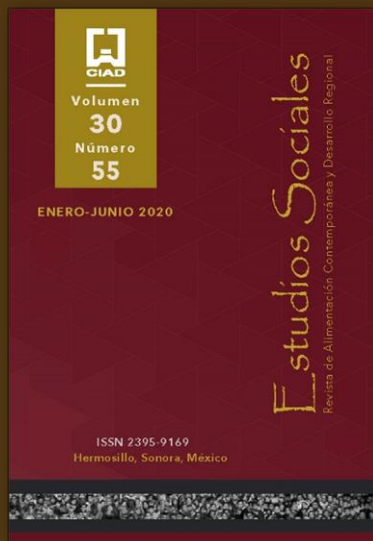


Estudios Sociales

Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional

Volumen 30, Número 55. Enero - Junio 2020

Revista Electrónica. ISSN: 2395-9169



Representaciones sociales de la obesidad, la alimentación y el ejercicio entre personas con obesidad en la Ciudad de México

Social representations of obesity, food and exercise among people with obesity in Ciudad de Mexico.

DOI: <https://dx.doi.org/10.24836/es.v30i55.878>

PII: 20878

Ana Gabriela Romero-Juárez*

<https://orcid.org/0000-0001-7766-0443>

María del Carmen Arellano-Gálvez**

<http://orcid.org/0000-0001-9951-6960>

Fecha de recepción: 15 de octubre de 2019.

Fecha de envío a evaluación: 25 de noviembre de 2019.

Fecha de aceptación: 06 de enero de 2020.

* Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición

Salvador Zubirán, México.

a.gabrielaromeroj@gmail.com

**Autora para correspondencia.

El Colegio de Sonora, México.

Centro de Estudios en Salud y Sociedad.

Obregón No. 54, Colonia Centro. Hermosillo, Sonora.

Tel. 662 2595300, ext. 2224.

Dirección: marellano@colsob.edu.mx

Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C.

Hermosillo, Sonora, México.



Resumen / Abstract

Objetivo: Analizar las representaciones sociales sobre la obesidad y las prácticas de alimentación y ejercicio de un grupo de mujeres y hombres con dicho diagnóstico y tratamiento clínico residentes en la Ciudad de México. **Metodología:** Se partió de una metodología cualitativa. Se eligió la entrevista en profundidad como técnica para la obtención de datos. **Resultados:** En términos discursivos, todos los participantes identifican la importancia de realizar ejercicio y tener una buena alimentación, pero pocos lo ponen en práctica. Los hombres y las mujeres comparten una trayectoria de vida con obesidad desde edades muy tempranas, cuya atención futura estará posibilitada por sus diferencias en las etapas de la vida, sus prácticas de autocuidado y las condiciones de vida relacionadas con aspectos económico-políticos, sociales y culturales en sus contextos sociales. **Limitaciones:** No retomar resultados de entrevistas a personas con obesidad sin tratamiento clínico. **Conclusiones:** Para los participantes, la obesidad representa una limitante para el establecimiento de relaciones personales, sociales y laborales, sin embargo, ellos mismos reproducen en sus discursos este rechazo social de la obesidad, lo que se recrudece para las mujeres por los estereotipos de belleza y su relación con la salud. Los saberes que tienen sobre los alimentos que engordan y los que no engordan, reproducen el discurso médico y los mensajes de promoción a la salud, sin embargo, no se traduce en un cambio a nivel de las prácticas alimentarias cotidianas.

Objective: To analyze the social representations about obesity and the feeding and exercise practices of a group of women and men with said diagnosis and clinical treatment residing in Mexico City. **Methodology:** It was based on a qualitative methodology. Choose the in-depth interview as a technique for obtaining data. **Results:** In discursive terms, each participant identifies the importance of exercising and having a good diet, but few put it into practice. Men and women have a path of life with obesity from very early ages; our future attention will be enabled by their differences in the stages of life, their self-care practices and living conditions related to economic-political, social and cultural in their social contexts. **Limitations:** Do not resume interview results for people with obesity without clinical treatment. **Conclusions:** For the participants, obesity represents a limitation for the establishment of personal, social and labor relations; however, they reproduce in their speeches this social rejection of obesity, which is recruited for women by beauty stereotypes and their relationship with health. The knowledge they have about foods that are fattening, and those that are not fattening; reproduce the medical discourse and messages of health promotion, however, do not translate into a change at the level of daily food practices

Palabras clave: alimentación contemporánea; obesidad; representaciones sociales; ejercicio; alimentación; género.

Key words: contemporary food; obesity; social representations; fiscal activity; feeding; gender.

Introducción

El objetivo del artículo es analizar las representaciones sociales sobre la obesidad y las prácticas de alimentación y ejercicio de un grupo de mujeres y hombres con dicho diagnóstico y tratamiento clínico residentes en la Ciudad de México. La intención de analizar estas representaciones surge de la preocupación frente a los resultados de las últimas Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición realizadas en México (INSP, 2006, 2012 y 2016), que muestran el aumento en la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adultos. En el periodo comprendido entre 2006 y el 2012 el sobrepeso disminuyó 5 %, mientras que la obesidad aumentó un 3 % (INSP, 2012); para el periodo 2012 a 2016 el sobrepeso no mostró cambios respecto al periodo anterior, mientras que la obesidad aumentó en un 5.4 % (INSP, 2016). La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en 2016 fue de 71.2 % (48.6 millones de personas), siendo mayor en las mujeres (75.6 %) que en los hombres (69.4 %). La prevalencia de obesidad es mayor en el sexo femenino que en el masculino (38.6 % y 27.7 % respectivamente). En años recientes la prevalencia de obesidad también se ha elevado en los sectores sociales pobres y rurales del país (González de León et al., 2009; INSP, 2016). Según la ENSANUTMC (2016), la prevalencia de sobrepeso fue 11.6 % más alta en las localidades rurales, mientras que la obesidad fue 16.8% más alta en localidades urbanas.

La Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 sobre el manejo del sobrepeso y obesidad (Diario Oficial de la Federación, 2017), los define como una enfermedad crónica desarrollada a partir de la interacción de factores sociales,

culturales, económicos, conductuales, psicológicos y biológicos y que se relacionan con trastornos psicológicos, sociales y metabólicos. En esta norma el tratamiento de la obesidad se basa en el cambio de estilos de vida por unos más saludables, incluyendo el tratamiento médico, nutricio, psicológico, de actividad física y en su caso, quirúrgico para disminuir los riesgos para la salud, las comorbilidades y mejorar la calidad de vida del paciente.

Si bien el sobrepeso y la obesidad tienen múltiples consecuencias en la salud que requieren tratamiento clínico, es necesario definir acciones para la transformación de la alimentación, así como la búsqueda de tiempos y espacios públicos para la planeación sistemática de actividad física. Integrar estas prácticas a la cotidianidad de las personas con sobrepeso y obesidad rebasa la voluntad y decisión individual, requiriendo un análisis de los elementos socioculturales, políticos y económicos alrededor que complejizan la atención de estos padecimientos.

