



El Colegio de la Frontera Sur

**El Significado Social del Sobrepeso y Obesidad  
entre indígenas Chontales de Nacajuca, Tabasco**

TESIS

Presentada como requisito parcial para optar al grado de  
Doctora en Ciencias En Ecología y Desarrollo Sustentable

por

**Marcelina Cruz Sánchez**

2011



# El Colegio de la Frontera Sur

Villahermosa, Tabasco, 9 de diciembre de 2011.

Los abajo firmantes, miembros del jurado examinador de la estudiante Marcelina Cruz Sánchez, hacemos constar que hemos revisado y aprobado la tesis titulada “El significado social del sobrepeso y obesidad entre indígenas Chontales de Nacajuca, Tabasco” para obtener el grado de Doctora en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable.

	Nombre	Firma
Tutora	Dra. Esperanza Tuñón Pablos	_____
Asesora	Dra. Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo	_____
Asesor	Dr. Ronald Nigh Nielsen	_____
Asesora	Dra. Martha Villaseñor Farías	_____
Sinodal adicional	Dra. Laura Huicochea Gómez	_____
Sinodal adicional	Dr. Miguel Ángel Díaz Perera	_____
Sinodal suplente	Dra. Angélica Aremy Evangelista García	_____

## DEDICATORIA

A la memoria de mi Padre  
Don Julio Cruz Rosendo  
Yo soy tu sangre mi viejo

A Marcela, Lupita y Alejandro  
Por supuesto

A los hombres y mujeres indígenas Chontales  
de Nacajuca Tabasco

## Agradecimientos

Cuando una rebasa cierta edad, iniciar una empresa como esta, estudiar un Doctorado y profundizar en una temática relativamente nueva, requiere del apoyo de muchas personas a fin de poder llegar a la meta. Por ello, llegado el momento de la defensa del trabajo realizado, es justo reconocer y agradecer a quienes me han acompañado en este camino que inicié por allá del mes de Enero del año 2008.

En primer término agradezco a la Dra. Esperanza Tuñón Pablos, su apoyo y estímulo constante para no dar paso al desánimo cuando las fuerzas parecían faltar, Su experiencia para guiarme por las complejidades de la investigación social, cualitativa y de género, siempre serán un ejemplo a seguir.

A mi comité tutelar: Dra. Guadalupe del Carmen Álvarez, Dra. Martha Villaseñor Farías, y Dr. Ronald Byron Nigh Nielsen, quienes con sus comentarios firmes y puntuales, encauzaron y me ayudaron a dar forma al trabajo que hoy presento.

A mis lectores y lectoras: Dr. Miguel Ángel Díaz, la Dra. Laura Huicochea y Dra Angélica Aremy Evangelista por sus valiosos cuestionamientos y aportaciones al desarrollo del documento desde el protocolo y en la revisión final del mismo.

A mi familia de origen, en especial a Dovia, mi madre y mis hermanas Zenaida y María del Rosario (Mamá Tayo), de quienes obtuve apoyo y sororidad. Cuando el estudio demandó ausencias, ellas suplieron con creces mis alejamientos.

Indagar en un problema, en sus antecedentes es tarea imprescindible del investigador. Esta tarea es más agradable cuando se cuenta con personas como la Lic. Lorena Reyes Sánchez del SIBE Villahermosa, quien con su amplia sonrisa y don gente nos apoyó con todos los recursos a su alcance para realizar nuestra labor. Lo mismo para el personal del SIBE Unidad San Cristóbal

En las horas de reflexión y análisis de lo investigado, contar con los valiosos comentarios del Maestro Armando Hernández de la Cruz, ayudaron a mirar con otros ojos, evitando el sesgo de mis antecedentes biomédicos sobre los datos cualitativos.

La orientación de lo que debía hacerse en materia de trámites en el posgrado tuvieron respuesta siempre amable, puntual y respetuosa en la persona de la Mtra. Yadira Ramos, encargada del área en la unidad Villahermosa, por ello le estoy muy agradecida.

Un agradecimiento especial para el Mtro. Domingo Mier y Concha Mármol, mi portero. En el tiempo de las primeras incursiones en el campo, era odontólogo supervisor del corredor de pueblos Yoko'tan , ya que sin su apoyo para internarme en la zona, el trabajo de campo hubiera sido más difícil

Agradezco ampliamente el apoyo recibido de mi alma mater la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y del Programa de Mejoramiento del Profesorado PROMEP. Sus Becas son imprescindibles.

## Tabla de contenido

RESUMEN	1
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	5
1.1. Justificación	5
1.2. Antecedentes	9
1.2.1. Medicalización	9
1.2.2. Herencia genética	10
1.2.3. Estrés alostática	11
1.2.4. Urbanización, residencia y pobreza	12
1.2.5. Perspectiva de género	14
1.2.6. Estigma y obesidad	17
1.2.7. Obesidad en la población indígena	19
1.2.8. El concepto de obesidad	20
1.3. Objetivo general	21
BIBLIOGRAFÍA CITADA	22
CAPÍTULO 2: Artículo sometido a la Revista Región y Sociedad Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología	28
CAPÍTULO 3: Artículo aceptado en la revista electrónica: Población y Salud en Mesoamérica	71
Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas Chontales de Tabasco, México	
Carta de aceptación	111
CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES	112
BIBLIOGRAFÍA	117
Aspectos éticos de la investigación	118

## RESUMEN

El sobrepeso y la obesidad son un serio problema de salud pública que se está incrementando y que está asociado con un complejo rango de causas y consecuencias sociales y de salud. Existe acuerdo en que este incremento afecta a la población en pobreza y particularmente a las mujeres. La evidencia actual reporta que entre las poblaciones indígenas de México y Latinoamérica, el problema del sobrepeso va en aumento, así como la presencia, en esta población, de las enfermedades crónicas no transmisibles entre las que destacan la diabetes mellitus 2 y la hipertensión arterial.

Poco se ha indagado acerca del o los significados que las personas, dentro de las poblaciones indígenas, le otorgan al cuerpo obeso o con sobrepeso, o si comparten el punto de vista biomédico de que la obesidad es una enfermedad y factor de riesgo para contraer otras. En este trabajo nos centramos en conocer, desde una perspectiva étnica y de género, el significado que las mujeres y hombres chontales otorgan al cuerpo delgado, “normal”, obeso y con sobrepeso en tres momentos diferentes de la vida.

Es un estudio de tipo cualitativo desarrollado desde la metodología interpretativa y se realizó a partir de entrevistas a profundidad a quince informantes de la etnia chontal de la ranchería Tecoluta 1ª y 2ª sección del municipio de Nacajuca en el estado de Tabasco.

Entre los principales hallazgos encontramos que nuestros informantes no comparten la visión biomédica de la obesidad como enfermedad, el término que utilizan para describir a un cuerpo obeso o con sobrepeso es gordo o grande al que a su vez, significan como saludable, bienestar y ganas de hacer las cosas. De acuerdo con esta percepción, los informantes consideran que perder peso significa estar enfermo, y en consecuencia no es deseable perder peso en ningún momento de la vida.

Entre los y las adolescentes el cuerpo con sobrepeso es significado como “gordura normal” mientras que un cuerpo muy gordo no es normal; la primera, dicen es la que más hay en su comunidad, mientras que la otra es casi inexistente. Entre las personas adultas mayores, la gordura se considera herencia inevitable de los padres, y por lo tanto no es enfermedad. Entre las mujeres adultas, encontramos la afirmación de que es normal ser gorda después de la maternidad, y que a mayor número de hijos, más gordas serán las mujeres. En consecuencia el cuerpo gordo de las mujeres que han tenido hijos además de considerarse “normal”, no fue significado como enfermedad. Las mujeres de esta etnia enfrentan severas restricciones para la realización de la actividad física regular, los espacios destinados para ello son ocupados exclusivamente por los hombres. En la división sexual del trabajo, la cultura chontal ubica a los hombres como proveedores y, por lo tanto, con prerrogativas para salir fuera de la casa, mientras que a las mujeres se las ubica como responsables del trabajo doméstico y de la crianza de los hijos, por ello, para las mujeres, la realización del trabajo doméstico

significa hacer ejercicio. Mientras que para los hombres significa jugar fútbol y andar en bicicleta.

Entre los hallazgos emergentes encontramos que: a) las mujeres atribuyen la presencia de la diabetes, más en ellas, al susto provocado por el alcoholismo de sus parejas y la violencia doméstica ejercida en su contra; b) cambios en la composición de la dieta tradicional que se asocian a la migración cotidiana desde su comunidad a los centros urbanos por el trabajo de los hombres principalmente; c) que la introducción de alimentos diferentes a su dieta tiene relación con las despensas recibidas como ayuda humanitaria durante las inundaciones; la estrategia de desayunos escolares desde la escuela preescolar; la urbanización y, tal vez la más importante, el creciente deterioro de los recursos naturales antes fuente de alimentos y diversión.

Concluimos que el significado del cuerpo con sobrepeso y obesidad entre las personas indígenas chontales de nuestro estudio, es equivalente de estar bien, saludable, contento. Este significado difiere del que divulgan los profesionales de la salud en el sentido de que la obesidad es una enfermedad y riesgo para la salud. Otro significado de la gordura, como ellos llaman al cuerpo con obesidad, es que es efecto de la herencia de los padres y de que las mujeres enfrentan desigualdades de género en el acceso a espacios de ejercicio y deporte y en la libertad de movimiento, así como que la única forma que tienen las mujeres de esta etnia de ejercitar su cuerpo es la realización del trabajo doméstico.

Como consecuencia de esta discrepancia es altamente probable que los mensajes de promoción de la salud dirigidos al control de peso corporal entre la población indígena Chontal y particularmente entre las mujeres de esta etnia, no encuentren la resonancia que se espera, lo cual se torna preocupante dada la incidencia de diabetes mellitus 2 en esta población.

Por lo anterior es ineludible que las estrategias de promoción de la salud para un estilo de vida saludable, incorporen el componente de interculturalidad, atendiendo a los significados expresados por las personas. Asimismo consideramos que se necesita más investigación acerca de las condiciones de salud de este pueblo indígena y de las fuerzas económicas, sociales y culturales que constriñen o posibilitan sus condiciones de vida.

