienden a sobreestimar su peso, mientras que las personas con sobrepeso u obesidad lo subestiman, esto ocurre tanto en mujeres como en hombres (Cánovas *et al.*, 2001; Almeida, 2006; Zaragoza-Ortiz, 2012).

La subvaloración del exceso de peso minimiza la importancia de la enfermedad y, como consecuencia, limita la posibilidad de llevar a cabo acciones para realizar cambios y llegar a un peso saludable (Ratner *et al.*, 2008). La autopercepción correcta de la imagen corporal empieza a ganar atención ya que está relacionada con las conductas alimentarias y las acciones enfocadas a la salud. Se ha afirmado que conocer cómo se perciben las personas con sobrepeso y



obesidad ayudará a definir nuevas estrategias que fortalezcan la necesidad de tener un peso saludable (Atalah, 2004).

En la psicología de la motivación, todos los procesos mentales (percepciones, memoria, pensamientos, emoción, sentimientos, entre otros.) reflejan cómo el individuo observa el mundo y, en consecuencia como actúa. Las motivaciones serán, entonces, la fuerza que active, dirija y mantenga nuestras acciones determinadas por las percepciones.

Se han utilizado distintos modelos y teorías que determinan el grado de motivación que toman en cuenta mecanismos psicológicos que regulan el comportamiento como la Teoría de la Autodeterminación (TAD) propuesto por Deci y Ryan (1985). Esta teoría establece tres etapas: 1) la desmotivación, definida por los autores como la ausencia de la motivación para poder realizar alguna actividad; 2) la motivación extrínseca, cuando el individuo realiza una acción por una presión u obligación, por factores externos, castigos o recompensas, pena, culpa, vergüenza o ansiedad y 3) la motivación intrínseca, en la que los individuos se impulsan por diferentes acciones generadas por el interés que despiertan estas actividades por sí mismas (Deci y Ryan, 1985).

Otra herramienta esencial para identificar las etapas de motivación en la que se encuentran las personas, es el Modelo Transteórico (MT) o de “Etapas de Cambio” propuesto por Prochaska en 1979, el cual surge de las teorías del aprendizaje y modelos de comunicación social que se centran en la motivación para el cambio de conductas, siendo una buena opción para el control de la obesidad (Cabrera, 2000).

El Modelo Transteórico describe seis etapas en las que se encuentran los individuos y en las que van avanzando de manera gradual para conseguir un objetivo o meta: la primera etapa de *pre contemplación*, la persona no está motivada y no tiene interés de realizar modificaciones en su estilo de vida. En la segunda etapa de *contemplación*, ya empiezan a percibir que hay un problema y conocen los pros de cambiar su comportamiento, sin embargo, saben que requiere un gran esfuerzo y compromiso modificar hábitos actuales; piensan cambiar algún día pero no saben cuándo. En la tercera etapa de *preparación para la acción*, ya se asumió que existe un problema, se pensó en cómo actuar para solucionarlo y se realizan pequeños cambios. En la cuarta etapa de la *acción*, el individuo está completamente motivado para iniciar con el desarrollo de nuevos comportamientos. En la quinta etapa, la de *mantenimiento*, se mantiene ese nuevo comportamiento por seis meses o más, ya empieza a verse una estabilidad y un cambio observable en el que se pretende mantener los cambios modificados y en la sexta y última etapa, de *terminación*, se llega a un cambio sostenible en la que hay una posibilidad, pero en menor grado de regresar a etapas anteriores (Cabrera, 2000).



Al haber motivación, existe la voluntad de cambio y únicamente con esta se puede pasar a la acción. Brosens (2009) concluye que es de gran importancia que el personal de salud que atiende a personas con sobrepeso u obesidad acorte el tiempo de evaluaciones clínicas y se tome un tiempo considerado para identificar los motivos para bajar de peso, las barreras que se les están presentando y la insatisfacción, en busca de soluciones con la participación activa del paciente, ya que el sentimiento de abandono y la desmotivación en el control de peso son muy comunes.

Lo anterior resulta relevante frente a un panorama mundial caracterizado por un incremento de personas que padecen obesidad (OMS, 2012), en el que México ocupa el segundo lugar a nivel mundial con aproximadamente 52 millones de personas (Gutiérrez *et al.*, 2010). En el estado de Chiapas el 50.8% de adultos de veinte años en adelante tienen obesidad, seis de cada diez hombres y siete de cada diez mujeres lo padecen (Barquera *et al.*, 2012c), lo que favorece la aparición de otras enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, problemas cardiovasculares, hipercolesterolemia, entre otras (OMS, 2014). La primera causa de muerte en Chiapas son las enfermedades crónico-degenerativas, la diabetes mellitus ocupa el primer lugar, seguido por las enfermedades isquémicas del corazón y en tercer lugar las enfermedades del hígado (INEGI, 2010).

El presente estudio contribuye a comprender cómo influyen las percepciones de la figura corporal en el control de peso en hombres y mujeres adultos de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas y por ende, en los niños. Se describen los factores sociales que contribuyen a la autopercepción de la figura corporal y se constituye en un factor decisivo en la motivación para realizar o no una acción relacionada al control de peso.

Material y métodos

El presente estudio exploratorio se realizó partir de un encuadre metodológico que combinó aspectos de tipo cualitativo y cuantitativo con la finalidad de comprender los diversos factores que estructuran los hábitos y comportamientos alimenticios en personas con sobrepeso y obesidad, así también para identificar las percepciones y motivaciones que los impulsan a llevar a cabo o no acciones en pro de su salud.

La estrategia de articular ambas perspectivas metodológicas fue esencial para comprender los diversos componentes, condiciones y situaciones individuales relacionados con las dificultades para llevar un control de peso y, por tanto, de relevancia para ser incluidos en la elaboración de programas de pre-



vención y control de la obesidad. Así también, permitió identificar la dimensión de esta misma problemática y efectuar un análisis de los datos de acuerdo con las distintas variables que fueron determinantes en el resultado conjunto. Es de resaltar que la intención primordial de esta combinación metodológica fue para ampliar y profundizar la comprensión del problema.

De acuerdo con Aguirre (2010:4) *Esta nueva perspectiva ha permitido buscar caminos para conciliar no solo el uso de estrategias e instrumentos de investigación provenientes de la metodología cuantitativa y cualitativa, sino también ha incentivado aproximaciones epistemológicas encaminadas a brindar mayor respaldo teórico a quienes optan por esta tercera vía.*

Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada con preguntas abiertas, lo que dio oportunidad de recibir más matices de las respuestas. Las entrevistas tuvieron duración aproximada de una hora; posteriormente fueron transcritas en su totalidad. Los temas principales fueron percepciones acerca del sobrepeso y la obesidad, percepciones y sentimientos en relación a su figura corporal, síntomas o molestias relacionadas con el exceso de peso, causas del sobrepeso u obesidad, antecedentes familiares, dificultades presentadas para iniciar o llevar a cabo el control de peso, consumo de alimentos por cuestiones emocionales y motivaciones para bajar de peso. Así como datos antropométricos y sociodemográficos.

El estudio se realizó durante el periodo de marzo a agosto del 2013, en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. La elección de los consultorios fue realizada mediante un muestreo intencional, en el que se seleccionaron aquellos con mayor posibilidad de encontrar personas en consulta externa con sobrepeso y obesidad. De los consultorios institucionales se incluyeron uno de la Secretaría de Salud, atendido por tres nutriólogos que se encargaban de pacientes con sobrepeso y obesidad en los turnos matutino y vespertino y el otro, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), atendido por una enfermera para personas con sobrepeso y obesidad leve y una nutrióloga asignada a casos de obesidad moderada y severa. Para la selección de consultorios privados de nutrición se elaboró un listado de todos los consultorios en San Cristóbal de Las Casas y se eligieron dos que por observación directa y listado de citas fueron los que más personas atendían con sobrepeso y obesidad, uno era atendido por una licenciada en nutrición y el otro por una médica con especialización en bariatría.