Desde una perspectiva sociocultural se considera que la obesidad es consecuencia directa de los cambios en las dinámicas sociales, derivadas de políticas económicas que han modificado las pautas culturales y en particular los patrones alimentarios (Contreras, 2002). El análisis de la obesidad resulta de procesos históricos en los que no siempre se consideró un problema de salud, de ahí la necesidad de reconocerla como un asunto social relacionado con discursos científicos dominantes que influyen en sus representaciones (Gracia, 2010; Navas, Palacios y Muñoz, 2014). El discurso médico moderno ha construido un corpus alrededor del sobrepeso y la obesidad como un problema de salud pública al cual se han destinado esfuerzos políticos y económicos para su atención, centrada principalmente en su medicalización (Gracia, 2011).

La revisión de la literatura indica que las estrategias institucionales escasamente han abordado los condicionantes sociales, políticos, económicos y culturales en los estilos de vida de los grupos poblacionales y su efecto en el sobrepeso y la obesidad (Medina, Aguilar y Sóle-Sedeño, 2014), ya que el acceso a los alimentos “saludables”, al agua potable y a la promoción a un cambio de “vida saludable”, son condiciones materiales de vida rebasadas ante la complejidad de la problemática, convirtiendo la enfermedad en un problema social (Moreno, 2006) que además se complejiza frente a las desigualdades de género (Cruz, Tuñón, Villaseñor, Alvarez y Nigh, 2013; Biermayr-Jenzano, 2019). A estos cambios culturales se suma la desestructuración de los sistemas normativos y de los controles sociales que tradicionalmente regían las prácticas y las representaciones alimentarias (Contreras

y Gracia, 2004), lo cual se relaciona con los procesos de modernización y globalización de los alimentos (Hawkes, 2006).

Desde las instituciones se elaboran estrategias dirigidas a eliminar los “factores que perjudican la salud” y recomiendan vivir una vida saludable (Secretaría de Salud, 2010, 2015), mientras que las prácticas en salud de la población se relacionan con las condiciones materiales y simbólicas de vida. Así la determinación social de la salud, la enfermedad y la atención está condicionada por la pertenencia a una clase social, el trabajo desigual y por la exclusión social de los distintos grupos sociales. De ahí que los estilos de vida no se refieran a decisiones individuales, sino a conductas posibilitadas por medio social. Moreno (2006) afirma que para prevenir, evitar o controlar el problema de la obesidad deben estar involucrados aspectos personales, ambientales y estructurales articulados entre sí y con distintos niveles de análisis. De la diversidad de enfoques teóricos para analizar los elementos socioculturales, hemos seleccionado algunos supuestos de la teoría de las representaciones sociales bajo la perspectiva de género para enmarcar los resultados de esta investigación.

Las representaciones sociales como marco analítico en el estudio del sobrepeso y obesidad

Contreras (2002) señala que en el estudio de la obesidad es necesario considerar sus representaciones sociales en el diseño de estrategias de prevención y atención. Conocer las representaciones sociales de las personas con obesidad sobre su condición y su alimentación, resulta una apuesta para el diseño de programas y estrategias acordes al contexto. Para profundizar en el análisis de las representaciones sociales de la obesidad y la alimentación, es necesario reconocer que se trata de un proceso salud-enfermedad-atención de los grupos humanos, resultado de complejas interacciones entre el orden económico, político e ideológico. El estudio de las representaciones sociales ha sido una valiosa herramienta en las ciencias sociales, sobre todo en la sociología al ofrecer un marco explicativo sobre los comportamientos de las personas comprendiendo el contexto cultural (Araya, 2002).

Moscovici (1961) refiere que las representaciones sociales resultan de un proceso activo entre individuos pensantes que construyen un universo mental a través de imágenes, sistemas de referencia, categorías que permiten construir significados



colectivos sobre ciertos hechos y en última instancia, teorías explicativas de la realidad. Las representaciones sociales permiten interpretar y clasificar los fenómenos partiendo de significados compartidos en ciertos contextos sociales (Giménez, 1997). Las representaciones sociales

sirven como grandes marcos de interpretación de la realidad e incluso percepción de la misma y son guías para los comportamientos y prácticas de los agentes sociales en el sentido de que las personas piensan, sienten y ven las cosas desde el punto de vista de un grupo de pertenencia o referencia (Aranda, 2010, p. 39).

Para Jodelet (1986) las representaciones sociales se pueden presentar de dos maneras: 1) A través de la elaboración conceptual colectiva, en la cual se busca incidir en el comportamiento social y la organización del grupo modificando el funcionamiento cognitivo. 2) Empleando una contextualización histórica de tipo político o sociológico que cambia el significado y la “gravedad” del fenómeno produciendo diferentes reacciones (por ejemplo, las representaciones que transmiten los medios de comunicación para lograr una respuesta del público según sus expectativas y deseos).

La base de las representaciones sociales es el lenguaje, cuyo significado compartido entre el interlocutor y el escucha permite representar un objeto ausente o visible, liberando a las relaciones humanas de las limitaciones del espacio-tiempo. La palabra lleva una teoría sobre su naturaleza y la de sus actos, se integra a la cultura por medio de significados compartidos en el lenguaje cotidiano hasta convertirse en una categoría del sentido común. Se trata de un instrumento de comprensión con el otro al asignarle un lugar en la sociedad, por ello la representación social de un sujeto es en relación con otro sujeto, de ahí que ésta sea dependiente de la posición que ocupan los sujetos en la sociedad, la economía y la cultura (Farr, 1986; Jodelet, 1986).

Flores (2005) afirma que a partir del análisis de las representaciones sociales es posible conocer las diferentes visiones del mundo, estudiar las formas de conocimiento social y conocer las regulaciones sociales que determinan los funcionamientos cognoscitivos, mismos que dan sentido a la existencia de los individuos. En última instancia, las representaciones sociales tratan de explicar la diferencia entre el ideal de un pensamiento conforme a la ciencia y a la razón, y la realidad del pensamiento del mundo social, es decir, la manera en que el pensamiento del sentido común, plagado de teorías implícitas y basado

fundamentalmente en lo perceptivo, recibe toda la información acerca de los descubrimientos, las nociones y los lenguajes que la ciencia crea permanentemente, y cómo toda esta información se transforma en una *ciencia popular* que incide sobre la manera de ver el mundo y de actuar de todos aquellos individuos que pertenecen a determinada sociedad, constituyendo el saber lego en cierto momento histórico (Lacolla, 2005). El saber lego se construye desde el punto de vista del actor, construido desde la relación de la práctica y el discurso (Aranda, 2010).

La obesidad no siempre ha sido considerada una enfermedad y algunas de estas representaciones sociales se relacionaban con el prestigio, abundancia y como símbolo de salud, pero en las sociedades modernas se da una excesiva patologización y medicalización de los cuerpos, por lo que las prácticas alimentarias son consideradas desviadas y peligrosas, justificando de esta forma la intervención biomédica (Brewis, 2010; Campos, Saguy, Ernsberger, Oliver y Gaesser, 2006; Navas, Palacios y Muñoz, 2014). La representación de la obesidad deviene de una elaboración conceptual colectiva, en la que el discurso médico juega un papel preponderante, mientras que se desdibuja el análisis de los procesos históricos, socioculturales, económicos y políticos que afectan diferenciadamente a las poblaciones, responsabilizando a los individuos y sus prácticas (Gracia, 2009; Orellana, 2014).