Palabras clave:

Obesidad, sobrepeso, significado social, indígenas chontales, investigación cualitativa

## **CAPITULO 1**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **1.1 Justificación**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), señala que la obesidad es una epidemia global que afecta a todos los países del mundo en menor o mayor grado, pero que cada vez afecta más a las poblaciones empobrecidas de los países subdesarrollados.

La obesidad y el sobrepeso se presentan por igual en hombres y mujeres de todas las edades, pero cuando se separan las estadísticas por sexo, las mujeres reflejan tasas mayores de obesidad, mientras que los hombres muestran tasas más altas de sobrepeso. La explicación de la obesidad en las mujeres se vincula a la maternidad, el trabajo doméstico, el estrato socioeconómico bajo y a la baja escolaridad (Olson y Strawderman, 2008; Warin y cols. 2008; Boissonnet, et al. 2011).

En México, el sobrepeso y obesidad son condiciones que afectan acerca del 70% de la población entre 30 y 60 años de edad (71.9% mujeres y 66.7% hombres). La comparación entre la Encuesta Nacional de Salud de 1993 y la de

2006, reconoce que la obesidad en las y los adultos mexicanos ha ido en aumento (ENSANUT, 2006).

El estado de Tabasco no difiere del panorama nacional. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición por entidad federativa mostraron que 73 de cada 100 adultos mayores de 20 años, tiene algún grado de sobrepeso o de obesidad, destacando la obesidad abdominal entre las mujeres (63.3% hombres y 80.8% mujeres) (ENSANUTEF, 2007).

Lo anterior plantea desafíos para todos los interesados en cuestiones de salud humana. También representa la oportunidad de buscar una mejor comprensión del fenómeno del sobrepeso y la obesidad con el propósito de reorientar las acciones en materia de educación para la salud y para el diseño de políticas públicas dirigidas a estos segmentos de la población (ENSANUT, 2006).

Las estadísticas existentes hacen referencia a la población en general, desagregada por residencia urbana y rural y por sexo, desagregación que no permite un análisis más nítido de la situación por condición étnica y de género. Lo anterior es importante porque la población indígena de México forma parte de los estratos más pobres y desfavorecidos del país y con frecuencia sus niveles de vida están por debajo del promedio nacional y regional, así como de los mínimos de bienestar estipulados internacionalmente (INMUJERES, 2006). Por su parte, la desagregación por sexo oculta las diferencias de género, cuestión necesaria de

atender para alcanzar una comprensión más amplia del fenómeno del sobrepeso y obesidad.

Por otro lado, para lograr las metas del Programa Nacional de Salud 2006-2012, en lo que se refiere a la promoción de la salud y mejoramiento de la calidad de vida de la población, el Estado mexicano requiere de un discurso médico que impacte en las creencias y significados que las personas le confieren a las actividades promotoras de salud, mismas que a su vez se relacionan con hábitos y costumbres propias de sus condiciones de vida y con su cultura. Es innegable que, hasta ahora, el discurso de los profesionales de la salud no ha encontrado correspondencia en la mayoría de la población.

Por ejemplo, para el caso de la obesidad y el sobrepeso, Davidson y Knafll (2005) observan discrepancias en el significado que médicos y público le confieren a estas condiciones. En un análisis dimensional del concepto de obesidad, las autoras analizaron su significado a partir de ocho marcadores (a saber: como medida objetiva, deseabilidad sexual, salud, imagen corporal, fuerza y bienestar, autoestima y aceptabilidad social) entre profesionales de la salud, afroamericanos, latinos, blancos, hombres y mujeres, encontrando variaciones para cada contexto sociocultural y étnico.

Además, observaron una falta de asociación entre la salud y el peso corporal para muchos de los participantes en el estudio. Las autoras concluyen que se necesita más investigación acerca del uso y significado de las condiciones

de sobrepeso y obesidad en las diferentes culturas del mundo ya que, en ausencia de tal conocimiento y comprensión, si bien las intervenciones puedan ser bien intencionadas, no alcanzarán los resultados esperados.

Todo lo anterior nos llevó a plantear un estudio que diera cuenta del significado del cuerpo delgado, “normal”, con sobrepeso y con obesidad en diferentes etapas de la vida, tanto en hombres como en mujeres, intentando además, identificar en el análisis la influencia de la condición étnica y de género.

Lo anterior se justifica en la escasa literatura que vincula las condiciones de etnia, género y sobrepeso-obesidad en la comunidad chontal del estado de Tabasco donde, según cifras oficiales, la prevalencia de sobrepeso es de 70% (Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, 2008). Si bien es cierto que la investigación de este fenómeno se ha estudiado entre la población indígena (Valeggia et al 2010; Uauy et al. 1999), queda claro que su abordaje ha sido desde lo cuantitativo, y en la comunidad de los indígenas chontales, se ha privilegiado el estudio de la violencia de género, el empoderamiento de las mujeres y el desarrollo comunitario (López, et al 2007, Pérez y Vázquez, 2009).

El estudio de este fenómeno social tiene implicaciones para varias instituciones: para las instituciones dedicadas al cuidado de la salud, que basan la estrategia de promoción de la salud en el discurso de los factores de riesgo que, a su vez, convierte a la persona en responsable de la situación que padece, negando las condiciones estructurales que permean la presencia de aquella

condición. Para las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud, pues es justo en el seno de ellas donde el discurso médico se genera y reproduce, apartando la mirada de las ciencias sociales como la antropología y la sociología médica y de la salud e introduciendo el sesgo en la enseñanza de la epidemiología de los riesgos que no contempla el contexto sociocultural donde éstos tienen lugar.

## **1.2 Antecedentes**

El sobrepeso y la obesidad han merecido mucha atención en la última década, a partir de la aparición del informe de la OMS que alertaba sobre la emergencia de una nueva epidemia global (WHO, 2000). Desde entonces su estudio se ha multiplicado por su asociación con las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) destacando la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares; siendo éste principalmente desde la perspectiva biomédica, (fisiopatología, genética y epidemiología) y financiera (costo de la atención a pacientes en los servicios médicos) enfatizando los factores de riesgo en la persona para contraer la enfermedad.

### **1.2.1 Medicalización**

El sobrepeso y la obesidad son consideradas enfermedades y factores de riesgo para la aparición de otras, remitiendo a la persona la carga de culpa moral pues considera que su estilo de vida explica la causa de la enfermedad. Esta

concepción se basa en el proceso conocido como medicalización, que se refiere al juicio por el cual ciertas conductas o condiciones son definidas como problemas médicos (más que problemas legales o morales) y las intervenciones médicas llegan a ser el centro de atención y del control social (Reisman, 1983; Conrad, 1992).

Considerar así el fenómeno de la obesidad, conduce a una visión reduccionista ya que, a excepción de la obesidad debida a trastornos endócrinos, el problema tiene causas multifactoriales entre las que destacan, la creación de ambientes obesogénicos<sup>1</sup> que ponen al alcance de toda la población alimentos con alto contenido energético y poca calidad nutricia, la disminución en el consumo de frutas y verduras frescas y la agresiva publicidad que invita al consumo.

### **1.2.2 Herencia genética**

Desde 1965, cuando se identificó el genotipo ahorrador, se considera que el origen genético explica menos del 33% de los casos de obesidad, lo cual deja un 67% de los casos determinados por el medio ambiente (Stunkard, 2000). La investigación en genética parecía haber encontrado la solución al problema de obesidad al descubrir, en el año 1994, la hormona leptina reguladora del apetito.

---

<sup>1</sup> El término “ambiente obesogénico” también llamado tóxico, se refiere a las condiciones de enorme aumento en la disponibilidad de alimentos, especialmente altos en grasa (botanas, refrescos) y/o en calorías y una disminución de las oportunidades de actividad física, que promueven la ganancia de peso (Lake, A, y Townshend, T ,2006)

La explicación de que las personas con la condición de obesidad también tenían niveles normales de esta sustancia, desestimó la opción de una cura inmediata (Cummings y Schwartz, 2003) y concluyó que, “el control del peso corporal es un proceso extremadamente complejo, poligénico, y que la pérdida de peso es consistentemente resistida por los sistemas corporales, que se han desarrollado durante millones de años de hambre periódica Cummings y Schwartz (2003:466).

En consecuencia, a pesar de que algunas predisposiciones genéticas contribuyen al desarrollo de la obesidad, su rápido incremento en poblaciones genéticamente estables, dejar ver la importancia de los factores ambientales (Herber, 2010).

### **1.2.3 Estrés y carga alostática**

En los últimos 40 años se ha acumulado evidencia suficiente para señalar al estrés crónico como causa de enfermedad (Sterling, 2004). La acumulación del estrés crónico, conocida como carga alostática<sup>2</sup>, tiene consecuencias deletéreas para el cuerpo, con la aparición de las enfermedades crónicas, entre ellas, la diabetes, hipertensión arterial, cardiovasculares y obesidad. Es probable que quienes más eventos estresantes enfrenten (desempleo, vivienda insalubre, inseguridad etc.) sean las personas en condiciones de pobreza y entre ellas las

---

<sup>2</sup> La alostásis es la extensión del concepto de homeostasis y representa el proceso de adaptación del sistema fisiológico complejo a desafíos físicos, psicosociales y ambientales o de estrés. La carga alostática es el resultado de la adaptación (o no) a la alostásis a largo plazo, lo que resulta en la patología y en las enfermedades crónicas (Logan JG, Barksdale DJ.; 2008).

mujeres quienes, al no contar con una forma de eliminar la carga estresante, por cuestiones de género que la cultura les impone (maternidad, crianza de los hijos, trabajo doméstico, doble jornada, entre otras) resultan en la estadística con tasas más altas de obesidad, diabetes e hipertensión, entre otros (Mc Ewen, Seeman, 1999).

#### **1.2.4 Urbanización, residencia y pobreza**

Al decir de la OMS (1990), durante el proceso de desarrollo, las comunidades normalmente evolucionan desde sociedades rurales en las que la actividad física es necesaria para la producción agropecuaria, a sociedades más industrializadas, urbanizadas y opulentas en las que disminuye progresivamente la demanda de trabajo físico. Así mismo, en las áreas urbanas, es común el uso de aparatos eléctricos para realizar quehaceres domésticos, los vehículos motorizados se usan con más frecuencia y el tiempo libre se invierte en actividades físicas pasivas, como ver televisión, por lo que el modo de vida sedentario se convierte en una característica destacada de la urbanización. Este modo de vida ha sido considerado responsable del aumento progresivo del sobrepeso y obesidad.