Así mismo, y con la intención de contrastar los resultados, se incluyeron como informantes a personas que no acudían a una asistencia nutricional, en un lugar diferente a estos consultorios; fueron entrevistados en el parque central de la Ciudad de San Cristóbal.



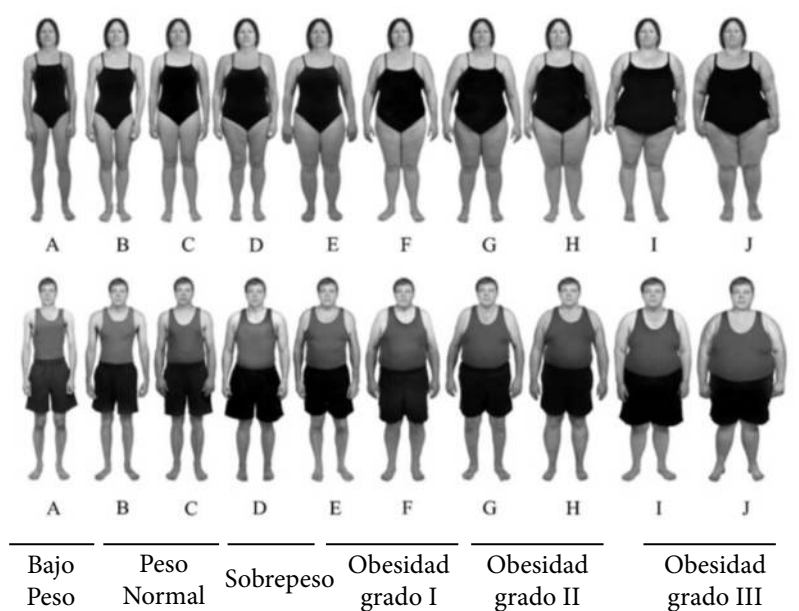
Para la selección de informantes se tomaron los siguientes criterios: tener sobrepeso u obesidad, el cual se clasificó por medio del Índice de Masa Corporal (IMC) expresado en kg/m^2 , sobrepeso (25 a 30), obesidad grado I (30 a 35), obesidad grado II (35 a 40) y obesidad grado III o mórbida (por encima de 40) (Dgplades, 2010). Las personas que asistían a consulta nutricional fueron pesadas y medidas por los profesionales encargados de la asistencia nutricional en los consultorios, las que se contactaron fuera de la consulta nutricional, se les preguntó peso y estatura y se corroboró mediante cinta y báscula portátil.

Se incluyó un rango amplio de edad de 18 a 75 años, con el propósito de incluir a adultos jóvenes y maduros con sus distintas características biológicas, psicológicas y sociales asociadas a la edad. Los criterios fueron determinados, independientemente de su sexo, nivel socioeconómico, estado civil o su ocupación, ya que se pretendió que el universo de estudio se conformara por aquellas personas que asistían regularmente a consultas nutricionales y aquellas personas que convergieran en el centro de la ciudad con sobrepeso y obesidad. A todos los participantes se les informó y obtuvo su consentimiento para participar en el estudio de manera voluntaria y anónima. El número de participantes se determinó por medio del criterio de saturación teórica, entendiéndose este por el punto en el que ya no aparecen nuevos elementos, datos o ideas nuevas en cada entrevista y ésta comienza a ser redundante (Martínez, 2012).

El total de informantes fue de 94 personas con sobrepeso y obesidad entre 18 y 72 años, 75 mujeres y 19 hombres. El 50% de las personas del estudio tenían sobrepeso y el otro 50% obesidad. Del total de personas, 60 (52 mujeres y 8 hombres) se entrevistaron en los consultorios de nutrición, 30 en consulta privada y 30 en consulta de instituciones; las otras 34 no estaban acudiendo a consultas nutricionales, ni llevaban planes de alimentación y fueron entrevistados en el centro de la ciudad (23 mujeres y 11 hombres)

Para la determinación de percepción del peso corporal de acuerdo al sexo, los participantes seleccionaron la imagen con la cual identificaban su figura corporal mediante el pictograma de Harris *et al.* (2007) el cual permite analizar aspectos en cuanto a la autopercepción de la figura corporal y la imagen real determinada mediante IMC, la figura ideal que las personas desean tener y la satisfacción de su peso actual. El pictograma representa diez figuras que corresponden a las categorías de bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad I, obesidad II y obesidad III (figura 1).

Figura 1. Clasificación del peso corporal basado en el IMC

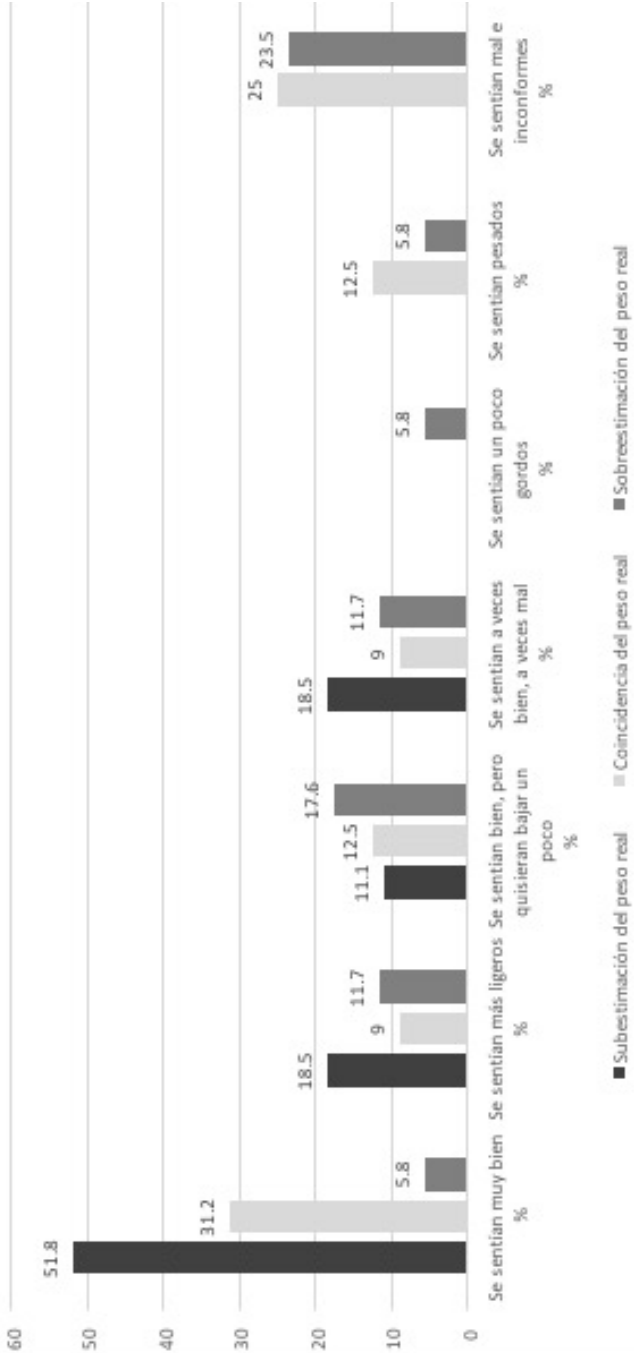


Fuente: de imágenes BSG, las clasificaciones de peso y percepciones de hombres y mujeres encuestados. Las clasificaciones de peso se basan en el IMC; percepciones de peso, de la mayoría de los encuestados (>50%), se indican mediante los nombres debajo de cada cuerpo. Harris y Bradlyn 2005.

Se determinó como subestimación del peso quienes se identificaron en una categoría menor a su peso, como coincidencia quienes se identificaron en una categoría igual a su peso y sobrestimación a las personas que se determinaron en una categoría mayor a la de su peso, según la clasificación del IMC.