Desde abordaje de la obesidad como asunto de salud pública y su medicalización, se derivan estrategias definidas desde las normas oficiales mexicanas, que indican un tratamiento médico, nutricio, psicológico, de actividad física y en su caso, quirúrgico orientado a lograr un cambio en el estilo de vida, para disminuir o los riesgos para la salud, las comorbilidades y mejorar la calidad de vida del paciente (DOF, 2017).¹ En la mayor parte de estas estrategias, el principal componente es la promoción de la salud teniendo como objetivo el cambio de los estilos de vida, a través de las prácticas de autocuidado de manera individualizada, dejando de lado los elementos socioculturales, políticos y económicos que confluyen en la reproducción de este problema de salud pública. De ahí los vacíos e inconsistencias en el diseño e implementación de las estrategias de prevención y atención, a los que se suman las condiciones relacionadas con las desigualdades de género que posicionan a hombres y mujeres de manera diferente ante las prácticas de prevención y atención del sobrepeso y obesidad.



La perspectiva de género en el análisis del sobrepeso y la obesidad

La categoría de género como herramienta analítica ha permitido analizar y visibilizar las desigualdades construidas socialmente que ubican a las mujeres en una posición subordinada frente a los hombres y que se reproducen en los espacios públicos y privados (Buttler, 2007; Scott, 1996). El género se operacionaliza aquí como la asignación social y la construcción subjetiva de las identidades masculinas y femeninas ante la obesidad. La incorporación de la categoría de género en investigaciones y programas ha permitido abordar los niveles de complejidad que se conforman entre lo masculino y lo femenino, así como su relación con las prácticas alimentarias y la salud. Bronfman y Castro (1998) señalan que en la concepción de la salud-enfermedad a través de la construcción de las identidades de género, intervienen procesos de construcción simbólica de los cuerpos sexuados que afectan la salud, de tal modo que dichas construcciones influyen sobre la manera en que hombres y mujeres viven el proceso salud-enfermedad-atención, y sobre los comportamientos que resultan de las variaciones diferenciales en la afirmación de las identidades de género. Tal y como lo señala Pérez-Gil (2006), las relaciones entre los géneros conforman una de las dimensiones sociales más importantes en relación con la salud y nutrición de hombres y mujeres.

Las desigualdades entre hombres y mujeres se expresan en diferencias en el acceso a recursos, los grados de autonomías personales derivados del papel que desempeñan en la familia y en la sociedad, la valoración y retribución social del trabajo e incluso la capacidad de decidir, planear y disfrutar la propia vida. En este sentido, las contradicciones en las relaciones entre los géneros no son producto de las diferencias biológicas de cada sexo, sino de construcciones sociales y simbolizaciones culturales de los sistemas género/sexo que las sociedades elaboran a partir de las diferencias anatomo-fisiológicas (Gómez, 1993; Pérez-Gil, 2006; Szasz, 1999). En estudios sobre sobrepeso y obesidad desde la perspectiva de género, se ha reportado que la vivencia de estos padecimientos se relaciona con los estereotipos de belleza para los cuerpos femeninos y masculinos, en los cuales se restringe la posibilidad de realizar actividad física en espacios públicos, al ser considerados como ámbito masculino (Cruz et al., 2012). Estas desigualdades se expresan en que las mujeres obesas tienen más probabilidades de ser discriminadas en el espacio de atención médica y en otras relaciones interpersonales en comparación con los hombres obesos (Hansson, Näslund y Rasmussen, 2010). Tales construcciones influyen en procesos

diferenciados de enfermar entre hombres y mujeres, lo que se relaciona con las formas de vida y los procesos de atención entre unos y otras (Cruz et al., 2012; Velasco, 2009).

Al hablar del complejo fenómeno alimentario en las etapas de adquisición, provisión, preparación, distribución intrafamiliar y consumo de alimentos y por lo tanto el cuidado de la salud, son actividades que se encuentran esencialmente a cargo de la mujer, responsable del trabajo que implica el proceso alimentario (Brunet y Santamaría 2016; Criado 2004; Franco 2013; Vizcarra, 2008). Esto permite la reproducción de las desigualdades en la división sexual del trabajo doméstico, incluyendo la alimentación (Pérez-Gil, Vega y Romero 2008, Platt y Polavieja 2016). Estas prácticas incluyen organizar su trabajo, conformar presupuestos, comprar los bienes y servicios, así como satisfacer las necesidades alimenticias y afectivas de su grupo doméstico. Considerando estos elementos teóricos de las representaciones sociales y del género, analizamos los datos empíricos obtenidos a partir de la metodología que se describe a continuación.

Metodología

Los datos derivan de una investigación más amplia sobre Prácticas y representaciones de la obesidad del personal de salud y pacientes que asisten a la clínica de obesidad y trastornos del comportamiento alimentario del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán,² misma que fue aprobada por el comité de ética de dicho instituto con número de referencia 1741. Para esta publicación se retomará solamente la información de pacientes atendidos en la clínica de obesidad del INCMNSZ que aceptaron ser entrevistados para conocer sobre sus representaciones sociales y prácticas en relación a la obesidad, la alimentación y el ejercicio.

Se partió de una metodología cualitativa que hace énfasis en el estudio de procesos sociales y parten del supuesto ontológico de que la realidad se construye socialmente, privilegiando la subjetividad de los individuos y de los productos que resultan de su interacción. Permite comprender el significado de la realidad para los sujetos y su vínculo con sus prácticas (Castro, 1998). Se eligió la entrevista en profundidad como técnica para la obtención de datos, ya que permite comprender las



representaciones sociales de la obesidad, así como su relación con el proceso alimentario y sus determinantes socioeconómicos y culturales.

Para este estudio se diseñó una guía de entrevista con dos grandes apartados: obesidad y alimentación. El primero se centró en recopilar la información referente a las representaciones de la obesidad en la vida cotidiana. El segundo apartado contiene información de las representaciones sociales sobre la alimentación y el ejercicio.