Por otro lado, la migración rural hacia las ciudades y específicamente a los barrios pobres urbanos, ha sido un factor que explica el creciente aumento de la obesidad. En estos ambientes, se carece de seguridad pública para realizar actividades al aire libre y hay un alto consumo de alimentos fritos y grasos,

refrescos embotellados, cerveza y otras bebidas alcohólicas y las familias presentan un alto riesgo de obesidad (Torún, 2000).

En México, algunos estudios han encontrado altas tasas de sobrepeso y obesidad entre mujeres de zonas rurales y en los estados más pobres del país. Este fenómeno se asocia a la pobre calidad de dieta de las mujeres, consistente casi exclusivamente en carbohidratos y productos de fuentes animales (Anaya, et al., 2006; Rodríguez, et al., 2006).

Asimismo, Neufeld et al. (2008) reportan que la obesidad entre mujeres jóvenes que viven en situaciones de pobreza se está triplicando en periodos muy cortos de tiempo, ya que en seis años (1999-2005) pasó de 9.8% a 30.3%. Lo anterior sugiere una necesidad urgente de buscar un entendimiento de las causas de este rápido incremento de obesidad y sobrepeso entre mujeres mexicanas viviendo en situación de pobreza.

La asociación entre pobreza y obesidad ha sido ampliamente documentada, aún en países de altos ingresos donde los más pobres están incrementando sus niveles de sobrepeso y obesidad (Peña y Bacallao, 2000; Drewnoswki, 2004). En las mujeres, la obesidad se asocia con ingresos más bajos y con menores niveles de educación (Valeggia et al 2010; Uauy et al. 1999; Flegal, et al., 2002; Kumanyika, 1999) mientras que la asociación de obesidad y bajo estatus socioeconómico ha sido menos consistente entre los hombres (Paeratakul et al, 2002).

### 1.2.5 Perspectiva de Género

Otro enfoque al estudio del fenómeno del sobrepeso y la obesidad es el abordado por la perspectiva feminista y la categoría de género que intentan dar cuenta de las desigualdades de género y del porqué las mujeres presentan tasas más elevadas de sobrepeso<sup>3</sup>. Los antecedentes acerca del fenómeno que nos ocupa, desde la perspectiva de género, son escasos, en la mayoría de los trabajos se habla en términos de sexo y no de género.

El concepto de género se refiere a “las distinciones social y culturalmente construidas entre las mujeres y los hombres con base en las diferencias en el acceso a los recursos y el conocimiento, los roles sociales, la división del trabajo y la segregación ocupacional, las relaciones de poder, las jerarquías de autoridad y la toma de decisiones, y las normas sancionadas por la sociedad y aplicadas con respecto a la identidad, la personalidad y el comportamiento” (Sen y Östlin, 2007).

Borders et al (2006) estudiaron las disparidades de obesidad específicas por género en Estados Unidos, encontrando que las mujeres afroamericanas e hispanas tuvieron probabilidades más altas de obesidad que las mujeres blancas, también hombres y mujeres que viven fuera de áreas metropolitanas y las mujeres

---

<sup>3</sup> Según Lamas (1996: 9) “a diferencia de las categorías clase social o etnia que han sido instrumentos analíticos desde hace mucho tiempo, la categoría de género es una herramienta de reciente creación y su uso no está generalizado”.

de menores ingresos tuvieron tasas más altas de sobrepeso y obesidad. Si bien los autores no explican por qué las mujeres, y entre ellas las más pobres, presentan tasas más altas de sobrepeso y obesidad, concluyen señalando que los esfuerzos del combate a la obesidad deberían focalizarse en este grupo de mujeres.

La presión ejercida en las mujeres a través de la publicidad, así como el estilo de vida moderno de la sociedad occidental, hace que se demande el culto a un cuerpo esbelto y bello, apoyado también por el discurso médico que señala lo delgado como bueno y lo gordo como malo. A diferencia de las sociedades occidentales donde la condición de delgadez se ha convertido en un requisito previo del cuerpo hermoso y tan extensamente aceptado que casi parece “natural”, en otras culturas como las del África sahariana, hallamos la celebración de la obesidad femenina<sup>4</sup>, lo que revela la naturaleza construida de todas las nociones de la belleza (Popenoe, 2004).

Por otro lado, Lovejoy (2001) sostiene que mientras las mujeres de raza blanca presentan con más frecuencia trastornos de bulimia y anorexia, las mujeres afro americanas “sufren” de sobrepeso y obesidad, y señala que estas diferencias étnicas sugieren que los factores culturales juegan un rol importante en la presencia de este fenómeno. Algunas pistas acerca de estos factores pueden ser la construcción social de la feminidad y la manera cómo la cultura trasmite

---

<sup>4</sup> Al decir de la autora, en el desierto del Sahara, el ideal de belleza femenina ha sido por siglos ser tan gorda como sea posible, a las niñas desde los once años las separan de sus demás compañeros y las engordan con leche y avena.

diferentes alternativas de belleza femenina y de culto al cuerpo, sea este delgado como en las mujeres blancas o con sobrepeso como en las mujeres afroamericanas.

Por su parte Warin et al. (2008) encontraron que las mujeres, más que identificarse con la categoría clínica de obesidad, construyen sus identidades a través del género y la clase social y en particular a través de su rol de madres. Concluyen señalando que ya no es posible seguir ignorando el género y las dimensiones de clase en el estudio de la obesidad. En efecto, el análisis de clase y el género en la obesidad, proveen de diferentes puntos de entrada para examinar “ambientes obesogénicos” puntualizando cómo las prácticas y significados sociales son incorporadas y reproducidos en la vida diaria. Asimismo, señalan que la obesidad es un complejo asunto social y se necesita seriamente considerar cómo la salud está fundamentalmente refractada a través de las estructuras sociales (Warin y et al. 2008).

Yancey et al, (2006) acotan que las mujeres en general son más sedentarias que los varones y que menores niveles de actividad física se reportan entre mujeres de diversas minorías étnicas Otras autoras han explorado el porqué de este fenómeno y reportan factores de género expresados en la percepción de que los muchachos son más aptos y están más estimulados que ellas para las actividades físicas y, en consecuencia, obtienen más acceso y facilidades para realizarlas. Se destacan también factores como las normas culturales y la falta de modelos como barreras para la participación en actividades de ejercicio o deporte

y, de manera muy particular, entre niñas y mujeres latinas (Leslie, et. al, 1999; Taylor et. al, 1999).

Por lo que toca a los varones, ellos no consideran tener problemas con el sobrepeso, a pesar de que diariamente están expuestos a la publicidad que considera que la gordura es una amenaza para la salud y que quienes la padecen son enfermos o están en alto riesgo de enfermarse y morir, y es urgente que tomen medidas para controlar el peso (Monaghan 2007). Según Monaghan existe una guerra declarada contra la gordura y los varones rechazan la estricta estandarización del IMC que ubica a la mayoría de ellos con exceso de peso o francamente obesos. Por lo anterior, concluye que la medicina y sus instituciones han creado una corrosiva epidemia psicológica de obesidad.

### **1.2.6 Estigma y obesidad**

La condición de obesidad se considera en algunas culturas una clara desviación a las normas de salud. La información por grupos de edad revela que entre las y los adolescentes su propia opinión del peso corporal varía por género y condición étnica y está fuertemente asociado con la opinión de los padres acerca del peso corporal de sus hijos (Levinson, et al, 1986). Asimismo las mujeres adolescentes tienden a poseer ideas negativas de su cuerpo, percibiéndose como más gordas de lo que son, mientras que ellos parecen creer que son más delgados de lo que realmente están.

Cahnman (1968) y De Jong (1980) señalan que la obesidad y el sobrepeso en sociedades occidentales representan un problema moral, es decir que las personas que no son obesas o que tienen peso normal, juzgan y condenan a las otras por estar gordos o gordas y que en general la gente considera que alguien que nace con un defecto (síndrome de Down o parálisis infantil, por ejemplo) no es culpable por ello, tampoco si una persona es gorda debido a un mal funcionamiento hormonal. Pero, si una persona es obesa por comer demasiado, no le gusta hacer ejercicio o ha intentado bajar de peso sin éxito, entonces se le juzga culpable de tener sobrepeso y obesidad. En consecuencia, la creencia de la gente acerca de que, quien presenta sobrepeso tiene en sus manos el problema y también la solución, es una muestra del estigma que pesa sobre estas personas que son vistas como perezosas.

El significado de la responsabilidad juega un rol importante en las reacciones del público al estigma físico de la obesidad, debido a que se ve a estas personas como carentes de autocontrol y de fuerza de voluntad, a menos que sean capaces de ofrecer una “excusa” para su sobrepeso. Luego entonces, la teoría inocente de que la falta de ejercicio y la sobrealimentación son las causas de la obesidad debería ser sustituida por el reconocimiento de su compleja etiología (De Jong, 1980).

### 1.2.7 La obesidad en población indígena

La salud de los pueblos indígenas de México y Latinoamérica, ha sido abordada más desde la perspectiva cuantitativa, enfatizando estudios dirigidos a: la biología humana, destacando la genética, enfermedades transmisibles, medicina tradicional e historia y salud de las mujeres y niños, con una baja representación de grupos indígenas de México y Centroamérica (San Sebastián y Hurtin, 2007).

Por otro lado, en los estudios referidos a la transición nutricional<sup>5</sup> se subraya que América Latina está experimentando una rápida transición alimenticia con un aumento progresivo en el predominio de la obesidad. Las tendencias son más sobresalientes entre las mujeres urbanas pobres, aunque afecten a ambos géneros. La investigación en esta área sostiene que se ha perdido el ambiente protector de las poblaciones indígenas rurales en lo que se refiere a sus dietas tradicionales y los recursos naturales de donde obtenían sus alimentos, demostrando que estos grupos son posiblemente más sensibles al trastorno metabólico asociado a la obesidad (Uauy, et al, 2001).