En cuanto a la influencia de la percepción de la figura corporal y cómo se sentían con su cuerpo, la investigadora principal elaboró una gráfica con siete categorías: muy bien; más ligeros que antes, bien, pero quisiera bajar un poco, a veces bien, a veces mal, un poco gordos, pesados, mal e inconformes (gráfica 1).

Gráfica 1. Percepciones de la figura corporal en personas que asisten a consulta nutricional



Fuente: elaboración propia.

Después de haber realizado las transcripciones completas, se organizaron los textos, y mediante el proceso de codificación, los datos se segmentaron y se reorganizaron por medio de códigos o categorías, algunas determinadas previamente desde la teoría y otras que se construyeron durante el análisis y que sustentaron el trabajo interpretativo entre comparaciones y probables disparidades entre informantes de los diferentes grupos entrevistados.

Con la finalidad de poder obtener datos que compararan las percepciones y motivaciones de los informantes que estaban asistiendo a consulta nutricional de aquellas que se entrevistaron fuera de estos consultorios, se analizaron datos mediante estadísticos descriptivos por medio de frecuencias y tablas personalizadas, que permitieron relacionar diferentes variables con respuestas múltiples, con la que se obtuvo porcentajes y promedios por medio del programa SPSS 15.0.

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con las disposiciones de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en atención al Título segundo, Capítulo 1, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos (Secretaría de Salud, 2012). Previo a cada entrevista, se informó sobre los objetivos y alcances del estudio, y se obtuvo el consentimiento informado por escrito de acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (Segob, 2010) y aprobado por el Comité de Ética de El Colegio de la Frontera Sur (Ecosur).

Resultados y discusión

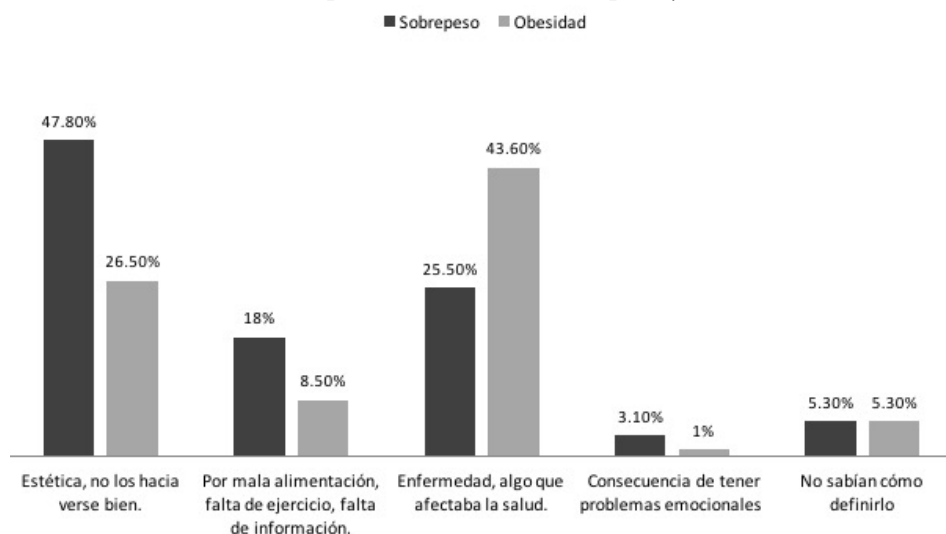
Percepciones del sobrepeso y la obesidad: enfermedad o estética

De acuerdo con el concepto de Vargas (1994), se debe señalar que las percepciones son bioculturales, dependen de los estímulos y las sensaciones involucradas que se relacionan con la comida, el ambiente social en torno a los alimentos, la información de las instancias de salud acerca de la enfermedad, la publicidad y los medios de comunicación que promueven considerar al sobrepeso y a la obesidad como un problema estético y que se “han convertido en un arma peligrosa con respecto a los cánones de belleza en la sociedad” (Alava, 2013:27). El percibir al sobrepeso y a la obesidad como una cuestión estética o una enfermedad depende del significado que se le da al exceso de peso mediante las pautas culturales e ideológicas que cada persona ha adquirido desde la infancia. Este proceso de selección puede ser consciente o inconsciente.



La elaboración de juicios es una característica primordial de las percepciones, del total de personas entrevistadas, la mayoría percibía al sobrepeso como un problema de estética, el 41.3% de las mujeres y el 73.6 % de los hombres lo describían como algo que no los hacía verse bien. A diferencia de la obesidad en la que el mayor número de respuestas la describieron como una enfermedad (gráfica 2).

Gráfica 2. Percepciones acerca del sobrepeso y la obesidad



Fuente: elaboración propia.

El percibir el sobrepeso y la obesidad como una enfermedad, significa asumirse enfermo. Kornblit y Mendes (2000) explican como, por una parte, el sentido de la enfermedad se basa en un desajuste en la armonía a un nivel biológico, físico y mental y, por la otra parte, las ideas populares de la enfermedad se basan en la lógica de que para percibirse enfermos debe de haber un desgaste y daños estructurales corporales centrados en síntomas y causas, es decir, sufrir alteraciones y percibir las en el organismo.

En cuanto a cómo diferenciarían a una persona con sobrepeso de una con obesidad con solo verla, el 87.2% mencionó que una persona con obesidad se distinguía porque camina con dificultad, tenía un tamaño muy grande, su estado físico estaba muy deteriorado, se le podía ver que la ropa le apretaba y se le veía un exceso de grasa en mejillas, abdomen, cuello y piernas. La relacionaron con individuos muy voluminosos y con problemas de salud evidentes, imagen que correspondía a una obesidad grado II o III, es decir, una vez que esta se encuentra



en estadios avanzados, lo cual no ocurría con el sobrepeso o la obesidad grado I, que eran más considerados como un problema de estética. La valoración que se le atribuye al exceso de peso y el riesgo que este conlleva para la salud está mediada por las características socialmente atribuidas a la obesidad.

Resulta preocupante, ya que en el estudio a nivel nacional “Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, Ensanut 2012” el 38% de las personas correspondió a la categoría de sobrepeso y el 22.1% a la de obesidad grado I (Barquera *et al.*, 2013), tales estadios de exceso de peso no están siendo percibidos como un problema ni como un riesgo para la salud.

La subestimación del peso corporal y la ausencia de molestias perpetúan la enfermedad

Las percepciones de la imagen corporal se establecen por medio de las representaciones del cuerpo que cada persona tiene en sus pensamientos y experiencias en torno a su figura. La autovaloración de la imagen corporal dependerá de los aspectos perceptuales, cognitivos-afectivos y conductuales que se le atribuyan (Zaragoza y Ortiz, 2012).

En este estudio se observó que la mayoría de las personas que asistieron a consulta nutricional subestimaron su peso, es decir, que perceptualmente su forma, tamaño y peso eran menores al real, lo que correspondió a que manifestaran emociones y pensamientos ligados a sentirse muy bien con su figura. A diferencia de las personas que sobreestimaron su peso en la que perceptualmente su tamaño y peso fueron mayores al real y ligado a esto, manifestaron que se sentían pesados, mal e inconformes. Las personas con sobrepeso tuvieron un mayor porcentaje de respuestas enfocadas a que se sentían bien, a diferencia de las personas con obesidad, los cuales se sentían más inconformes (gráfica 1).

Estos resultados coinciden con el estudio de Casillas *et al.* (2006), en el que observaron que las personas con peso adecuado tuvieron un menor índice de insatisfacción, el cual aumentó con las personas con sobrepeso y en personas con obesidad se elevó aún más, por lo que concluyeron que a mayor sobrepeso mayor grado de insatisfacción corporal hubo en su población de estudio.

Vander y Thelen (2000) observaron que la insatisfacción corporal estaba relacionada con la acción de intentar perder peso. Según Royo (2013) el subestimar el peso corporal ha dado como resultado que un porcentaje mayor de personas no se perciban como obesos y por lo tanto no realicen acciones para bajar de peso.