Los participantes eran residentes en la Ciudad de México, dos hombres y tres mujeres entre 18 a 50 años de edad con diagnóstico de obesidad, que al momento del estudio recibían tratamiento clínico especializado en el INCMNSZ.³ Para establecer el primer contacto se contó con el apoyo de las nutricionistas del Programa de Atención al Paciente con Obesidad (PAPO) de la Clínica de Obesidad del INCMNSZ. El PAPO inició en 2003 y según su manual de procedimientos tiene como objetivo “brindar a los/las sujetos/as con obesidad los conocimientos necesarios para que mejoren su salud y modifiquen su estilo de vida, incluyendo sus hábitos de alimentación, actividad física y algunos aspectos psicológicos”. El programa consiste en siete intervenciones médico-nutricionales y dos psicológicas en siete citas programadas: en la primera consulta se realiza una valoración médico-nutricional y psicológica; en la segunda reciben un curso de orientación alimentaria, otro de asesoría psicológica para generar conciencia de la obesidad y otro sobre la importancia de la actividad física; en la tercera consulta se entrega un diagnóstico integrando las tres valoraciones y se establecen metas; la cuarta y sexta son de seguimiento nutricional; en la quinta, el médico hace una revisión de las metas alcanzadas; finalmente en la última consulta se entrega un informe final de la evolución durante el programa (Clínica de la obesidad y trastornos del comportamiento alimentario, 2012). Hasta el momento del estudio el porcentaje de éxito en el programa era del 30 %.⁴ En la Tabla 1 se describen las características de los y las participantes.

Tabla. 1.

Datos sociodemográficos de participantes

Pseudónimo	Diagnóstico	Edad	Estado Civil	Ocupación
Rogelio	Obesidad II	50	Casado	Dentista
Oliva	Obesidad II	48	Casada	Estilista
Ariadna	Obesidad III	32	Soltera	Contadora
Miguel	Obesidad II	24	Soltero	Estudiante de medicina
Fernanda	Obesidad III	18	Soltera	Estudiante de preparatoria

Fuente: elaboración propia basada en datos de trabajo de campo.

Previo consentimiento informado se realizaron entrevistas en profundidad en las casas y/o en los lugares de trabajo de los/las informantes, con un mínimo de tres visitas con cada uno/una y un promedio de duración entre dos y tres horas por visita. Las entrevistas fueron grabadas previa autorización de los/las informantes, mismas que se transcribieron en su totalidad, se ordenaron y sistematizaron en el programa de análisis cualitativo *Atlas ti*. Los ejes analíticos que resultaron de este proceso fueron: Cómo y con quién viven los/las mujeres con obesidad, representaciones de la obesidad, desvalorización de la obesidad, el aspecto físico de las personas con obesidad, obesidad y trabajo, el ejercicio y alimentación, y género. De estos ejes, en este trabajo se retomarán aquellos sobre las representaciones sociales de la obesidad, la alimentación y el ejercicio.

Resultados

En este apartado analizamos los datos empíricos respecto a los dos ejes de interés: las representaciones sociales de la obesidad y las representaciones sociales sobre las prácticas de alimentación y de ejercicio entre personas diagnosticadas con este padecimiento.



Representaciones de la obesidad en la vida cotidiana

Los hombres y mujeres que participaron en este trabajo han vivido su condición de obesos desde edades muy tempranas. Todos manifestaron que desde niños han atravesado por un *proceso de desvalorización personal y/o social de la obesidad* y, por tanto, su representación de ser obeso es negativa y afecta varios aspectos de sus vidas y su cotidianidad. De acuerdo a sus narraciones, el elemento que más ha afectado sus vidas es el aspecto físico, ya que por un lado limita sus actividades diarias y por el otro, perciben que su imagen restringe las oportunidades para adquirir un empleo o para relacionarse sentimentalmente con alguna pareja. La vivencia de la obesidad se expresa en las prácticas cotidianas, al referir que les afecta porque *“no rinden igual”* o *“se sienten pesados/as”*, o *“porque me canso muy rápido”*, sintiéndose limitados en realizar ciertas actividades físicas de su vida cotidiana, incluso hubo quien relacionó su malestar físico con un problema de depresión.

Por lo mismo de que no puedo hacer muchas cosas o me canso muy rápido pues luego yo [me] sentía como deprimida, así que a veces no me quiero levantar, bueno, a veces ni tengo hambre ni me quiero levantar (Olivia, 48 años).

Las escasas oportunidades de empleo afectan de manera generalizada a hombres y mujeres con obesidad, sin embargo, en sus experiencias les afecta de diferente manera. Los hombres argumentan que la gente que los contrata piensa que *“no van a rendir igual que un hombre delgado”*, porque dan la apariencia de ser *“flojos”*, o bien, porque debido a su aspecto físico pueden presentar problemas de salud a corto plazo. Las mujeres mencionaron que la falta de oportunidades de empleo se debe a la *“presentación que tiene y las mujeres gorditas no tienen una buena presentación”*, ya que en el imaginario social las mujeres delgadas reflejan una buena presentación y son a quiénes contratan. Las entrevistadas consideran que no tienen *“buenas”* oportunidades de empleo y cuando se les llega a dar trabajo son trabajos *“malos y mal pagados”*. Estas representaciones encuentran su sentido lógico en el ideal de belleza y en la objetivación del cuerpo femenino.

Como en los trabajos, pues tú lo ves, si no eres delgadita, no te contratan, porque apenas empezaba a buscar trabajo y a ver quién me contrata, luego ya empecé a trabajar en un despacho, pero ya que estaba más delgada, entré a otro trabajo que pagaban mejor y pues como había bajado de peso pues luego, luego me contrataron (Ariadna, 32 años).

Los hombres por su parte refieren el riesgo de padecer otras enfermedades relacionadas con la obesidad, como un motivo de exclusión laboral.

Si te ven gordito en muchos trabajos no te dan trabajo por lo mismo de la obesidad, o porque piensan que corres el riesgo de sufrir de algún paro cardíaco o de algunas enfermedades que se dan por la obesidad... no te llegan a dar trabajo por lo mismo (Miguel, 24 años).

Cuando se les preguntó acerca de su “sentir” respecto a su aspecto físico, se observó que a hombres y mujeres les afecta de diferente manera, ya que ellos mencionaron sentirse “mal” por la apariencia en general y los comentarios de los “demás”, y si bien las mujeres también viven esta situación, a esto se suma que ellas mismas refieren sentirse mal con su aspecto físico al momento de comprar y/o usar sus prendas de vestir. Veamos lo que expresaron los/las entrevistados/as:

Difícil, me ponían muchos apodos, no estaba contento con mi cuerpo, ahora digo, por qué no hice nada, pero en fin así fue. Sí me han hecho sentir no normal y eso es malo, porque también todo mundo quiere que todos nos parezcamos y que nos acerquemos a esa normalidad, a ese fin común, que todos seamos iguales y según yo no todos somos iguales, y no tenemos por qué ser igual, siempre y cuando estés bien, aunque no tengas un cuerpo escultural (Miguel, 24 años).

Va uno a la tienda y le dicen -solo hay talla de este tamaño- super grandota, más que la plus por decir algo y digo: ¿qué me voy a poner? ok ya estoy grande...si hay ropa tan bonita, si ya no me queda y los trajes que son tan bonitos, a mí me gusta los trajes sastre y pues no, entonces pues termino por usar muchos blusones y le digo que no me gusta los blusones, pero es para taparme mi gordura (Olivia, 48 años).