En consecuencia se reconoce que la carga de mala salud entre la población indígena es mucho mayor que entre la población en general, particularmente con

---

<sup>5</sup> La transición nutricional, es un cambio desde la alta prevalencia de desnutrición al predominio de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta, que ha sido asociado con el rápido proceso de urbanización y crecimiento económico, cambio tecnológico e innovaciones que llevan a reducir la actividad física en el trabajo y placer, y cambios en los patrones de consumo de alimentos, incluyendo el incremento en el consumo de alimentos procesados de energía densa.(Popkin, 1994)

respecto a las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición (Wang & Hoy, 2002). Esto también está asociado con la condición de género y con la escolaridad, siendo estas dos últimas las que afectan con mayor fuerza a las mujeres ya que se ha documentado que a menor escolaridad, mayor índice de masa corporal y obesidad abdominal entre las mujeres (Boissonnet, et al. 2011; Mc Laren , 2007) por lo que se concluye que la obesidad es una enfermedad socialmente generada y signo de desigualdad social.

### **1.2.8 El concepto de obesidad**

Si bien las y los profesionales de la salud y proveedores de cuidado médico, aceptan la propuesta de la OMS acerca de la consideración de la obesidad como enfermedad y factor de riesgo, no queda claro si esta forma de concebir a la condición del cuerpo es compartida por las personas a las cuales pretenden servir. Los proveedores de cuidado de la salud e investigadores propiamente definen a la obesidad en términos fisiológicos a partir del índice de masa corporal. Sin embargo no hay razones para creer que este concepto es compartido por las personas a las que intentan servir. Esta falta de correspondencia entre lo científico y el sentido común del término obesidad, ha propiciado el creciente reconocimiento de la necesidad de situar al concepto en un contexto étnico y sociocultural (Balcazar & Cobas 1993, Kumanyika et al. 1993, Walcott-McQuigg et al. 1995, Miller et al. 2000), pues se sabe que entre las mujeres y hombres afroamericanos, la obesidad es signo de deseabilidad sexual y belleza, en tanto

que entre las mujeres blancas norteamericanas es una condición indeseable y signo de mala salud (Davidson & Knafelz, 2005).

En este sentido, poco se ha explorado entre las poblaciones indígenas el concepto de la obesidad así como el cuerpo con sobrepeso y con obesidad, qué significados se le otorgan y si comparten la visión biomédica de que es una enfermedad. Aunque hay trabajos en población latinoamericana (Valeggia, et al. 2009), entre la población de indígenas chontales no encontramos ninguna referencia. Por lo anterior en este trabajo se partió del siguiente objetivo general.

### **1.3 Objetivo General**

Conocer, desde una perspectiva étnica y de género el significado que las mujeres y hombres chontales otorgan al cuerpo delgado, “normal”, obeso y con sobrepeso en tres momentos diferentes de la vida.

En los capítulos que siguen se describirán: capítulo 2, las desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre los indígenas chontales de Nacajuca; capítulo 3, los significados del cuerpo con sobrepeso y obesidad entre indígenas chontales y, por último, el capítulo 4 resume las conclusiones del trabajo.

## **Bibliografía citada**

- Anaya, Loyola MA, Sosa Álvarez A, Vergara Catañeda H, Suaste Duarte E (2001)  
High prevalence of obesity in rural Mexican women. *FASEB J.* 20: A1033-b.
- Balcazar H. & Cobas J.A. (1993) overweight among Mexican Americans and its  
relationship to life style behavioral risk factors. *Journal of Community Health*  
18(1), 55–67.
- Boissonnet, C., Schargrodsky, H., Pellegrini, F., Macchia, A. Marcet-Champagne,  
B. Wilson, E., Tognoni G. (2011). Educational inequalities in obesity,  
abdominal obesity, and metabolic syndrome in seven Latin American cities:  
the CARMELA Study. *European Journal of Cardiovascular Prevention &*  
*Rehabilitation* 18 (4). 550-556.
- Borders, F. T; Rohrer, E. J; Cardarelli, M. K. (2006). Gender Specific Disparities in  
Obesity. *Journal of Community Health.* Vol. 31 No. 1.
- Cahnman J. Werner. (1968). The Stigma of Obesity. *The Sociological Quarterly,*  
Vol. 9, No. 3 Summer 1968 pp 283-299.
- Conrad, P. (1992) medicalization and social control. *Annual Review of*  
*sociology,*Vol 18, 209-232.
- Cummings, David E. and Schwartz MichaelW (2003) Genetics And  
Pathophysiology Of Human Obesity *Annu. Rev. Med.* 2003. 54:453–71.
- Davidson, Maryanne; Knalf, A. Kathleen (2006): Dimensional analysis of the  
concept of obesity. *Journal of advanced Nursing* 54(3), 342-350.

- De Jong William (1980) The Stigma of Obesity: The Consequences of Naive Assumptions Concerning the Causes of Physical Deviance. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 21, No. 1 Mar. 1980 pp 75-87.
- Drewnosky,A and Specter, SE (2004) Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr* 2004; 79:6-16.
- Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson Cl. (2002) Prevalence and trends in obesity among US adults 1999–2000. *JAMA*;288: 1723–1727.
- Heber David (2010) An integrative view of obesity *American Journal of Clinical Nutrition* 91(supply):280–283.
- INMUJERES; CONAPO, CDI, Sec. De Salud. (2006) *Las Mujeres Indígenas de México: Su Contexto Socioeconómico, Demográfico y de Salud*. 1ª Edición. Instituto Nacional de Salud Pública. (2007). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Tabasco [ENSANUTEF]*. Cuernavaca, México.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2007). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Tabasco [ENSANUTEF]*. Cuernavaca, México.
- Kumanyika S.,Wilson J.F.&Guilford-Davenport M. (1993) Weight related attitudes and behaviors of black women. *Journal of the American Diabetes Association* 93, 416–422.
- Kumanyika SK. (1999) Understanding ethnic differences in energy balance: can we get there from here? *Am J Clin Nutr* 1999; 70:1–2.

- Lamas, M [(1996) 1997] *El Género la Construcción Social de la Diferencia Sexual*.  
Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de  
estudios de Género.
- Leslie, Joanne; et al (1999) Development and Implementation of a School-based  
Nutrition and Fitness Promotion Program for Ethnically Diverse middle-  
school Girls (Statistical data included) *Journal of the American Dietetic  
Association* August 1999, vol. 99, Num 8, p 967(4).
- López, R. C; López H. E. González G. E.(2007) Una experiencia chontal.  
*Desarrollo rural sustentable. Trayectorias*, (IX), 24, 57-67.
- Lovejoy, Meg. (2001) Disturbances in the Social Body: Differences in Body Image  
and Eating Problems among African American and White Women. *Gender  
and Society*, Vol. 15, No. 2, pp. 239-261.
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic  
load. *Annals of the New York Academy Sciences*. (840), 33-44.
- McLaren, L. (2007) Socioeconomic Status and Obesity. *Epidemiologic Reviews*.  
29:29–48.
- Miller K.J., Gleaves D.H., Hirsch T.G., Green B.A., Snow A.C. & Corbett C.C.  
(2000) Comparisons of body image dimensions by race/ethnicity and gender  
in a university population. *International Journal of Eating Disorders* 27, 310–  
316.
- Monagan L. F. (2007) *Body Mass Index, masculinities and moral worth: men's  
critical understandings of 'appropriate' weight-for-height*. *Sociology of Health  
& Illness*, Vol. 29, No. 4, 2007.

- Neufeld M, Lynnette, Hernandez-Cordero,S; Lia C. Fernald and Usha Ramakrishnan (2008). Overweight and Obesity Doubled Over a 6-year Period in Young Women Living in Poverty in Mexico. *Obesity* (2008) 16 3, 714–717.
- Olson, M. C., Strawderman, S. M., & Dennison, A. B. (2009). Maternal weight gain during pregnancy and child weight at age 3 years. *Maternal and Child Health Journal*, (13), 839–846.
- Organización Mundial de la Salud/FAO (1990) Dieta, Nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de un grupo de estudio de la OMS, Ginebra 1990. Serie de Informes técnicos No. 797.
- Paeratakul S, Lovejoy JC, Ryan DH, Bray GA. (2002) The relation of gender, race and socioeconomic status to obesity and obesity comorbidities in a sample of U. S. adults *Int J Obes Relat Metab Disord* ;26:1205–10.
- Peña M. y Bacallao J. L (2000) *Obesidad en la Pobreza: un nuevo reto para la Salud Publica*. OMS/OPS Publicación Científica 576.
- Pérez, V. M. A y Vásquez, G. V. (2009) Familia y empoderamiento femenino: ingresos, trabajo doméstico y libertad de movimiento de mujeres chontales de Nacajuca, Tabasco. *Convergencia revista de ciencias sociales* ( 50), 187-192.
- Popenoe R. (2004). *Feeding Desire: Fatness, Beauty, and Sexuality Among a Saharan People*. London: Routledge.
- Popkin BM. The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis. *Nutr Rev*. 1994;52:285–298.

- Reissman, C.K. (1983) Women and medicalization: a new perspective, *Social Policy*, Vol 14, 3 – 18.
- Rodríguez, S; González-Cossío T, Leroy J, González, D (2006) Dietary patterns and overweight and obesity prevalence in Mexican women *FASEB J.* 20: A999-c.
- San Sebastian, M, y Karin Hurtig, A. (2007) Review of health research on indigenous populations in Latin America, 1995-2004. *Salud Pública de México / Vol. 49, no.4, julio-agosto.* pp. 316-320.
- Secretaría de Salud del estado de Tabasco (2008) Sistema de información en salud.
- Sen, G. y Östlin, P. (2007). *La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente: Por qué existe y cómo podemos cambiarla.* Informe final a la comisión sobre determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Ginebra. OPS.
- Stunkard, J. Albert (2000). Factores determinantes de la obesidad: Opinión Actual. En Peña. M. y Bacallao J. *La obesidad en la Pobreza: Un Nuevo Reto para la Salud Pública.* OPS/OMS PC 576.
- Taylor, C. Wendell et al (1999) Physical Activity among African American and Latino Middle School Girls: Consistent Beliefs, Expectations, and Experiences Across Two Sites., Volume 5, Issue May 2000, pages 67 - 82
- Torún, B. (2000). Patrones de actividad física en América Central. En Peña M. y Bacallao J. *L Obesidad en la Pobreza: un nuevo reto para la Salud Publica.* OMS/OPS Publicación Científica 576.