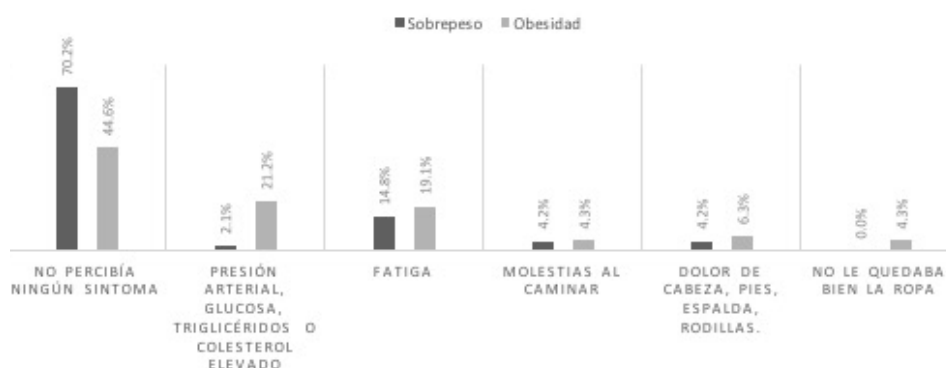
Los síntomas, molestias y la presencia de otras enfermedades relacionadas con el peso juegan un papel fundamental para que el exceso de peso sea percibido como un problema. En ausencia de síntomas, molestias o resultados

de estudios de laboratorio elevados, el sobrepeso y la obesidad suelen no ser percibidos regularmente como un problema: si no se siente, no existe, y si no son percibidas como un problema, no se tiende a actuar en busca de una solución, aun cuando sea una indicación médica.

En la investigación *Motivos para bajar de peso* de Jiménez *et al.* (2012), observaron que en la percepción relativa al sobrepeso u obesidad, la presencia de molestias, una enfermedad crónica o las indicaciones médicas de bajar de peso influenciaban en que las personas tuvieran o no la intención de adelgazar. De acuerdo con los autores, aunque la mayoría conozca que la obesidad afecta a la salud, en ocasiones no es suficiente motivo para que ingresen a un control de peso o para favorecer los cambios necesarios para la reducción del mismo.

En el estudio, las personas con obesidad percibieron más síntomas, molestias o enfermedades que las personas con sobrepeso. Las cifras elevadas de colesterol, triglicéridos o una enfermedad actual como diabetes o hipertensión fueron el mayor porcentaje de síntomas o enfermedades percibidas relacionadas con el aumento de peso en las personas con obesidad (gráfica 3).

Gráfica 3. Percepción de síntomas relacionados con el aumento de peso.



Fuente: elaboración propia.

Se observó que las personas que no estaban asistiendo a una consulta nutricional, el 67.7% no percibía síntomas, molestias, enfermedades o laboratoriales elevados relacionados con el peso; un 14.7% de estas personas mencionó que iniciaría un control de peso únicamente si su salud se viera afectada o tuviera una molestia relacionada al exceso de peso y un 4% dijo que no necesitaban cambiar nada ya que se sentía bien como estaba.

Percepciones de las causas de la obesidad

Diversos estudios (e. g. Hernández, 2004; Hall, Quesada y Rocha, 2002; Silva y Pujante, 2008) se han enfocado en analizar las causas de la obesidad. Por lo que ha permitido conocer que múltiples factores como los aspectos socio-culturales, estilos de vida, cuestiones emocionales, un ambiente obesogénico relacionado con el modelo económico actual, las prácticas de las empresas alimentarias e intereses políticos influyen en la obesidad. Así mismo en el marco conceptual de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (Secretaría de Salud, 2013) se describen otras causas interrelacionadas con la problemática de la obesidad como la pobreza. Con menos accesos de servicios de salud, el aumento de consumo de alimentos y bebidas con alto aporte calórico y poca orientación educativa en nutrición y salud. La globalización, con el aumento de cadenas de comida rápida y la urbanización que genera ambientes más sedentarios. La poca educación en salud, que al haber una diversidad de productos conlleva a una elección errónea basada en la publicidad de los distintos medios de comunicación y no en las etiquetas del producto.

Identificar lo que las personas con sobrepeso u obesidad creen que originó su padecimiento, independientemente de si corresponde o no con la realidad, es un factor clave en el proceso de control de peso y la modificación de conductas individuales para mejorar su estado nutricional. La capacidad de intervención de las personas en pro de su salud se verá influenciada por las percepciones de las causas de su padecimiento.

En el estudio, dentro de las causas y factores percibidos que tuvieron una influencia en el aumento de peso, un 41% mencionó haber tenido malos hábitos alimenticios y haber consumido alimentos chatarra (con un bajo valor nutritivo y con un alto contenido de azúcares, harinas o grasas, como los refrescos, pastelillos, dulces o cereales procesados).

Un 17% mencionó haberse vuelto sedentarios. Algunas personas mencionaban que regresaban del trabajo y no realizaban ninguna actividad física; que habían caído en una rutina y no se daban el tiempo de ir a caminar o preferían hacer otras actividades. El 6.1% mencionó que por haberse descuidado a sí mismos, no manteniendo una alimentación más saludable y un 2.1% por haber consumido alimentos altos en calorías en eventos sociales, pues se les antojaba todo lo que servían.



... Yo creo que la causa fue por la forma de comer, no tener el cuidado de vivir, yo me como un tamal, y otras cosas más fritas, el descuido de alimentación (mujer de 65 años, obesidad).

... Yo creo que porque antes consumíamos tacos, es más fácil comer algo en la calle, que hacerlo en la casa, o que a veces somos padrinos de comunión, bautizo, de todo y ahí consumimos los tamales, chocolates y demás (hombre de 42 años, obesidad).

... Yo pienso que porque comía muchas harinas, tortillas, hacia tamales, tomaba una taza de atole y con todo eso sube uno más de peso (mujer de 39 años, sobrepeso).

... Cambié de lugar de residencia, dejé de hacer ejercicio, antes nadaba dos horas todos los días, desde que empezó mi nuevo trabajo me he vuelto muy sedentaria (mujer de 43 años, sobrepeso).

El identificar qué creen que originó su padecimiento permite una mejor intervención para su tratamiento, el percibir las causas de su exceso de peso con una mala alimentación, el sedentarismo, el haber descuidado su salud, haber consumido alimentos no saludables en eventos sociales, son factores a su favor, ya que será más fácil ayudarlos a modificar hábitos alimenticios, ya que creen que algunas de sus acciones influyeron en su padecimiento.

Otras causas percibidas por el 41.4% fue haber consumido alimentos sin hambre por tener problemas emocionales. Algunas personas mencionaron que acostumbraban a consumir alimentos dulces como pan o galletas cuando tenían ansiedad; el que tuvieran deudas los estresaba y comiendo disminuían esa sensación, consumían alimentos para consolarse en los momentos de tristeza y preocupaciones por cuestiones familiares.

... Al estar nerviosa, comía de más, podía comerme quizá medio kilo de tortillas (mujer de 46 años, obesidad).

... Comía muchas golosinas por estrés y ansiedad en el trabajo, mis compañeros también se la pasaban comiendo dulces (hombre de 43 años, obesidad).

... Por las preocupaciones y el estrés, cuando estoy sola tengo ganas de estar pellizcando cosas (mujer de 45 años, obesidad).

En un estudio realizado por Sánchez y Pontes (2012) acerca de la influencia de las emociones en el control de peso concordaron en que las emociones tienen un poder muy grande en cuanto a la elección de alimentos y de los hábitos alimenticios. También sugirieron que la emoción en sí misma no es la responsable del consumo excesivo de alimentos, sino más bien la forma en que la persona afronta esa emoción.