Mis amigas si se podían poner no sé, X cosa, y yo no, porque se te veía mal o te da pena ponerte traje de baño enfrente de ellas y cosas así, ahora ya no... porque es cuando te estabas dando cuenta y no te aceptabas, pero como ahorita ya llevas más tiempo, te aceptas más y ya aprendiste a vivir con esto porque, aunque no sea lo mejor ya te acostumbraste. Yo obviamente ya a los 16 años, ves a tus amigas y después te ves a ti y pues, sí hay diferencia en cosas (Fernanda, 18 años).

El aspecto físico y las relaciones de parejas también es referido por los participantes, quienes perciben la obesidad como una limitante para establecer estas relaciones, ya que como los entrevistados mencionan, por la imagen que reflejan “*nadie va a querer formar una pareja con ellos/ellas*”. Al preguntarles si se relacionarían sentimentalmente con alguna persona con obesidad, todas sus respuestas fueron negativas, convirtiéndose así en reproductores del rechazo social al padecimiento, como refiere Ariadna:

Te gusta el muchacho y pues no te hace caso y hasta tú misma, cuando dices, por ejemplo, ves a una persona muy gordita, y dices -yo no andaría con él-, o sea, no, no, no lo rechazo, pero para andar con él o ser una pareja pues no... nosotras decimos -cómo es posible que fulanita ande con él- ay no, guácala, así dicen, así se expresan (Ariadna, 32 años).

En las narraciones se identificó que las mujeres se sienten más afectadas por la obesidad en comparación con los hombres, ya que son las principales receptoras de la industria de la moda y la cosmética con mensajes referentes a su imagen corporal, que asocian un cuerpo deseable al estereotipo delgado actualmente vigente. Podría argumentarse que la presión social de conformar y cumplir el ideal de belleza femenino, tiene una base claramente estructural perpetuada en las instituciones sociales e intereses materiales de diverso tipo, tales como la industria de la moda, los medios de comunicación y la cosmética que construyen ciertas prácticas sobre la vestimenta y la imagen corporal.

La mujer siempre debe estar así bien vestidita que casi, casi, la minifalda, el vestido, lo de la moda, o sea el pantalón de mezclilla, y para el hombre no hay tanto problema, yo siento y la mujer sí, porque siempre debe ser más femenina, digo, la gordura no te quita lo femenina, sino por la moda de que no encuentras qué ponerte (Ariadna, 32 años).

Desde la mirada de este grupo de informantes, los hombres son quienes más *juzgan* o *critican* a las mujeres con sobrepeso u obesidad, ya que los hombres priorizan la imagen corporal como un elemento central en las relaciones con las mujeres. Por otro lado, consideran que en los hombres es más aceptable la *robustez*, como comenta Fernanda, “*Ellos, entre más grandes, más gordos, más fuertes, es mejor*”. Aun cuando estos hombres y mujeres con obesidad coinciden en las experiencias negativas con en el “problema del aspecto físico”, existe una diferencia de cómo lo viven y lo enfrentan los hombres y las mujeres, por lo que el análisis de género es fundamental para entender estas diferencias en las representaciones y prácticas que se construyen sobre la obesidad.

De acuerdo con Williams y Annandale (2018), el rechazo y estigma hacia los cuerpos obesos reproducen la idea de que este padecimiento es una responsabilidad moral individual, dificultando el poner en práctica acciones para la pérdida de peso. A esto se suma, de acuerdo a Warin (2015) un discurso de culpa que se vive diferente por hombres y mujeres, relacionado con la materialidad de los cuerpos y las desigualdades sociales que reproducen el estigma hacia los cuerpos obesos. Estas representaciones se reproducen en los medios de información, que contribuyen a la discriminación que viven pacientes obesos (Couch, Thomas, Lewis, Blood y Komesaroff, 2015; De Brún, McCarthy, McKenzie y McGloin, 2014), manifiesta en las relaciones interpersonales, sobre todo entre mujeres con obesidad severa (Hansson, Näslund y Rasmussen, 2010; Latner y Stefano, 2016) y que se expresa en las dificultades de establecer relaciones de pareja como lo reportan las participantes en este estudio.

Representaciones sociales sobre la alimentación y el ejercicio.

Las y los entrevistados/as coincidieron en la idea que el ejercicio favorece la salud, representación que han construido al experimentar los beneficios y debido al discurso médico que lo recomienda. Ariadna, por ejemplo, relaciona la diferencia de composición corporal entre ella y su hermana debido que ésta última siempre ha realizado más ejercicio que ella. Para Olivia y Enriqueta el ejercicio ha sido de utilidad para bajar de peso y en el caso de Miguel y Fernanda, que practican fútbol, les ha beneficiado en sentirse *más ligeros*. Según Rogelio los beneficios del ejercicio son más de orden clínico como el control de los niveles de azúcar, triglicéridos y

colesterol en sangre. Sin embargo, para los/las entrevistados, el ejercicio no es una práctica cotidiana, a pesar de ser una recomendación médica y motivo de *regañó* por parte del personal de salud.

Me regañó muy feo, por cierto, pero me tuve que aguantar, me dijo que cómo que no tenía tiempo si gente de 80 o 90 años podía hacerlo, que por qué yo no o qué si tenía que dejar mi trabajo para poder hacer ejercicio, entonces dije que estaba bien y prometí hacer ejercicio (Ariadna, 32 años).

Incorporar de la actividad física y/o ejercicio en la cotidianeidad en las personas con obesidad de este estudio, está rodeada de una serie de dificultades posibilitadas por el contexto social, además de la disonancia entre el discurso que reconoce su importancia pero que no se traduce en una práctica. Uno de los motivos para no realizar ejercicio fue la falta de tiempo porque tienen largas jornadas laborales con bajo salario, sin la posibilidad de destinar recursos para pagar un gimnasio o clases de ejercicios. Otro factor importante son las distancias que recorren de sus hogares a sus centros de trabajo, que en uno de los casos invierte hasta cuatro horas al día en estos traslados. El trabajo doméstico no remunerado también es considerado como un impedimento debido al tiempo invertido en esta actividad, sin embargo, también es considerado como actividad física.

Sudo mucho haciendo quehacer, lavo hasta arriba y si entonces si alguien... por ejemplo si tocan tengo que bajar corriendo, y luego recoge los cuartos, córrele al mercado por las cosas de la comida, regresa a hacer de comer, llegan los hijos y el marido, los atiendo y luego limpia otra vez la cocina. Así es todos los días, yo creo que si hago mucha actividad física pues no estoy echadota viendo la tele y luego termino bien cansada, y pues ni ganas de ir a las clases de zumba, aerobics o esas cosas (Olivia, 48 años).

Las personas con obesidad coinciden en que los cambios en la alimentación es el principal “tratamiento” para bajar de peso y mejorar la salud, ya que la puesta en práctica de “dietas” previas les han traído buenos resultados, además de que el discurso médico refuerza esta representación. Los hombres y las mujeres entrevistados/as mencionaron que los cambios en su alimentación deberían ser: aumento en el consumo de frutas y verduras (con mayor énfasis en las verduras), el consumo de productos *light*, disminución en la cantidad, restringir el consumo de alimentos como pan, pasteles, postres, grasas, carne que tenga “mucho grasa”,

alimentos fritos y empanizados y los refrescos. Tales recomendaciones derivan del discurso del personal de salud, ya que durante las entrevistas se detectaron las siguientes frases: “*disminuir las calorías*”, “*aumento del consumo de proteínas*”, “*disminuir los carbohidratos simples*”, “*aumento de carbohidratos complejos*”, términos del lenguaje clínico-médico, que se han incorporado al saber lego de las personas con diagnóstico clínico de obesidad, pero que no se han incorporado a la práctica cotidiana de la alimentación.