- Uauy R., Albala C. y Kain J. (2001) Obesity Trends in Latin America: Transiting from Under- to Overweight. *The Journal Nutrition*. 131(3),8935-8995.
- Valeggia, C. R., Burke, K. M., Fernandez, D. E. (2010) Nutritional status and socioeconomic change among Toba and Wichí populations of the Argentinean Chaco *Economics and Human Biology* (8) 100–110.
- Walcott-McQuigg J.A., Sullivan J., Dan A. & Logan B. (1995) Psychosocial factors influencing weight control behavior of African- American women. *Western Journal of Nursing Research* 17(5), 502–520.
- Wang Z, Hoy W (2002) Body mass index and mortality in Aboriginal Australians in the Northern Territory. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*; 26(4): 305-310.
- Warin, M., Turner, K., Moore, V., & Davies, M. (2008). Bodies, mothers and identities: Rethinking obesity and the BMI. *Sociology of Health & Illness* 30(1), 97–111.
- World Health Organization. (2000) *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. WHO Technical Report Series No. 894. Geneva.
- Yancey K.; Leslie J.; Abel E. (2006) Obesity at the Crossroads: Feminist and Public Health Perspectives. *Signs: Journal of women in Culture and Society* 31 (2) Winter 425 – 443 Pp.

## Capítulo 2

Artículo sometido a la Revista Región y Sociedad de El Colegio de Sonora

### **Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología**

Marcelina Cruz-Sánchez, Esperanza Tuñón-Pablos\*,  
Martha Villaseñor-Farías, Guadalupe del Carmen Álvarez-Gordillo,  
Ronald Nigh-Nielsen

#### **Resumen**

El sobrepeso y la obesidad son considerados un grave problema de salud pública, por su participación en la presencia de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial e infarto agudo al miocardio. Cada vez más se observa este fenómeno entre los pobres y más entre las mujeres. Para combatir y revertir el problema se pide a la persona que modifique su estilo de vida por ser éste el responsable de la epidemia de obesidad. Consideramos que esta política niega la responsabilidad de la estructura social en la presencia del fenómeno. Proponemos que el fenómeno de la obesidad y el sobrepeso rebasa la perspectiva Biomédica siendo un problema de desigualdad social y de género por lo que es necesaria la perspectiva social para comprender las raíces sociales de la obesidad y al estilo de vida como cualidad colectiva más que individual

Palabras clave: Obesidad, teoría social, género, estilo de vida.

#### Summary

Overweight and the obesity are considered a serious problem of public health, by their participation in the presence of chronic diseases like diabetes, and cardiovascular. More and more is observing this phenomenon among the poor people and more between the women. In order to fight and to revert to the problem, it is asked the person who modifies her lifestyle for being this one the person in charge of the obesity epidemic. We are considering that this policy denies the responsibility of the social structure in the presence of the phenomenon. We propose that the phenomenon of the obesity and the overweight exceed the biomedical perspective being a problem of social inequality and gender, because this reason, the social perspective is necessary to include the social roots of the obesity and in the lifestyle like a collective quality than more a individual quality.

Key words: Overweight, obesity, social theory, gender, lifestyle

## **Introducción**

El sobrepeso y la obesidad se han convertido en un tema de actualidad y desde la perspectiva biomédica en un grave problema de salud pública (WHO, por sus siglas en inglés, 2000). Este fenómeno se ha estudiado desde varios enfoques, privilegiando las orientaciones cuantitativas. El sobrepeso y la obesidad son condiciones que como otras, reflejan las desigualdades sociales y de género en la sociedad moderna, y la promoción de la adopción de estilos de vida saludables, base de la política sanitaria de combate a estos fenómenos, no es una elección libre para los hombres y mujeres de los estratos socioeconómicos más débiles, toda vez que las influencias de su grupo de referencia, las circunstancias socioeconómicas y el conocimiento disponible empujan a las personas a hacer ciertas elecciones y a desestimar otras (Giddens, 1997[1991]). El documento está estructurado en tres apartados: en primera instancia revisamos las perspectivas desde las cuales se ha estudiado el fenómeno de la obesidad; en el segundo abordamos como se ha atendido desde la política pública y por último proponemos desde las perspectivas teóricas de Bourdieu y Giddens una forma de acercarse al problema que nos ayuda a su comprensión y a vencer las dificultades de su abordaje desde lo social.

## **Revisión del estado del arte**

Según la norma oficial mexicana 174 (NOM-174) la obesidad y sobrepeso, son una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de

tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud.

La medida para conocer las condiciones de sobrepeso y obesidad, es el índice de masa corporal (IMC)<sup>6</sup>; término que aparece por primera vez en la obra de Alphonse Quetelet de 1835 titulada *Sur l'homme et le développement de ses facultés. Essai d'une physique sociale*, en la que resume sus investigaciones en estadística aplicada a variables antropométricas y del comportamiento social. El nombre "Índice de Masa Corporal" fue asignado por Keys y colaboradores en 1972 (Puche, 2005).

Las cifras varían respecto al punto de corte del IMC, por ejemplo, en Estados Unidos e Inglaterra un índice mayor de 30 es considerado un estado de obesidad, mientras que en México se ha ajustado este valor para la talla baja de la población mexicana clasificando como: Sobrepeso si el IMC se encuentra entre 25 y 27 y en personas de estatura baja entre 23 y 25; Obesidad, si el IMC es mayor de 27 y en una población de estatura baja mayor de 25. Se considera estatura baja en la mujer adulta si es menor de 1.50 metros y en el hombre adulto si es menor de 1.60 metros (NOM-037-SSA2-2002.)

En algunos casos, como los fisicoculturistas, no se considera al IMC como determinante de obesidad, debido a que el músculo pesa más que la grasa y si

---

<sup>6</sup> El IMC de una persona se calcula al dividir el peso en kilogramos por la altura en metros, elevada al cuadrado

bien la persona puede tener un IMC alto, esto no indica que deba perder peso. Así mismo, para las personas de la tercera edad, es mejor tener un índice entre 25 y 27 en lugar de un índice inferior a 25 ya que esto puede ayudar a protegerla contra la osteoporosis. Lo anterior nos muestra que, aunque se ha generalizado el uso del IMC, no es una medida exacta ni estándar para evaluar si una persona tiene o no sobrepeso.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en una población depende de la referencia particular o de los estándares deseables seleccionados para medirlos. El estándar tradicionalmente utilizado es la tabla de peso para la talla en hombres y mujeres desarrollado por la Metropolitan Life Insurance Company (MLIC) basado en el estudio de la presión sanguínea realizado en 1959 y llevado a cabo en los Estados Unidos. De aquí, que las definiciones de sobrepeso y obesidad en adultos están basadas en análisis actuariales que indican qué rango de peso, para cada categoría de estatura, está asociado con la más baja tasa de mortalidad entre la población asegurada (Simopoulos, 1986).

En consecuencia, se considera como peso corporal deseable al asociado con una más baja tasa de mortalidad, tal y como lo usa la MLIC, que es el peso de hombres y mujeres entre los 20 y 29 años de edad (rango en el que se considera que el crecimiento ha llegado a su límite). De esto se desprende que la estandarización del IMC que ubica a la mayoría de las personas con sobrepeso después de los 30 años no es una medida fiable, ya que el peso de las personas varía con la edad, el contexto y sus oportunidades de vida.

El sobrepeso y la obesidad han merecido una alta atención en las últimas dos décadas, a partir de la aparición del informe de la Organización Mundial de la Salud que alertó sobre la emergencia de una nueva epidemia global (WHO, 2000) y ha sido estudiado especialmente desde las perspectivas médica, fisiopatológica y epidemiológica enfatizando los factores de riesgo en las personas para contraer la enfermedad. En este texto se plantea que estos dos fenómenos han sido poco estudiados desde la perspectiva sociológica y en particular desde los significados que las personas les otorgan a estas dos condiciones. A continuación revisamos los enfoques biomédicos y sociológicos desde los cuales se ha venido estudiando el incremento de peso en las sociedades modernas.

## **ENFOQUE BIOMEDICO**

### **Medicalización**

El proceso conocido como medicalización se refiere al proceso por el cual ciertas conductas o condiciones son definidas como problemas médicos (más que, por ejemplo, problemas legales o morales) y las intervenciones médicas llegan a ser el centro de atención y del control social (Reisman, 1983; Conrad, 1992). Desde esta perspectiva el sobrepeso y la obesidad son consideradas por la biomedicina como enfermedad y como factores de riesgo para la aparición de otras, remitiendo al individuo la carga de culpa moral pues considera que su estilo de vida explica la causa de la enfermedad.

Considerar así el fenómeno de la obesidad, conduce a una visión reduccionista del mismo ya que, a excepción de la obesidad debida a trastornos endócrinos, el problema tiene causas multifactoriales entre las que destacan, la creación de ambientes obesogénicos<sup>7</sup> que ponen al alcance de toda la población alimentos con alto contenido energético y poca calidad nutricia, la disminución en el consumo de frutas y verduras frescas y la agresiva publicidad que invita al consumo.

### **Herencia genética**

Desde 1965, cuando se identificó el genotipo ahorrador, se considera que el origen genético explica menos del 33% de los casos de obesidad, lo cual deja un 66% de los casos determinados por el medio ambiente (Stunkard, 2000). La investigación en genética parecía haber encontrado la solución al problema de obesidad al descubrir la hormona leptina en el año 1994 que regula el apetito. La revelación de que las personas con la condición de obesidad también tenían niveles normales de esta sustancia, desestimó la opción de una cura inmediata. (Cummings y Schwartz, 2003)

---

<sup>7</sup> El término ambiente obesogénico también llamado tóxico, se refiere a las condiciones de enorme aumento en la disponibilidad de alimentos, especialmente altos en grasa (botanas, refrescos) y/o en calorías y una disminución de las oportunidades de actividad física, que promueven la ganancia de peso (Lake, A, y Townshend, T ,2006)

Lo anterior lleva a concluir que “el control del peso corporal es un proceso extremadamente complejo, poligénico, y la pérdida de peso consistente es resistida por los sistemas redundantes que se han desarrollado durante millones de años de hambre periódica. Así, es extremadamente inadmisibles que cualquier descubrimiento demuestre ser una solución mágica para la obesidad”. Cummings y Schwartz (2003:466)

### **Estrés y carga alostática**

En los últimos 40 años se ha acumulado evidencia suficiente para señalar al estrés crónico como causa de enfermedad (Sterling, 2004). La acumulación del estrés crónico, conocida como carga alostática<sup>8</sup>, tiene consecuencias deletéreas para el cuerpo con la aparición de las enfermedades crónicas entre ellas, la diabetes, hipertensión, infarto y sobrepeso y obesidad. Es probable que quienes más eventos estresantes enfrenten (desempleo, vivienda insalubre, inseguridad etc.) son las personas en condiciones de pobreza y entre ellas las mujeres quienes, al no contar con una forma de eliminar la carga estresante, por cuestiones de género que la cultura les impone (maternidad, crianza de los hijos, trabajo doméstico, doble jornada, entre otras) resultan en la estadística con tasas más altas de obesidad, diabetes e hipertensión, entre otros. (Mc Ewen, Seeman, 1999)

---

<sup>8</sup> La alostásis es la extensión del concepto de homeostasis y representa el proceso de adaptación del sistema fisiológico complejo a desafíos físicos, psicosociales y ambientales o de estrés. La carga alostática es el resultado de la adaptación (o no) a la alostásis a largo plazo, lo que resulta en la patología y en las enfermedades crónicas (Logan JG, Barksdale DJ.; 2008).