El consumo de alimentos en exceso para reducir la ansiedad o el estrés es un recurso individual muy utilizado en la actualidad; si la causa de la ansiedad, estrés o tristeza no es identificada y se continúa con el mecanismo de comer para mitigarla, afectará gravemente el peso del individuo (Silvestri, 2005).

Casi la mitad de las personas entrevistadas en este estudio (48.8%) consumieron alimentos por razones emocionales; las personas con obesidad obtuvieron una mayor frecuencia que las personas con sobrepeso; las causas más frecuentes fueron: ansiedad, estrés, tristeza y preocupaciones. En relación al sexo se observó que las mujeres tenían un mayor porcentaje de consumo de alimentos por cuestiones emocionales con el 59.9% en relación con los hombres, resultado similar del estudio de Sánchez y Pontes (2012) en el que el sexo femenino había sido más influenciado por sus emociones.

Hombres y mujeres comentaron haber consumido alimentos cuando estaban nerviosos, ansiosos, estresados o tenían problemas. Únicamente las mujeres mencionaron también el consumo de alimentos en momentos de tristeza. El que se esté percibiendo el aumento de peso con aspectos emocionales permite hacer hincapié en las estrategias de intervención, en la que además de la asistencia nutricional para modificar sus hábitos alimenticios se intervenga con apoyo emocional y psicológico.

Otras causas que los entrevistados percibieron que ocasionó su exceso de peso fueron: haber tenido hijos (18%), por haber empleado anticonceptivos (5.3%), por genética (2.1%), por falta de dinero para comprar alimentos saludables (1%) y un 13.8% pensaban que no hubo algo que contribuyera a su exceso de peso

...No sé por qué empecé a subir de peso, yo le echo la culpa a las inyecciones hormonales para planificar, cuando vine a ver ya estaba muy subida de peso, dejé de inyectarme, pero no sé por qué me subí mucho (mujer de 31 años, sobrepeso).

...No sé, no hubo algo que contribuyera a que subiera de peso (Mujer de 21 años, obesidad).

...No sé, porque así soy desde niño, mis padres también son así (hombre de 34 años, obesidad).

...El tener a los hijos, tengo siete hijos, después de tenerlos quedé así (mujer de 53 años, obesidad).

Así mismo, es necesario identificar si las personas no saben qué originó su exceso de peso o lo perciben como una cuestión genética, por haber tenido hijos o consumido hormonales ya que disminuye la capacidad de intervención



si perciben las causas como completamente independientes de sus acciones. Es necesario trabajar con los pacientes en cuanto a su percepción y su capacidad de agencia para modificar sus hábitos alimenticios en pro de su salud.

Factores que contribuyen en el exceso de peso

En este estudio se observó que el núcleo familiar influencia las percepciones de las personas tanto en la infancia como en la vida adulta. El 78.7% de las personas del estudio tenía familiares con sobrepeso u obesidad, ello se debe a que la familia es considerada un factor decisivo para la creación de hábitos, conocimientos y costumbres alimentarias (Rodríguez, 2010). Los genes, así como los hábitos de alimentación, son transmitidos de generación en generación, teniendo patrones de alimentación similares.

Los datos del estudio concuerdan con la investigación de Giménez (2012), en el que 58% de los obesos tenía familiares con este padecimiento y solo un 14% de personas con peso saludable tenía familiares con obesidad.

Dentro de las creencias familiares acerca de la alimentación, el 64% de las personas que no asistían a consulta nutricional y el 33.3% de las personas que sí estaban asistiendo, mencionaron que de niños tenían la obligación de terminarse todos los alimentos del plato que les servían, aunque ya no tuvieran hambre, ya que si no lo hacían tendrían consecuencias negativas.

... Que la comida no se desperdicia, más vale que haga daño a que se tire, decía mi abuelita, hay mucha gente que no tiene qué comer y andar tirando la comida (mujer de 35 años, sobrepeso).

... Que comieran toda la comida que les servía su mamá, que a fuerza lo tenían que comer, para estar bien y crecer (mujer de 55 años, obesidad).

... Que si no comías bastante no eras una persona saludable o no ibas a tener fuerza (mujer de 43 años, obesidad).

Solamente un 20.5% de las personas que asistían a consulta nutricional y un 10% que no asistían, mencionaron que de niños en cuanto a la alimentación les decían que podían dejar los alimentos si ya no tenían hambre y que tenían que comer alimentos saludables.

... En casa comíamos muy saludable y podías terminarte todo o dejar la comida si ya no querías (mujer de 50 años, sobrepeso).

... Que debíamos comer verduras, frutas y menos cosas con grasa, para estar más sanos (mujer de 24 años, sobrepeso).



En el estudio, un 36.6% de las personas que asistían a consulta nutricional se le dificultó llevar a cabo un control de peso exitoso por los hábitos alimenticios que practicaban y no les era fácil disminuir el consumo de ciertos alimentos como: tortillas, pan, galletas, dulces, entre otros.

... Por el hábito que tienes de años de alimentación, que al terminar de comer, tomas tu café con pan, o con amigas café con galletas (mujer de 30 años, sobrepeso)

...Se me dificultó cuando me dijeron que tenía que reducir tortillas, me gusta mucho las comidas condimentadas y con grasa, y estaba acostumbrada a comerlas, las preparo para la familia y se me antojan (mujer de 53 años, obesidad).

... En la casa están acostumbrados a comer empanadas, pan, los veo comer y se me antoja (hombre, 21 años, obesidad).

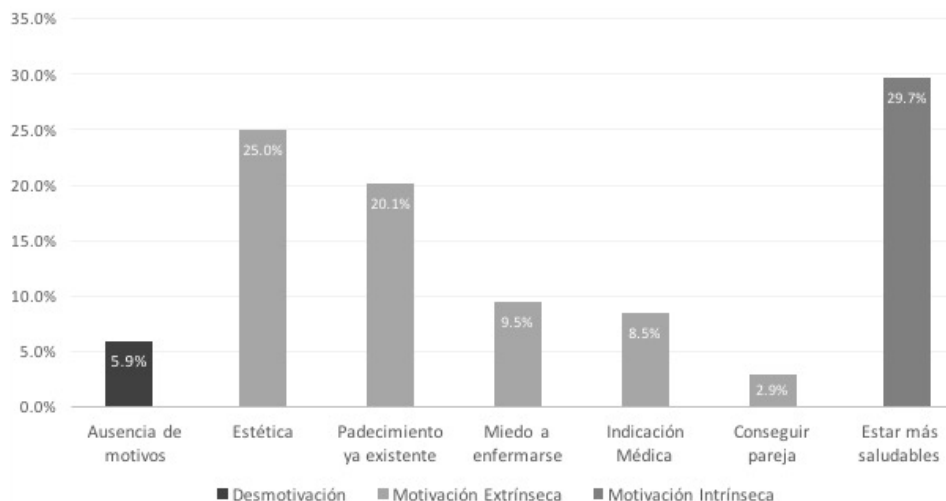
El papel de la familia es indispensable para la creación de hábitos saludables desde la infancia los cuales repercutirán en la vida adulta. El núcleo familiar tiene alcance en tres dimensiones para la creación de hábitos alimenticios sanos, por medio de la educación, creando estilos de vida en pro de la salud desde la infancia como socializador; es el primer entorno en el cual el niño se desenvuelve e imita a los demás integrantes y como preventivo, al adoptar estilos de vida saludables lo cual influirá para llevar a cabo una mejor calidad de vida y prevenir enfermedades.

Las percepciones y motivaciones: motores para la acción

En este estudio, de acuerdo con la Teoría de la Autodeterminación (Decy y Ryan 1985), se observó que, del total de entrevistados, el mayor porcentaje dentro de la etapa de motivación extrínseca se encontraba el querer asistir a consulta nutricional por una cuestión estética; en segundo lugar, controlar algún padecimiento ya existente (diabetes, hipertensión, colesterolemia, triglicéridos altos, problemas de columna o espalda). El porcentaje de personas en la etapa de motivación intrínseca las cuales asistían para estar más saludables, sentirse con más energía y vivir más tiempo fue menor que aquellas en motivación extrínseca (gráfica 4).