Así las representaciones del tratamiento de la obesidad basadas en el control y cambio en el comportamiento alimentario del paciente tal como documentamos en este estudio, también es reportado por Shinan-Altman (2017) quien además refiere los sentimientos de miedo y enojo de las trabajadoras sociales hacia los pacientes cuando no cumplen con las indicaciones nutricionales. Esto se relaciona con el proceso de atención en el espacio hospitalario y los “*regaños*” que viven por parte del personal médico como mostramos antes.

Por otro lado, las personas con obesidad coinciden en que los mejores alimentos son los preparados en casa, cuya representación se basa en que “*uno los compra frescos*”, “*uno ve los que le pone y los ingredientes que utiliza*”, “*los preparamos a nuestro gusto*”. Con estas ideas diseñan estrategias de consumo, con el fin de asegurar una alimentación sana, segura e inocua, que consiste en llevar sus alimentos a sus lugares de trabajo en “*topers*”, como forma de poner en práctica un plan de alimentación para bajar de peso fuera de sus casas.

Tengo la opción de calentar allá mi comida, haz de cuenta que me llevo dos bolsas de todo lo que me como en mis *topers* y mis botellas de agua (Ariadna, 32 años).

Todas mis comidas y las colaciones las traigo de mi casa en *topers*, ya aquí caliento lo que haya que calentar (Rogelio, 50 años).

La selección y compra de los alimentos está relacionada estrechamente con las condiciones económicas, así como por los gustos y preferencias alimentarias de los integrantes de las familias, pero además reciben recomendaciones, sugerencias e instrucciones dadas por el personal de la Clínica de la Obesidad. Así, la selección de los alimentos se relaciona con diversas situaciones desde aquellas en las que “*cada quien escoge lo que quiera comer*”, aquellos que intentan poner en práctica el plan nutricional refieren que “*hacemos la lista de lo que se va a ir necesitando en la semana*



según el plan de alimentación”, pero para otras, esta práctica se ve imposibilitada ya que *“él (papá o jefe de familia) es el que paga”*, dejando un nulo margen de poner en práctica las recomendaciones médico-nutricionales. Así, las posibilidades de decidir de las mujeres sobre qué alimentos preparar se relaciona con las normas de género sobre el cuidado de los hijos y las preferencias de las parejas masculinas (Chowbey, 2017).

A estas posibilidades de alimentarse según las indicaciones, se suman las condiciones de la vida cotidiana y el trabajo fuera del hogar. Las mujeres que trabajan fuera de sus casas coinciden que el comer en su lugar de trabajo es bueno para conocer y convivir con sus compañeros e incluso con sus empleadores. Aunque la percepción de la experiencia puede variar, como Ariadna narra:

A veces sí comparto, cuando nos gusta, a veces no nos gusta, o como me dicen: ‘ahora llevas puras cosas verdes’, me dicen que ahora ya le entré a lo verde. Sí, una vez me dijeron que si estoy a dieta y les digo que no es una dieta que es un régimen de alimentación porque una dieta es porque estoy gorda y quiero bajar de peso, pero es un régimen de alimentación y sólo estoy comiendo bien nada más (Ariadna, 32 años).

El tema de la alimentación y el género es muy complejo como para pretender abarcarlo ampliamente en el presente trabajo, por lo que solo se presentarán algunas reflexiones. Culturalmente a las mujeres se les han asignado la reproducción biológica y social del grupo familiar, “responsabilizándolas” de garantizar la alimentación y el mantenimiento de la seguridad alimentaria y nutricional de la familia (Criado, 2004). En relación a la alimentación y la masculinidad, se refleja en la distribución de alimentos, la participación en la tarea cotidiana de cocinar (Vázquez, 2009), las preferencias de los alimentos (Kiefer, Rathmanner y Kunze, 2005), temas que emergieron con las personas con obesidad de este estudio. Los hombres al construir su identidad a partir de no ser femenino y de la necesidad de probar su masculinidad (Chávez, 2012; Contreras, 2002), tienen poco o nulo contacto con los alimentos en las prácticas relacionadas con la compra y preparación, reproduciéndose así las desigualdades en la división de las tareas domésticas (Pérez-Gil, Vega y Romero, 2008; Platt y Polavieja, 2016).

Por otro lado, anatómica y fisiológicamente los cuerpos femeninos y masculinos son diferentes, de ahí que las recomendaciones desde la ciencia de la nutrición (no ajena a reproducir las desigualdades de género), es que los hombres deben consumir

alrededor de 2,200 kcal y las mujeres entre 1,800 y 2,000 dependiendo de la edad, estatura, peso y actividad física de cada individuo. Siguiendo con esta idea para las personas con obesidad, es *normal* que los hombres coman más que las mujeres, lo que se reproduce en sus discursos:

Los hombres son más grandotes y se mueven más y no sé, como que el hombre siempre ha comido más (Fernanda, 18 años).

Para las personas con obesidad de este del estudio, cambiar las prácticas de alimentación por aquellas consideradas “sanas”, cuestionan el papel de lo femenino y lo masculino, al asumir que está mal visto que los hombres digan que están a *dieta*, porque es *muy gay* o incluso que las dietas llagan a ser *muy frustrantes*, debido a la cantidad de alimentos que están acostumbrados a comer, o al poner en duda su papel de varón en cuestiones de competencia y valentía.

Si pues así de vez en cuando, entre ellos, a ver quién se come más tacos y el orgullo, es decir -si yo voy y como dieciocho tacos, y cuatro o cinco cervezas- (Olivia, 48 años).

Los informantes consideran que las mujeres, por ser *vanidosas*, quieren ser más delgadas para verse bien y por lo tanto en ellas no está mal visto que digan que *hacen dieta* o coman menos alimentos.

Los hombres comen salvajemente, y es así de que se van a Cuernavaca todos y se comen como veinte quesadillas, pero si como mujer es más fácil y más distinto porque ahí sí de: -ay, yo la ensaladita con limoncito y sal- y ya no como más (Miguel, 24 años).

Chávez (2012) refiere que los hombres reafirman su masculinidad a través de la fertilidad, la actividad sexual, la fuerza física y ciertas conductas de riesgo, como son las prácticas de consumo excesivo de alimentos. Entre hombres se juzga su masculinidad según sea la cantidad y tipo de alimentos que consumen. Los datos empíricos muestran la diferencia entre lo que se debe hacer ante la comida según el rol de género, así como las disonancias entre la representación medicalizada de la obesidad y la alimentación frente a las posibilidades materiales y subjetivas de poner en práctica los planes alimenticios recomendados.