## **ENFOQUES SOCIOLOGICOS**

### **La obesidad como fenómeno en redes sociales**

En el mundo moderno, la vida de las personas se desenvuelve en redes sociales y éstas afectan todas las esferas de la vida, incluida la salud. Christakis y Fowler (2007) en su estudio utilizaron modelos estadísticos longitudinales para examinar si el aumento de peso en una persona se asocia al aumento de peso en sus amigos, hermanos, esposos(as) y vecinos, mostraron que la extensión de la obesidad en redes sociales parece ser un factor importante en la “epidemia de obesidad”.

La observación de que la gente se desenvuelve en redes sociales revela que el comportamiento saludable y no saludable (por ejemplo: ganar peso, fumar o beber) pudieran extenderse por una serie de lazos sociales. Los autores sugieren que estas redes sociales pudieran ayudar a atender el fenómeno ya que pueden convertirse en instancias por las que, pares, amigos o familiares trabajen en programas dirigidos a controlar los hábitos de fumar, beber alcohol y también perder peso.

Un ejemplo de lo anterior es el estudio de Booth et al., (2008) con adolescentes de tres áreas urbanas y una rural de Nuevo Gales en el sur de Australia, en el reporta que las y los adolescentes son conscientes de que el

incremento de peso es cada vez más común, perciben las consecuencias negativas del aumento de peso, sobre todo en términos psicosociales, y están también conscientes de las consecuencias a largo plazo sobre la salud física. En este estudio, el comportamiento, el aspecto físico, la motivación y la autoestima son utilizadas como criterios para juzgar si una persona es obesa y los estudiantes diferenciaron entre peso saludable y peso ideal como atractivo físico. Se reportó además que las y los adolescentes son capaces de identificar las principales barreras para mantener un peso normal: los ambientes familiares, la escuela y la comunidad, en los cuales los alimentos grasosos y azucarados son fácilmente accesibles y donde están, a veces, limitadas las oportunidades para participar en actividades físicas.

### **Urbanización, residencia y pobreza**

Al decir de la OMS (1990), durante el proceso de desarrollo, las comunidades normalmente evolucionan desde sociedades rurales en las que la actividad física es necesaria para la producción agropecuaria, a sociedades más industrializadas, urbanizadas y opulentas en las que disminuye progresivamente la demanda de trabajo físico. Así mismo, en las áreas urbanas, es común el uso de aparatos eléctricos para realizar quehaceres domésticos, los vehículos motorizados se usan con más frecuencia y el tiempo libre se invierte en actividades físicas pasivas, como ver televisión, por lo que el modo de vida sedentario se convierte en una característica destacada de la urbanización. Este

modo de vida ha sido considerado responsable del aumento progresivo del sobrepeso y obesidad.

Asimismo, la migración rural hacia las ciudades y específicamente a los barrios pobres urbanos, ha sido un factor que explica el creciente aumento de la obesidad. En estos ambientes, se carece de seguridad pública para realizar actividades al aire libre y hay un alto consumo de alimentos fritos y grasosos, refrescos embotellados, cerveza y otras bebidas alcohólicas y las familias presentan un alto riesgo de obesidad (Torún, 2000). En México, algunos estudios han encontrado altas tasas de sobrepeso y obesidad en mujeres de zonas rurales. Tal es el caso de Anaya et al. (2006) quienes encontraron una prevalencia de 46% para obesidad y 20% con sobrepeso. Lo anterior se asocia a la pobre calidad de dieta de las mujeres, consistente casi exclusivamente en carbohidratos y productos de fuentes animales.

Al respecto, Rodríguez et al. (2006) en un estudio relativo al sobrepeso y obesidad entre mujeres de los seis estados más pobres de la República Mexicana, describen cuatro patrones dietéticos: alimentos grasos chatarra (17.5% de mujeres), variado (36.4%), carne (13%) y cereal (33%). El consumo chatarra incluía: alta ingesta de alimentos chatarra, grasa, productos lácteos y huevos. El patrón variado fue una dieta caracterizada por el consumo de diversos grupos de alimentos: cereales, productos lácteos, alimento chatarra y poco consumo de vegetales y frutas. El patrón de la carne fue caracterizado por un consumo predominante de carne y poco consumo de otros grupos de alimentos; y el patrón

de cereal fue una dieta a base de maíz, con poco consumo de vegetales y frutas. El porcentaje de sobrepeso y obesidad resultante fue de 65.8%, 56.5%, 60.7% y 48% para cada patrón dietético, respectivamente.

Asimismo, Neufeld et al. (2008) reportan que la obesidad entre mujeres jóvenes que viven en situaciones de pobreza se está triplicando en periodos muy cortos de tiempo, ya que en seis años (1999-2005) pasó de 9.8% a 30.3%. Lo anterior sugiere una necesidad urgente de buscar un entendimiento de las causas de este rápido incremento de obesidad y sobrepeso entre mujeres mexicanas viviendo en situación de pobreza.

La asociación entre pobreza y obesidad ha sido ampliamente documentada, aún en países de altos ingresos donde los más pobres están incrementando sus niveles de sobrepeso y obesidad (Peña y Bacallao, 2000; Drewnoswki, 2004). En las mujeres, la obesidad se asocia con ingresos más bajos y con menores niveles de educación (Flegal, et al., 2002; Kumanyika, 1999) mientras que la asociación de obesidad y bajo estatus socioeconómico ha sido menos consistente entre los hombres (Paeratakul et al, 2002).

Lo anterior plantea la pregunta: ¿Está la obesidad sustituyendo a la desnutrición en los países latinoamericanos? Antes de los años noventa, tanto en los países desarrollados como en la economías en vías de desarrollo, la evidencia científica era concluyente respecto a que la obesidad en las mujeres estaba directamente relacionada con niveles socioeconómicos altos y medios (Monterio et

al, 2004). A partir de 1997 este panorama es bastante diferente ya que la investigación de esta problemática muestra una relación inversa por la que se detecta un cambio progresivo en el estado de la obesidad de las mujeres hacia los grupos de menores ingresos y en general en las áreas urbanas.

En México, la comparación de la información entre la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 (ENN1999) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT, 2006) revela que mientras la desnutrición muestra tendencias a la baja en todo el país, el sobrepeso y la obesidad están incrementándose. Ninguna de las dos encuestas menciona cuales son las causas de este incremento, dejando abierta la posibilidad de búsqueda de explicaciones.

### **Perspectiva de Género**

Otro enfoque al estudio del fenómeno del sobrepeso y la obesidad es el abordado por la perspectiva feminista y la categoría de género que intentan dar cuenta de las desigualdades de género y del porqué las mujeres presentan tasas más elevadas de sobrepeso<sup>9</sup>. Los antecedentes acerca del fenómeno que nos ocupa, desde la perspectiva de género, son escasos, en la mayoría de los trabajos se habla en términos de sexo y no de género.

---

<sup>9</sup> Según Lamas (1996: 9) “a diferencia de las categorías clase social o etnia que han sido instrumentos analíticos desde hace mucho tiempo, la categoría de género es una herramienta de reciente creación y su uso no está generalizado”.

El concepto de género se refiere a “las distinciones social y culturalmente construidas entre las mujeres y los hombres con base en las diferencias en el acceso a los recursos y el conocimiento, los roles sociales, la división del trabajo y la segregación ocupacional, las relaciones de poder, las jerarquías de autoridad y la toma de decisiones, y las normas sancionadas por la sociedad y aplicadas con respecto a la identidad, la personalidad y el comportamiento” (Gita Sen, 2000).

Borders et al (2006) estudiaron las disparidades de obesidad específicas por género en Estados Unidos, encontrando que las mujeres afroamericanas e hispanas tuvieron probabilidades más altas de obesidad que las mujeres blancas, también hombres y mujeres que viven fuera de áreas metropolitanas y las mujeres de menores ingresos tuvieron tasas más altas de sobrepeso y obesidad. Si bien los autores no explican por qué las mujeres, y entre ellas las más pobres, presentan tasas más altas de sobrepeso y obesidad, concluyen señalando que los esfuerzos del combate a la obesidad deberían focalizarse en este grupo de mujeres.

La presión ejercida en las mujeres a través de la publicidad, así como el estilo de vida moderno de la sociedad occidental, hace que se demande el culto a un cuerpo esbelto y bello, apoyado también por el discurso médico que señala lo delgado como bueno y lo gordo como malo. A diferencia de las sociedades occidentales donde la condición de delgadez se ha convertido en un requisito previo del cuerpo hermoso y tan extensamente aceptado que casi parece “natural”, en otras culturas como las del África sahariana, encontramos la

celebración de la obesidad femenina, lo que revela la naturaleza construida de todas las nociones de la belleza. (Popenoe, 2004).

Por otro lado, Lovejoy (2001) sostiene que mientras las mujeres de raza blanca presentan con más frecuencia trastornos de bulimia y anorexia, las mujeres afro americanas sufren de sobrepeso y obesidad, y señala que estas diferencias étnicas sugieren que los factores culturales juegan un rol importante en la presencia de este fenómeno. Algunas pistas acerca de estos factores pueden ser la construcción social de la feminidad y la manera cómo la cultura trasmite diferentes alternativas de belleza femenina y de culto al cuerpo, sea este delgado como en las mujeres blancas o con sobrepeso como en las mujeres afroamericanas.