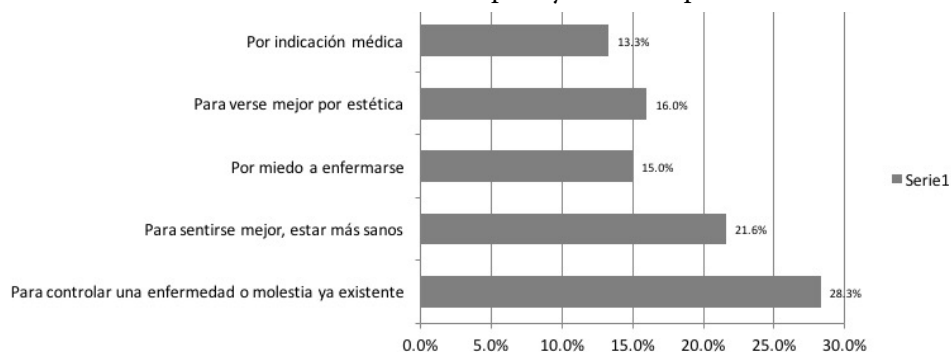
Gráfica 4. Porcentaje de adultos entrevistados con sobrepeso y obesidad en las etapas de la Teoría de la Autodeterminación (Decy y Ryan 1985)



Fuente: elaboración propia.

De las personas que ya estaban asistiendo a consulta nutricional, el controlar un padecimiento ya existente fue el mayor motivo que tenían para acudir, seguido por que querían sentirse mejor, y verse mejor por estética (gráfica 5).

Gráfica 5. Motivos de adultos con sobrepeso y obesidad para asistir a consulta



Fuente: elaboración propia.

En este estudio, de acuerdo al Modelo Transteórico de Prochaska (1979) el mayor porcentaje de las personas se encontraban en etapa de contemplación, puesto que no estaban llevando a cabo el plan de alimentación, aunque siguieran asistiendo a la consulta nutricional (gráfica 6).

Gráfica 6. Etapas de cambio para el control del sobrepeso y obesidad en adultos



Fuente: elaboración propia.

Las personas que se encontraban en etapas de contemplación tuvieron los porcentajes más elevados de consumo de alimentos prohibidos durante el proceso de reducción (40%) en relación a las personas que se encontraban en etapas de preparación (30%) y en la de acción (15%).

Es importante señalar que aunque todas las personas estén asistiendo a consulta nutricional y estén recibiendo la misma información para bajar de peso, sus acciones estarán influenciadas por la etapa de motivación en la que se encuentren. En la etapa de acción se encontrarán muy motivados para desarrollar nuevos hábitos, el 75% de las personas que sí podían controlarse y no consumir alimentos prohibidos en éste estudio estaban en esta etapa.

Los impedimentos que los participantes mencionaron para llevar a cabo un control de peso exitoso estaban relacionados con los hábitos y costumbres alimentarias, la ausencia de apoyo familiar y social para respetar que los participantes estuvieran llevando a cabo un plan de alimentación y no incitarlos a consumir otros alimentos o burlarse de ellos, que los horarios de trabajo eran un problema, así como el tiempo insuficiente para la compra y la preparación de alimentos.

... Con mi mama hemos discutido bastante, porque me dice que no puede preparar dos comidas, una para mí y otra para las demás, y que si les da lo que me te toca del plan de alimentación no les va a gustar a los demás, y preparan puras cosas que no debo comer (mujer de 18 años, obesidad).



... En un principio mi familia no estaba dentro del plan, y mi esposo e hija llevaban tacos y cosas que no podía comer y se me antojaban mucho (Mujer de 59 años, obesidad).

... Mi horario de trabajo me impide llevar al 100% mi plan (mujer de 28 años, obesidad).

La adherencia al tratamiento definida por la OMS, (2004:17) como: el grado en que el comportamiento de una persona (*tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida*) corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria está relacionada con la motivación de las personas en el control de peso.

En el estudio realizado por González *et al.* (2007) observaron que solo un 32% de los pacientes estaba adherido al tratamiento nutricional y, por lo tanto, fueron los que obtuvieron mejores resultados en control, atribuyendo la baja adherencia a las costumbres alimentarias y a una menor percepción de riesgo de la enfermedad.

En este estudio se encontraron cifras muy similares en las que únicamente el 35% de las personas en control de peso estaban llevando a cabo el plan de alimentación como estaba indicado por el encargado en la asistencia nutricional, lo que nos indica que al 65% de las personas se les dificultaba obtener resultados satisfactorios, modificar hábitos alimenticios y mantenerse en un peso saludable. Es necesario que el paciente desarrolle motivaciones intrínsecas por medio de la concientización y compromiso. Además de que el profesional que lo asiste le proporcione estrategias de control de peso efectivas.

En México se han implementado diversas políticas gubernamentales y programas para combatir la obesidad, las cuales fueron elaboradas en una etapa en la que los objetivos principales de intervención se enfocaban en la prevención de la desnutrición. La obesidad aún no se consideraba como un problema de salud y por lo tanto no estaba dentro de las prioridades del sistema de salubridad; hasta que su magnitud y repercusiones hicieron que se le empezara a prestar atención (Barquera *et al.*, 2012a).

En el año 2004, México se suma al programa *Estrategia global de dieta, actividad física y salud*, posteriormente, en 2009 se implementó el programa *Cinco pasos por tu salud* los cuales se difundieron por medio de televisión y radio en todo el país. Los objetivos se enfocaron a promover la actividad física, tomar más agua, consumir más frutas y verduras y en la medición de la cintura (Barquera *et al.*, 2012b).



En el año 2010 se lleva a cabo El acuerdo nacional para la salud alimentaria (ANSA), los objetivos del programa se enfocaron a fomentar actividad física, consumir más agua, disminuir la cantidad de azúcar y grasas, incrementar el consumo de frutas, verduras, cereales de granos y fibra y controlar las porciones de alimentos para combatir el sobrepeso y la obesidad (Barquera *et al.*, 2012b).

En el 2013 la Secretaría de Salud implementó *La estrategia nacional para la prevención del sobrepeso, la obesidad y la diabetes*, con el objetivo de facilitar la adopción de hábitos saludables, detectar oportunamente los casos de sobrepeso, obesidad y diabetes para un control adecuado, generar recursos humanos capacitados e insumos necesarios para el acceso a la salud. Los pilares de la estrategia son la salud pública, la atención médica y la regulación sanitaria. En la página de Internet de la Secretaría de Salud se difundió por medio de tres objetivos: Chécate; para aprender a tomar medidas de cintura y peso, Mídete; para cuidar el consumo de calorías y Muévete; para realizar ejercicio de manera constante y sistemática (IMSS, 2015).

En el caso de la región Altos de Chiapas, se han llevado a cabo programas como: *Cinco pasos por tu salud, Orientación alimentaria* (ISECH, 2009) y la *Campaña para combatir la obesidad infantil* (López, 2011) entre otros, de los cuales se puede deducir que no han tenido hasta ahora un impacto, ya que los datos que se reportan en la actualidad de sobrepeso y obesidad no han disminuido.

Barqueta *et al.* (2012b) lo atribuyen a que los programas de intervención desconocen la cultura de la población a la que se dirige. El diseño y operación no se basa en los problemas reales de la población, existe una falta de evaluación, seguimiento y control, así como conflictos de intereses políticos y económicos con la industria alimentaria. Hasta 2014, a nivel nacional y estatal, no hay programas que tomen en cuenta las percepciones de la población con sobrepeso u obesidad, como estrategia indispensable para que las personas actúen para mejorar su salud.