Conclusiones

Los estudios epidemiológicos, clínicos y nutricionales concluyen que la obesidad es un problema de salud pública en México, cuyos efectos negativos sobre la calidad de vida y la salud de la población son innegables, así como un notable incremento en el gasto público para su atención médica y sus comorbilidades. El objetivo de conocer las manifestaciones de la relación entre las representaciones sociales de la obesidad, las prácticas de alimentación y el ejercicio entre un grupo de personas con obesidad muestra cómo éstas se construyen en relación a su propia obesidad y sus prácticas de autocuidado. Las representaciones dominantes sobre esta condición tienden a medicalizarla, tal como sucede con las personas participantes en este estudio quienes reciben atención en un espacio hospitalario, ya que es ahí a donde se dirigen los programas de atención y prevención. Reconocemos la limitante de haber entrevistado sólo a personas con tratamiento clínico, por lo que planteamos para futuras investigaciones incluir a personas que no reciben este tratamiento y comparar sus representaciones sociales.

Los hombres y las mujeres participantes comparten una trayectoria de vida con obesidad desde edades muy tempranas, cuyos itinerarios futuros de atención estarán posibilitados por sus diferencias en las etapas de la vida, sus prácticas cotidianas y las condiciones de vida relacionadas con aspectos económico-políticos, sociales y culturales en sus contextos sociales. Las personas con obesidad de este estudio consideran que el problema del aspecto físico de los/las obesos/os es una limitante para el establecimiento de relaciones personales, sociales y laborales, sin embargo, ellos/as mismos reproducen en sus discursos este rechazo social y estigma hacia la obesidad, lo que se recrudece para las mujeres por los estereotipos de belleza y su relación con la salud. Por ello, una de las líneas de investigación futura es profundizar sobre las masculinidades y feminidades en relación con las prácticas de alimentación, los ideales corporales y la salud.

Para los hombres y mujeres con obesidad, la representación sobre el tratamiento para bajar de peso se basa en una “buena alimentación” y en realizar ejercicio, prácticas que resultan complicadas debido a sus actividades diarias y la dinámica familiar, por lo que realizar un “verdadero cambio” de prácticas alimentarias por unas más “saludables” se complejiza en las condiciones de vida diaria, aun cuando perciban que el ejercicio es parte fundamental de su tratamiento. Sin embargo, la práctica de autocuidado no se realiza ante las diversas situaciones que enfrentan día

a día, a pesar de la preocupación por su salud y su aspecto físico, encontrando una disonancia a nivel de discurso y a nivel práctico.

Respecto a los saberes de los participantes sobre los alimentos que engordan y los que no engordan, reproducen el discurso médico y los mensajes de promoción a la salud, sin embargo, no se traduce en un cambio en las prácticas alimentarias cotidianas. Para Douglas (1996) “el individuo tiende a ignorar los peligros cotidianos y esto está relacionado con la familiaridad que genera la confianza” (p. 58), así hombres y mujeres con obesidad conocen el riesgo de continuar subiendo de peso con el consumo de alimentos “engordantes”, sin embargo, al estar disponibles fácilmente, éstos se integran a la alimentación cotidiana, generando confianza y reduciendo la percepción de ser “peligrosos para la salud”. Otro elemento de análisis sobre las prácticas de alimentación y obesidad es el reconocimiento de los y las participantes sobre los tiempos de comida, representados como momentos de socialización. Estos tiempos y espacios son elementos que permiten conocer a mayor profundidad cómo se viven los diferentes momentos de consumo alimenticio por parte de los miembros de una familia o de un grupo social.

La compra, selección y preparación de los alimentos entre este grupo de participantes es una actividad exclusiva de las mujeres, en particular de las madres y tal como lo menciona Pérez-Gil (2006), se relaciona con el significado de la maternidad, es decir, satisfacer por un lado las preferencias de su pareja y de los hijos e hijas, manejar con higiene la comida, aplicar recetas de cocina y utilizar técnicas culinarias apropiadas. Las mujeres son además las proveedoras y responsables de la salud de sus familias, en tanto que la alimentación es uno de los componentes fundamentales de la salud familiar.

Los datos empíricos nos muestran que el manejo, control y prevención del sobrepeso y la obesidad no es una responsabilidad individual, si no que resulta de un complejo proceso de representación social del padecimiento, ya que antes de pretender cambiar y/o modificar los comportamientos alimentarios y los estilos de vida, se precisa analizarlos según las condiciones económicas, políticas y socioculturales de los grupos y las posibilidades de poner en práctica las estrategias de los programas. Esta investigación visibiliza las disonancias entre las prácticas y los discursos entre personas con tratamiento médico para el sobrepeso y la obesidad, quienes están en contacto con el discurso médico que indica el *deber ser* de la atención frente a las condiciones materiales y subjetivas que posibilitan las prácticas de alimentación y cuidado.



Notas al pie:

¹ A partir de la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2016, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, se definen diversas estrategias en los distintos niveles de atención del sector salud.

² Ana Gabriela Romero Juárez, 2014. Representaciones sociales sobre la obesidad y la alimentación de un grupo de personas con obesidad. Tesis que para obtener el grado de Maestra en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana. Ciudad de México.

³ Las y los participantes eran referidos por médicos generales de instituciones públicas y privadas al INCMNSZ, cuyo costo de consulta iba de 30.00 a 150.00 pesos M/N de acuerdo con la evaluación del nivel socioeconómico realizado por trabajo social.

⁴ Información obtenida en trabajo de campo.

Referencias

- Aranda, P. (2010). *Los motivos de la "desidia". Estudio sociocultural de los saberes legos sobre el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Biermayr-Jenzano, P. (2019). Food Systems, obesity, and gender in Latin America. FAO-LAC. Recuperado de <http://ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738coll2/id/133322/filename/133534.pdf>
- Brewis, A. (2010). *Obesity: Cultural and biocultural perspectives*. Piscataway: Rutgers University Press.
- Bronfman, M. y Castro, R. (1998). Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. En J. Figueroa. (Ed.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud* (pp. 205-238). México: El Colegio de México.
- Brunet, I. y Santamaría, C. (2016). La economía feminista y la división sexual del trabajo. *Culturales*, 4(1), 61-86.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. España: Novarafic.
- Campos, P., Saguy, A., Ernsberger, P., Oliver, E. y Gaesser, G. (2006). The epidemiology of overweight and obesity: Public health crisis or moral panic? *International Journal of Epidemiology* (35): 60-67. DOI:10.1093/ije/dyi255