Por su parte Warin et al. (2008) encontraron que las mujeres, más que identificarse con la categoría clínica de obesidad, construyen sus identidades a través del género y la clase social y en particular a través de su rol de madres. Concluyen señalando que ya no es posible seguir ignorando el género y las dimensiones de clase en el estudio de la obesidad. En efecto, el análisis de clase y el género en la obesidad, proveen diferentes puntos de entrada para examinar “ambientes obesogénicos” puntualizando cómo las prácticas y significados sociales son incorporadas y reproducidos en la vida diaria. Asimismo, señalan que la obesidad es un complejo asunto social y se necesita seriamente considerar cómo la salud está fundamentalmente refractada a través de las estructuras sociales (Warin y et al. 2008: 108).

Yancey et al, (2006) acotan que las mujeres en general son más sedentarias que los varones y que menores niveles de actividad física se reportan entre mujeres de diversas minorías étnicas. Otras autoras han explorado el porqué de este fenómeno y reportan factores de género expresados en la percepción de que los muchachos son más aptos y están más estimulados que ellas para las actividades físicas y, en consecuencia, obtienen más acceso y facilidades para realizarlas. Se destacan también factores como las normas culturales y la falta de modelos como barreras para la participación en actividades de ejercicio o deporte y, de manera muy particular, entre niñas y mujeres latinas (Leslie, et. al, 1999; Taylor et. al, 1999).

Por lo que toca a los varones, ellos no consideran tener problemas con el sobrepeso, a pesar de que diariamente están expuestos a la publicidad que considera que la gordura es una amenaza para la salud y que quienes la padecen son enfermos o están en alto riesgo de enfermarse y morir, y es urgente que tomen medidas para controlar el peso (Monaghan 2007). Según Monaghan existe una guerra declarada contra la gordura y los varones rechazan la estricta estandarización del IMC que ubica a la mayoría de ellos con exceso de peso o francamente obesos. Por lo anterior concluye que la medicina y sus instituciones han creado una corrosiva epidemia psicológica de obesidad.

### **Estigma y obesidad**

La condición de obesidad se considera en algunas culturas una clara desviación a las normas de salud. La información por grupos de edad revela que entre las y los adolescentes su propia opinión del peso corporal varía por género y condición étnica y está fuertemente asociado con la opinión de los padres acerca del peso corporal de sus hijos (Levinson, et al,1986). Asimismo las mujeres adolescentes tienden a poseer ideas negativas de su cuerpo, percibiéndose como más gordas de lo que son, mientras que ellos parecen creer que son más delgados de lo que realmente están.

Cahnman (1968) y De Jong (1980) señalan que la obesidad y el sobrepeso en sociedades occidentales representan un problema moral, es decir que las personas que no son obesas o que tienen peso normal, juzgan y condenan a las otras por estar gordos o gordas, en general la gente considera que alguien que nace con un defecto (síndrome de Down o parálisis infantil, por ejemplo) no es culpable por ello, tampoco si una persona es gorda debido a un mal funcionamiento de las glándulas. Pero, si una persona es obesa por comer demasiado, o menciona que no le gusta hacer ejercicio, o que ha intentado bajar de peso sin éxito, entonces se le juzga culpable de tener sobrepeso y obesidad. En consecuencia, la creencia de la gente acerca de que, quien presenta sobrepeso tiene en sus manos el problema y también la solución, es una muestra del estigma que pesa sobre estas personas que son vistas como perezosas.

El significado de la responsabilidad juega un rol importante en las reacciones del público al estigma físico de la obesidad, debido a que se ve a estas

personas como carentes de autocontrol y de fuerza de voluntad, a menos que sean capaces de ofrecer una “excusa” para su sobrepeso. Luego entonces, la teoría ingenua de que la falta de ejercicio y la sobrealimentación son las causas de la obesidad debería ser sustituida por el reconocimiento de su compleja etiología (De Jong, 1980).

### **Antropología y sociología del cuerpo**

En nuestra cultura, el estudio y conocimiento del cuerpo humano es detentado hegemónicamente por la medicina occidental y de aquí que, al hablar del cuerpo, se haga referencia al saber anatómico y fisiológico. Las perspectivas antropológica y sociológica han estudiado los usos y significados del cuerpo y desde aquí aportan nuevos análisis que resultan pertinentes a nuestro tema.

El cuerpo, dice Rodó (1987:109), “es una ventana abierta a nuestra identidad, es el lugar donde se manifiestan con extraordinaria nitidez, los signos de nuestra condición social. En su lenguaje expresa el carácter de una cultura, las formas de vivir y de pensar, así como la dominación normativa e ideológica a la cual estamos sometidos. El conocimiento y experiencia que las personas tienen de sus cuerpos es una realidad compleja, determinado tanto por factores biológicos y psíquicos, como por el contexto histórico social”.

Según Turner (1994) existen cuatro razones y sus respectivas orientaciones teóricas para entender la importancia del cuerpo en la antropología. La primera es

el desarrollo de la antropología filosófica y la cuestión del cuerpo en relación con la ontología del Hombre. La segunda corriente está interesada en la relación entre cultura y naturaleza. La tercera corriente es la línea de desarrollo del evolucionismo a la antropología denominado darwinismo social y, por último, la cuarta corriente es el desarrollo de la sociobiología, que intenta descubrir y explicar «los universales humanos» en términos de herencia genética.

La tendencia predominante y teórica sustancial en la antropología ha sido centrar la atención en la cultura, por lo cual esta disciplina desarrolló una teoría del cuerpo que lo concibe, tanto en las sociedades premodernas como modernas, como una superficie importante en la que las marcas de condición social, posición familiar, afiliación tribal, edad, sexo y condición religiosa pueden exponerse fácil y públicamente. Así, mientras que la exhibición corporal en el caso de las sociedades modernas (vestido, posturas, maquillaje) resulta crucial para mostrar bienestar y estilo de vida, en las sociedades premodernas el cuerpo era un objetivo más importante y ubicuo para el simbolismo público, mediado a menudo por la decoración o el tatuaje (Brain, 1979; Polhemus, 1978).

Lo anterior resalta la importancia de la cultura ya que en las sociedades occidentales, a pesar de producirse, paradójicamente, un aumento en el peso corporal, hay una marcada preferencia por la esbeltez que parece predominar en las clases socioeconómicas altas, a diferencia de los países que tienen dificultades en la obtención del alimento. Recientes estudios muestran la considerable reevaluación de la importancia del cuerpo, no solamente en la teoría

social feminista, sino en general en términos de análisis de clase, cultura y consumo (Turner 1994:19).

Según Le Breton (2008) en las modernas sociedades occidentales, cada sujeto tiene un conocimiento bastante vago de su cuerpo y son raros los sujetos que conocen realmente la ubicación de los órganos y que comprenden los principios fisiológicos que estructuran las diversas funciones corporales. De aquí que resulte difícil que las personas puedan identificar como enfermedad el sobrepeso o la obesidad si poseen un conocimiento ambiguo en general de su cuerpo

## **POLÍTICA PÚBLICA DE ATENCIÓN A LA OBESIDAD EN MÉXICO**

En el ámbito de la política pública de salud en México, respecto al fenómeno de sobrepeso y obesidad, el gobierno federal ha respondido con estrategias que reflejan “honda preocupación” y propone que para que el problema sea tratado con éxito desde la práctica clínica “es indispensable que el paciente cambie su estilo de vida por conductas más saludables especialmente aumentando su actividad física, reduciendo el consumo de energía total y disminuyendo el consumo de grasa y alcohol” (Grupo académico para el estudio, prevención y tratamiento de la obesidad, 2008: 532).

Es necesaria “la capacitación adecuada del sector médico, fundamental para contribuir al control de la obesidad y el sobrepeso”...“Se pueden lograr

grandes cambios con implementación de políticas orientadas a abatir los determinantes ambientales más importantes” y como ejemplo menciona: “generación de entornos seguros y adecuados para que la población, y en particular las mujeres, pueden desarrollar actividad física.” (Grupo académico para el estudio, prevención y tratamiento de la obesidad, 2008:533).

No se menciona quien es responsable por el desarrollo de estas “sencillas” políticas, ni porqué el énfasis de entornos seguros para las mujeres. Estas políticas no reconocen la existencia de desigualdades de género o el interés para que sean las mujeres quienes pierdan más peso que los hombres.

Los planteamientos vertidos por este grupo descansan en lo que Susser y Susser (1996a) denominan paradigma epidemiológico de la caja negra, el cual consiste en la metáfora general de una unidad autónoma cuyos procesos internos permanecen ocultos al espectador. Este paradigma relaciona la exposición de resultados sin la necesaria obligación de explicar los factores que intervienen.

Como en el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), este paradigma epidemiológico se enfoca en la identificación de factores de riesgo en el individuo que posteriormente son transferidos a toda la población. Así tenemos, personas “en” riesgo y poblaciones “de” riesgo<sup>10</sup>, pero las causas reales de este riesgo permanecen ocultas. El paradigma epidemiológico de la caja negra

---

<sup>10</sup> El riesgo en salud se define como la probabilidad de un resultado sanitario adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad, para el caso se refiere al comportamiento del individuo y la población.

se refiere generalmente a los individuos que componen la sociedad, pero no contempla las fuerzas sociales que actúan sobre los individuos con sus propias leyes y dinámica (Susser y Susser, 1996a). En el caso de la obesidad y el sobrepeso, al enfatizar la identificación de los factores de riesgo en los individuos (estilo de vida sedentario, consumo de alimentos altos en energía densa) convierte a la víctima en culpable.

## **PERSPECTIVAS TEÓRICAS**

Consideramos que el fenómeno del peso del cuerpo, (esbelto, sobrepeso), es un asunto que rebasa la perspectiva biomédica y que demanda un examen desde una perspectiva sociológica, toda vez que hay poca evidencia del estudio del fenómeno desde esta óptica<sup>11</sup>. En este sentido consideramos que los aportes teóricos elaborados por Bourdieu y Giddens, pueden ayudarnos a profundizar en el tema y comprender las dificultades que enfrenta el sector salud en México para lograr el objetivo de revertir las cifras del aumento del sobrepeso y obesidad.