Conclusiones

Además de los factores ya descritos que influyen en el sobrepeso y la obesidad, existen otros que contribuyen a la perpetuación de la misma, como la subestimación del exceso de peso y del riesgo de este, con lo que se minimiza la enfermedad y limita el que se lleven a cabo acciones en pro de la salud (Ratner *et al.*, 2008).



Las estrategias frente al reto del control de la obesidad no han tenido resultados significativos debido a que el sistema médico no coincide con la percepción social e individual de la población.

La obesidad la relacionan con personas muy voluminosas que corresponden a un grado de obesidad II y III, percibidas hasta entonces como un problema de salud; y el sobrepeso y la obesidad grado I, están siendo percibidos, en su mayoría, como un problema de belleza y autoestima. Si no se perciben como un problema de salud, es más difícil que se busque una solución.

La autopercepción del peso corporal de las personas con sobrepeso u obesidad es indispensable para el tratamiento. Tener síntomas, sentir molestias o tener enfermedades concomitantes hacen que el exceso de peso sea percibido más fácilmente como un problema de salud. La mayoría de las personas en ausencia de molestias u enfermedades, no modifican sus hábitos alimenticios tan fácilmente. Identificar lo que las personas con sobrepeso u obesidad creen que originó su padecimiento, independientemente de si corresponde o no con la realidad, es un factor clave en el proceso de control de peso y la modificación de conductas individuales para mejorar su estado nutricional.

La capacidad de intervención de las personas en pro de su salud se verá influenciada por cómo perciben las causas de su padecimiento. En el ámbito familiar se generarán creencias, hábitos y costumbres alimentarias desde la infancia, lo cual influirá en las percepciones de las personas adultas acerca del exceso de peso y como consecuencia influirá en la reducción de peso.

Morales-Ruán *et al.* (2014) con datos de la Ensanut 2012 describen como la inseguridad alimentaria leve se relaciona con el sobrepeso y la obesidad.

Este estudio resalta la importancia de la percepción de las personas acerca de: 1) su propia figura y la enfermedad; 2) la falta de conciencia del riesgo real de la enfermedad, aunque no presenten síntomas o molestias evidentes; 3) el que se utilicen herramientas para el control del consumo de alimentos por cuestiones emocionales y 4) la importancia del núcleo familiar en la conformación de hábitos alimenticios.

Las políticas gubernamentales actuales para combatir la obesidad se enfocan en el consumo excesivo de alimentos como causante principal del padecimiento. Si bien la sobrealimentación es el mecanismo que desencadena el exceso de peso, las causas de fondo como el modelo de desarrollo y estilos de vida que lo generan, observadas en nuestros resultados, muestran diversos factores entrelazados que intervienen en sus causas y control, por tanto, no es de sorprenderse que estas estrategias no hayan cumplido su objetivo e incluso haya un incremento del sobrepeso y obesidad en Chiapas y en México en general.



Estas políticas pueden tener un impacto incisivo, y ser más efectivas a nivel social, si se diseñan con nuevas estrategias integrales, teniendo un conocimiento previo de cuáles son las percepciones y motivaciones y a qué problemáticas se enfrentan para modificar prácticas alimenticias y reducir de peso. Algunos puntos clave a considerarse para un control de peso exitoso son: 1) La percepción del sobrepeso y la obesidad como una cuestión estética no desaparecerá por sí sola en el ambiente obesogénico actual; es necesario ampliar las investigaciones en este rubro para implementar herramientas como las utilizadas por las grandes empresas de publicidad, pero enfocándola a la acción social, para ser percibida como una enfermedad y el riesgo real que ésta conlleva. 2) Existen hábitos y costumbres alimenticias que contribuyen a la obesidad; es necesario desmitificar y aclarar cómo llevar a cabo una alimentación saludable y equilibrada. 3) Llevar a cabo consultas de nutrición mediante una participación activa del paciente e identificar sus percepciones en cuanto a sus creencias alimentarias y cómo perciben que se originó su exceso de peso para guiarlos a un mejor control, implementando intervención psicológica para trabajar los aspectos emocionales relacionados a la alimentación. 4) Elaborar campañas de concientización social en el apoyo a personas con sobrepeso y obesidad que estén modificando hábitos alimenticios, promoviendo que los alienten, así como aumentar las opciones de alimentos saludables en reuniones, restaurantes y puestos de comida. Es importante que el personal de salud esté actualizado y exista una unificación de criterios en cuanto al tratamiento, que cuente con nuevas herramientas de apoyo integral que incluyan las percepciones de las personas en los contextos culturales y sociales específicos.

Bibliografía

- Aguirre, E. (2010) "El enfoque metodológico mixto y la investigación social" *Centro de Investigación en Política Criminal*. Universidad Externado de Colombia. En: <http://www.academia.edu/3453280/El_enfoque_metodologico_mixto_y_la_investigacion_social_-_Aguirre_2010_> [Accesado el 18 de julio del 2014]
- Alava, M. (2013) *Mientras más flaca más bonita: la presión social como factor influyente en la imagen corporal ideal en adolescentes mujeres*. Tesis de licenciatura. México. Escuela de Ciencias Sociales, Psicología. Universidad de Las Américas
- Atalah, E., Urteaga, C. y A. Rebolledo (2004) "Autopercepción del estado nutricional en adultos de Santiago" *Revista Médica Chile*. En: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872_004001100007> [Accesado el 2 de abril de 2014]



- Barquera, S. *et al.* (2010) *Acuerdo nacional para la salud alimentaria estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. Mexico, Secretaría de Salud, pp. 1-50.
- Barquera, S. *et al.* (2012a) *Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, Ensanut 2012*. México, Salud Pública.
- Barquera, S. *et al.* (2012b) *Obesidad en México: políticas y programas para su prevención y control*. México, Publicaciones y Fomento Editorial de la Universidad Autónoma de México.
- Barquera, S. *et al.* (2012c) *Sobrepeso y obesidad en adultos. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, resultados por entidad federativa*. México, Instituto Nacional de Salud Pública. México. En: <<http://ensanut.insp.mx/informes/Chiapas-OCT.pdf>> [Accesado el 5 de abril del 2014]
- Cánovas, B. *et al.* (2001) “Concordancia entre la autopercepción corporal y el IMC calculado en una población voluntaria captada el IV Día Nacional de la Persona Obesa” *Nutrición Hospitalaria*. Núm. 4, Unidad de Nutrición Clínica. Hospital de Ramón y Cajal. Madrid. En: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n3/07_original_03.pdf> [Accesado el 5 de mayo del 2014]
- Contreras, J. (2005) “La obesidad: una perspectiva sociocultural” *Zainak Cuadernos de Antropología-Etnografía*. Núm. 27. pp. 31-57.
- Corti, A. (2005) “La estética de la imagen y la tiranía del éxito” *Revista Electrónica de Psicología Política*. Núm. 2, abril 2005, Universidad Nacional de San Luis, Argentina. En: <http://www.psicopol.unsl.edu.ar/abril05_notas4.htm> [Accesado el 20 de abril del 2014]
- Deci, E. y R. Ryan (1985) “The general causality orientations scale: Self-determination in personality” *Journal of Research in Personality*. E. U. University of Rochester. En: <<file:///D:/ja/Downloads/32bfe513dd59438952.pdf>> [Accesado el 10 de marzo del 2014]
- Dgplades (2011) *Índice de masa corporal*. México, Secretaría de Salud. En:<http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/INDICE_MASA_CORPORAL.pdf> [Accesado el 8 de noviembre del 2013]
- Giménez, J. C. (2012) *Obesidad y estilos de vida*. Cátedra de Medicina Familiar, Universidad de Buenos Aires. En: <<http://infomedicos.tumblr.com/post/20690108180/obesidad-y-estilos-de-vida>> [Accesado el 7 de febrero de 2014]
- González, L. *et al.* (2007) “La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso” *Revista Chilena de Nutrición*. Vol. 34, núm. 1, marzo 2007, pp. 46-54, Santiago. En:<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182007000100005> [Accesado el 6 de marzo del 2014]
- Gutiérrez, H. *et al.* (2010) “Diez problemas de la población de Jalisco: una perspectiva demográfica” Publicaciones del gobierno del estado de Jalisco, Secretaría general de gobierno. En: <<http://coepo.app.jalisco.gob.mx/PDF/LibroDiezproblemas/Capitulo1.pdf>> 24 junio 2012> [Accesado el 20 de septiembre del 2013]