- Castro, R. (1998). En busca de significados: supuestos alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En I. Szasz y S. Lerner (Ed.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexual* (pp. 57-85). México: El Colegio de México .
- Chávez, A. (2012). Masculinidad y feminidad: ¿De qué estamos hablando? *Revista Electrónica Educaré*, (16): 5-13.
- Chowbey, P. (2017). What is food without Love? The micro-politics of food practices among south asians in Britain, India, and Patikstan. *Sociological Research Online*, 22(3): 165-185. DOI: <https://doi.org/10.1177/1360780417726958>
- Clínica de la Obesidad y Trastornos del Comportamiento Alimentario. (2012). Manual de procedimientos: Programa de Atención al Paciente con Obesidad (PAPO). México: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
- Contreras, J. (2002). La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Form Contin Nutr Obes*, (5): 275-286
- Contreras, J. y M. Gracia. (2004). *Alimentación y Cultura: Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- Couch, D., Thomas, S. L., Lewis, S., Blood, R. W. y P. Komesaroff, P. (2015). Obese Adults' Perceptions of News Reporting on Obesity: The Panopticon and Synopticon at Work. *SAGE Open*. <https://doi.org/10.1177/2158244015612522>
- Criado, E. (2004). El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares. *RES*, (4): 93-118.
- Cruz, M., Tuñón, E., Villaseñor, M., Alvarez, G. y R. Nigh, R. (2012). Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre mujeres indígenas chontales de Tabasco, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 9(2): 1-22.
- Cruz, M., Tuñón, E., Villaseñor, M., Álvarez, G. y R. Nigh, R. (2013). Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región y Sociedad*, 25(57): 165-202.
- De Brún, A., McCarthy, M., Mckenzie, K. y A. McGloin. (2014). Weight stigma and narrative resistance evidente in online discussions of obesity. *Appetite*, (72): 73-81. DOI:10.1016/j.appet.2013.09.022
- Diario Oficial de la Federación. (2017). *DOF: 25/01/2017 PROYECTO de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2016, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad*. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5469855&fecha=25/01/2017
- Douglas, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Argentina: Ed. Paidós.

- Farr, R. (1986). Las representaciones sociales. En S. Moscovici *Psicología social, II. Pensamiento y vida social, Psicología social y problemas sociales* (pp. 495-506). España: Paidós.
- Flores, J. (2005). Las representaciones sociales. En W. Doise, A. Clemence y F. Lorenzi. *Representaciones Sociales y análisis de datos* (pp. 9-18). México: Antologías Universitarias.
- Franco, S. (2013). *El sostén de la vida: la alimentación familiar como trabajo de cuidado*. (Tesis de doctorado). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina.
- Giménez, G. (1997). Materiales para una teoría de las identidades sociales. *Frontera Norte* (18): 9-28.
- Gómez, E. (1993). Discriminación por sexo y sobremortalidad femenina en la niñez. *Género, mujer y salud*. Washington: OPS.
- González de León, D., Bertrán, M., Abeba, A., Torre, P., Mora, F. y Pérez-Gil, S. (2009). La epidemia de obesidad y las mujeres. *Revista Género y Salud en Cifras*, 7(1): 17-29.
- Gracia, M. (2009). La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. *Rev. Nutr.* 22(1): 5-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732009000100001>.
- Gracia, M. (2010). Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity. *Appetite* 55(2): 219-225. doi: 10.1016/j.appet.2010.06.002.
- Gracia, M. (2011). La medicalización de la obesidad. Concepciones y experiencias sobre la gordura en jóvenes con “exceso” de peso. *Zainak, Cuadernos de Antropología-Etnografía* (34): 225-241.
- Hansson, L. M., Näslund, E., y F. Rasmussen. (2010). Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity. A population-based study from Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(6): 587-596. DOI: <https://doi.org/10.1177/1403494810372266>
- Hawkes, C. (2006). Uneven dietary development: linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases. *Globalization and Health*, 2(4). DOI:10.1186/1744-8603-2-4.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. México: Instituto Nacional de Salud Pública .
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016*. México: Instituto Nacional de Salud Pública .
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En S. Moscovici, *Psicología social II. Pensamiento y vida social, Psicología social y problemas sociales* (pp. 469-494). España: Paidós .

- Kiefer, I., Rathmanner, T. y M. Kunze. (2005). Eating and dieting differences in men and women. *The Journal of Men's Health & Gender*, (2): 194-201.
- Lacolla, L. (2005). Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos. *Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa*, 1(3):1-17.
- Latner, J. y E. Stefano. (2016). Obesity stigmatization and the importance of the research of A. J. Stunkard. *Curr Obes Rep*, 5(1): 121-125. DOI: 10.1007/s13679-016-0198-7.
- Medina, F., Aguilar, A. y Solé-Sedeño, J. (2014). Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. *Nutrición clínica y Dietética Hospitalaria*. 34(1): 6-71.
- Moreno, L. (2006). *El drama social de la persona con diabetes*. (Tesis de Doctorado). Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- Moscovici, S. (1961). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
- Navas, J., Palacios, J. y Muñoz, P. (2014). La otra cara de la obesidad: reflexiones para una aproximación sociocultural. *Ciência & Saúde Coletiva* 19(06):1721-1729. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.01892013>
- Orellana, L. (2014). La medicalización del cuerpo excedido: la obesidad como “problema” en los discursos médicos y publicitarios de la prensa mexicana (1880-1920). (Tesis de Doctorado). Universidad Iberoamericana, México.
- Pérez-Gil, S. (2006). *Prácticas alimentarias en familias de una comunidad rural: diferencias genéricas y sus significaciones*. (Tesis de Doctorado). Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- Pérez-Gil, S., Vega, A. y Romero, G. (2008) El proceso alimentario y la división sexual del trabajo doméstico: el caso de una comunidad rural mexicana. *Cuaderno espacio femenino*, 20(2):99-130.
- Platt, L. y Polavieja, J. (2016). Saying and doing gender: intergenerational transmission of attitudes toward the sexual division of labour. *European Sociological Review*, 32(6): 820-834. DOI: <https://doi.org/10.1093/esr/jcw037>
- Romero, A. (2014). *Representaciones sociales sobre la obesidad y la alimentación de un grupo de personas con obesidad*. (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México.
- Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (edit.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). México: PUEG.
- Secretaría de Salud. (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2015). *Estrategia nacional para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes*. México: Secretaría de Salud .
- Shinan-Altman, S. (2017). Medical social workers' perceptions of obesity. *Journal of Social Work*, 17(3): 343-357. DOI: <https://doi.org/10.1177/1468017316644696>



- Szasz, I. (1999). Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja. En M. Brofman y R. Castro, *Salud, cambio social y política. Perspectivas para América Latina* (pp. 109-121). México: INSP, Foro Internacional de la Ciencias sociales y salud.
- Vázquez, G. (2009). ¿Una masculinidad culinaria? Los varones kekchíes y los saberes alimentarios. *Alteridades*, 19(37): 119-132.
- Velasco, A. (2009). *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Ediciones Minerva.
- Vizcarra, I. (2008). Entre las desigualdades de género: un lugar para las mujeres pobres en la seguridad alimentaria y el combate al hambre. *Argumentos* 21(57):141-173.
- Warin, M. (2015). Material feminism, obesity science and the limits of discursive critique. *Body & Society*, 21(4): 48-76. DOI: <https://doi.org/10.1177/1357034X14537320>
- Williams, O. y E. Annandale. (2018). Obesity, stigma and reflexive embodiment: feeling the “weight” of expectation. *Health*, (14). DOI: <https://doi.org/10.1177/1363459318812007>