- Harris, C. V. *et al.* (2007) "BMI-based body size guides for women and men: Development and validation of a novel pictorial method to assess weight-related concepts" en *International Journal of Obesity*. En: <<http://www.nature.com/ijo/journal/v32/n2/full/0803704a.html>> [Accesado el 15 de septiembre del 2013]
- IMSS (2015) "*Chécate, mídete, muévete*". México. En: <<http://checatemitetemuevete.gob.mx/#full-slider-wrapper>> [Accesado el 15 de septiembre del 2013]
- INEGI (2010) "*Estadísticas a propósito del día de muertos, datos de Chiapas*". En: <www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../2010/muertos7.doc> [Accesado el 9 de noviembre del 2013].
- INSP (2007) "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006" Secretaría de Salud, México. En: <<http://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/660-encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-2006-ensanutef-2006.html>> [Accesado el 20 de octubre del 2014]
- INSP (2012) "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012" Secretaría de Salud, México. En: <<http://ensanut.insp.mx/>> [Accesado el 20 de octubre del 2013]
- ISECH (2009) *Cinco pasos para tu salud*. Chiapas. En: <<http://salud.chiapas.gob.mx/doc/diptico5pasos.pdf>> [Accesado el 10 de noviembre de 2013]
- Jiménez, J. L. *et al.* (2012) "Motivos para bajar de peso ¿Por qué asistir a un programa de apoyo?" *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol.50, núm.4, 2012, pp. 407-412.
- Kornblit, A. y A. Mendes (2000) "La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales" *Contenidos Curriculares*. Buenos Aires. En: <<http://www.cucaicor.com.ar/datos/kornblit-ana-lia-y-mendes-diz-ana-el-proceso-salud-enfermedad.pdf>> [Accesado el 19 de Julio de 2014]
- López, R. (2011) "Obesidad y desnutrición afectan nuestro estado" *La Voz de los Altos de Chiapas*. 18 de enero de 2011, Año, XXVI.
- Martínez, C. (2012) "El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias" *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Núm. 3, marzo 2012, Rio de Janeiro, Brasil. En: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300006&script=sci_arttext> [Accesado el 10 de Julio de 2014]
- Montero, J. (2001) *Obesidad: una visión antropológica*. Departamento de Humanidades Médicas, Instituto y cátedra de la historia de la medicina, Universidad de Buenos Aires. En: <<http://www.meducar.com.ar/cursos/files/ANTROPOLOGIA.pdf>> [Accesado el 5 de enero de 2014]
- Morales-Ruan *et al.* (2014) "La inseguridad alimentaria está asociada con obesidad en mujeres adultas de México" *Salud Pública de México* Vol. 56, núm. 1, 2014, pp. 54-61, Cuernavaca, Morelos.
- Oliva, O. y S. Fragoso (2007) "Consumo de comida rápida y obesidad, el poder de la buena alimentación en la salud" *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. Vol. 4, Núm. 7, julio-diciembre 2013, pp. 176-199.



- OMS (2004) *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. Biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud, 2004. En: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=> [Accesado el 5 de mayo del 2014]
- OMS (2012) *Obesidad y Sobrepeso*. México. En: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>> [Accesado el 8 de octubre de 2012]
- Ortega, M. (2014) “La familia como agente promotor de estilos de vida saludable” *Red Informal de Documentación sobre la Salud Psicosocial de la Familia*. Núm. 51, marzo 2014, Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia. En: file:///D:/ja/Downloads/la%20familia%20como%20agente%20promotor%20de%20salud.pdf> [Accesado el 8 de mayo de 2014]
- Ortiz, R. y C. Álvarez (2009) *Informe de epidemiología de la obesidad y las políticas públicas para su prevención*. España, Observatorio de la obesidad, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. 5 de junio de 2009. Universidad de Alicante. En: <http://web.ua.es/opps/docs/informes/INFORME_DE_EPIDEMIOLOGIA_Y_POLITICA_DE_OBESIDAD_OPSS.pdf> [Accesado el 20 de agosto de 2013]
- Palmeros, F. (1997) “Motivación: conducta y proceso” *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. Núm. 3, 1997, Universitat Jaume I, Castellón de la Plana. En: <<http://reme.uji.es/articulos/numero20/1-palmero/texto.html>> [Accesado el 16 de enero del 2014]
- Quintana, M. (2011) “Comida chatarra y alimentación saludable: definiciones, composición, diferencias, ventajas y fuentes” *XII Jornadas científicas sanfernandinas*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. En: <<http://medicina.unmsm.edu.pe/bioquimica/jornadas%202013/Dra.%20Margot%20Comida%20chatarra%20y%20alimentos%20salud%20Simposio.pdf>> [Accesado el 10 de marzo del 2014]
- Ratner, R. *et al.* (2008) “Estilos de vida y estado nutricional de trabajadores en empresas públicas y privadas de dos regiones de Chile” *Revista Médica de Chile*. Vol. 136, núm. 11, 2008, pp. 1406-1414.
- Rodríguez, E. y A. Pérez (2010) “Factores de dinámica social asociados a obesidad en adultos en México” *Estudios Económicos*. Vol. 25, núm. 2, julio-diciembre, 2010, pp. 337-362.
- Royo, B. (2013) “Obesidad” en *La alimentación y el consumidor*. Escuela Nacional de Sanidad Instituto de Salud Carlos III-Ministerio de Economía y Competitividad. En: <<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=06/11/2013-9d151ea05e>> [Accesado el 20 marzo del 2014]
- Sánchez, J. L. y Y. Pontes (2012) “Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso” *Nutrición Hospitalaria, Cartas científicas*. Vol. 27, núm. 6, 2012, pp.2148-2150.

- Sananes, L. (2006) "Alimentación fisiológica" *Ciencias de la Salud*. Libros en red. En: www.librosenred.com/libros/alimentacionfisiologica.html [Accesado el 10 de octubre del 2013]
- Secretaría de Salud (2012) *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de Salud*, México. En: <file:///D:/ja/Downloads/nom-012-ssa3investigaci%C3%B3n.pdf> [Accesado el 6 de enero del 2014]
- Secretaría de Salud (2005) *El plato del buen comer*. Norma Oficial Mexicana NOM-043.SSA2-2005, Dirección General de Promoción de la Salud, México. En: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/6_1_plato_bien_comer.pdf [Accesado el 5 de enero del 2014]
- Secretaría de Salud (2013) "Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes" En: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf
- Segob (2010) *Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares*. México. En: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5150631&fecha=05/07/2010 [Accesado el 5 de enero del 2014]
- Vander, J. y M. Thelen (2000) "Predictor of body image dissatisfaction in elementary-age school girls" *US National Library of Medicine*. E. U., diciembre 2000, pp. 22-105.
- Vilaplana, M. (2005) "Dietas hipocalóricas. Razones bioquímicas para su fracaso" *Revista de la oficina de farmacia*. Núm.1, enero 2005. En: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13070732&pident_usuario=0&pident_revista=4&fichero=4v24n01a13070732pdf001.pdf&ty=5&accion=L&origen=doymafarma&web=www.doymafarma.com&lan=es [Accesado el 20 de Junio del 2014]
- Zaragoza, A. y R. Ortiz (2012) "Estado nutricional y nivel de actividad física según percepción de los estudiantes de la Universidad de Alicante" *Revista Española de Nutrición Comunitaria*. Vol. 18, núm. 3, 2012, pp.149-153