Para que una persona gane peso y se convierta en obesa se requiere un proceso largo que tiene que ver con muchos factores que se conectan alrededor de sus condiciones de vida, el contexto en el que transcurre la vida de los sujetos y en consecuencia con su grupo de referencia a partir del cual aprenden,

---

<sup>11</sup> En México, las referencias sociológicas al tema del sobrepeso son muy escasas, no así en países como Estados Unidos y Australia, donde el tema ha sido revisado por expertos sociólogos y antropólogos. Así mismo, la mayor parte de los trabajos se han desarrollado en zonas urbanas, por lo que la ausencia de trabajos en zonas rurales e indígenas en estos países y el nuestro es notoria.

comprenden y practican un estilo de vida propio. Según Menéndez (1998) el concepto “estilo de vida” tiene sus raíces en las corrientes del marxismo, la sociología comprensiva de Weber, el psicoanálisis y el culturalismo antropológico estadounidense. Originalmente hacía referencia tanto a la macro estructura social como a sus expresiones culturales en el individuo/grupo, es decir, era un concepto holístico.

Hoy día, la epidemiología al hacer uso del término estilo de vida, lo reduce al enunciado individual de conductas de riesgo, excluyendo, en consecuencia, de sus análisis las condiciones materiales e ideológicas de la producción de enfermedades. Esto último es muy importante, puesto que en ello descansa la estrategia de la salud pública en México. Las acciones de prevención y control del sobrepeso y obesidad están enfocados a la persona y a la modificación de su estilo de vida.

El discurso preventivo, para el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles, demanda que la persona “modifique su estilo de vida” como condición necesaria para mejorar su vida y salud. Consideramos que este discurso oculta las causas estructurales de la producción de la “epidemia de obesidad” y que el énfasis colocado exclusivamente en la persona (con sobrepeso u obesidad) supone explícita o implícitamente que esta persona es un ser “libre”, con capacidad y posibilidad de elegir qué, cómo y cuándo comer. Menéndez (1998:57) es contundente cuando señala: “La elección individual (de qué comer) no puede ser separada de las condiciones estructurales que la posibilitan”.

Por otro lado, a pesar de la enorme popularidad del término estilo de vida y en particular del concepto estilo de vida saludable o de salud, no hay una definición ampliamente aceptada del mismo. En la literatura aparecen dos definiciones referidas a la salud. Cockerham, et al (1997:322:) afirman que las “formas de vida saludables son patrones de comportamiento voluntario de conductas de salud basados en elecciones de opciones que están disponibles para la gente según sus contextos de vida”. Por su parte, Thomas Abel (citado por Cockerham, et al 1997:322) indica que los “estilos de vida de salud abarcan los patrones de comportamiento, de valores y de actitudes relativos a la salud adaptadas por los grupos de individuos en respuesta a sus ambientes sociales, culturales y económicos”.

Ambas definiciones son esencialmente iguales e incorporan la interacción de las elecciones y oportunidades en la vida según lo planteado por Weber. Así, el estilo de vida no es una elección individual intrínseca de la persona, sino más bien el resultado de la posición del individuo/grupo dentro de la estructura social. Lo anterior hace referencia entre otros aspectos al contexto de la acción social y a la relación de éste con la salud y la enfermedad. Frohlich, et al (2001) sostienen que la incorporación del estudio del contexto (la estructura) es importante pues permite un análisis del estilo de vida como prácticas sociales, esto es, no descontextualizadas.

Para cambiar la tendencia a acercarse al estudio del estilo de vida como cualidad del comportamiento individual distanciada del contexto, se propone un enfoque que conciba al estilo de vida como patrones y modos de vida o como comportamientos y sus interacciones con los factores culturales, sociales y psicosociales (Dean, 1995). En otras palabras, la propuesta es concebir al estilo de vida como prácticas sociales que son reforzadas por y que a la vez surgen del contexto.

Este cambio lleva a una re-conceptualización del estilo de vida como cualidad colectiva por el hecho de que los individuos no están solos creando y reconstruyendo la estructura social a través de sus prácticas (Frohlich, et al, 2001). Lo anterior, permite analizar y comprender el fenómeno del sobrepeso y la obesidad en un marco contextualizado del malestar o, dicho de otro modo, se puede analizar como el contexto social puede influenciar los patrones de salud o de enfermedad, de sobrepeso y obesidad.

El análisis de las prácticas sociales como estructuras individuales que construyen a su vez estructuras de grupo o de la sociedad puede basarse en las nociones expresadas por Pierre Bourdieu del habitus y de Anthony Giddens con su teoría de la estructuración. Las opiniones que ponen en contraste estos autores con respecto al origen de las prácticas sociales en lo relacionado a la estructura social, han recibido atención particular en los últimos años. Estas propuestas teóricas, contribuyen a apartarse de explicaciones de la conducta de salud en términos de creencias de estilos de vida individuales (Williams, 1995).

Bourdieu propone explícitamente el concepto de Habitus como clave para superar la oposición entre “objetivismo” y subjetivismo”. Las teorías “objetivistas” explican las prácticas sociales como determinadas por la estructura social: los sujetos no tendrían aquí ningún papel, serían meros soportes de la estructura de relaciones en las que se encuentran. A su vez, las teorías “subjetivistas” explicarían las acciones sociales como agregación de las acciones individuales (Martín, 2004).

Estas teorías se basan en la división individuo y sociedad o acción–estructura, mientras que la teoría de Bourdieu pretende sustituir esta separación en la explicación de las prácticas sociales por la relación construida entre dos modos de existencia de lo social: 1) las estructuras sociales externas, lo social hecho cosas, de donde surge el concepto de campo, campos de posiciones que se han construido en dinámicas históricas (por ejemplo, el campo escolar, campo político, campo económico); y 2) las estructuras sociales internalizadas, incorporadas al agente en forma de esquemas de significado, pensamiento y acción, que da lugar al concepto de habitus.

Bourdieu (1991[1980]:92) define al habitus como “Sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden

estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos”.

Según Bourdieu, el habitus es el conjunto de esquemas generativos a partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en él, son socialmente construidos a lo largo de la historia del sujeto y suponen la interiorización de la estructura social, pero al mismo tiempo son estructurantes, es decir, son las estructuras a partir de las cuales se producen pensamientos, percepciones y acciones del agente (Martín, 2004). El concepto de habitus tiene importancia en el análisis de los estilos de vida relacionados con la salud, ya que se sabe que existe un vínculo entre salud-enfermedad y la posición que ocupan los sujetos en la estructura social (Davey Smith, et al, 1990; Davey Smith y Morris, 1994). En el caso del sobrepeso y la obesidad, este concepto posibilita el análisis desde las perspectivas del sujeto y del grupo social en el cual se ha formado.

Bourdieu enfatiza que las prácticas sociales se desarrollan en un tiempo y espacio determinado y que estas prácticas no son conscientes, o al menos no totalmente conscientemente organizadas. Esto significa, para nuestro tema, que las conductas relacionadas al mantenimiento de un peso corporal “normal” o un cuerpo con sobrepeso, son una característica rutinizada de la vida diaria, la cual es guiada por una práctica o lógica implícita. Muchas de las conductas de la vida diaria de los sujetos (incluyendo aquellas conductas generadoras de salud o de enfermedad) son llevadas a cabo simplemente por la fuerza de la costumbre o la

práctica, sin pensar en la lógica de la cual los actores están débilmente conscientes (Williams, 1995).

En relación a la “epidemia” de sobrepeso y obesidad hace falta indagar cómo y porqué la gente adopta, mantiene y cambia sus estilos de vida. Es aquí donde la teoría del habitus puede contribuir a comprender mejor este fenómeno complejo y multidimensional. Junto a concepto de habitus, Bourdieu construye otros dos conceptos cruciales para explicar la acción social: campo y capital.

El campo es una red de relaciones objetivas entre posiciones objetivamente definidas en su existencia y en las determinaciones que ellas imponen a sus ocupantes por su situación actual y potencial en la estructura de las distribuciones de las especies de capital (o de poder), cuya posición impone la obtención de beneficios específicos puestos en juego en el campo y, a la vez, por su relación objetiva con las otras posiciones (dominación, subordinación, homologías, etc.) (Bourdieu y Wacquant, 1995).

El campo es el espacio donde el habitus es producido y representa una identidad de clase, que produce y a la vez reproduce las prácticas sociales. En este sentido Bourdieu habla de un habitus de clase (o de grupo) como una relación de homología, es decir, de diversidad en la homogeneidad, reflejando la diversidad en la homogeneidad característica de sus condiciones sociales de producción (Bourdieu, 1991[1980]).

Lo anterior tiene implicaciones para el análisis de los estilos de vida y su relación con conductas relacionadas con la salud, tal como lo han demostrado algunos estudios. Las prácticas sociales más comúnmente medidas en estudios de estilo de vida relacionado con la salud son: consumo de alcohol, tabaco, dieta y ejercicio (Cockerham, 2005). Al respecto podemos mencionar, siguiendo a Bourdieu, que las prácticas vinculadas a un estilo de vida de salud pueden estar integradas a un repertorio conductual rutinario donde los agentes pueden estar actuando, más o menos sin pensar, una vez que están establecidos en el habitus.

Según Cockerham (2005) las prácticas en sí mismas pueden ser positivas o negativas. Por ejemplo, fumar es una práctica negativa para la salud, pero el uso moderado de alcohol reduce el riesgo de enfermedad cardiaca (Klatsky, 1999); comer frutas y verduras es positivo, pero consumir carnes puede ser positivo o negativo dependiendo de cómo se cocine y su contenido de grasa. Estas prácticas se generan dentro de las condiciones sociales de existencia de las diferentes clases o fracciones de clase, lo que a su vez introduce el concepto de capital.

Bourdieu, reconoce cuatro formas de capital: capital económico, capital cultural (conocimiento legítimo de diversos clases), capital social (involucra varios tipos de relaciones con otras personas socialmente significativas) y capital simbólico (prestigio y honor social). Para Bourdieu el cuerpo es otra forma de capital al cual algunas veces se refiere como capital físico y en otras lo incluye dentro del capital cultural (Bourdieu, Wacquant, 1995).

Como el habitus, el capital no existe sino es dentro de un campo. En este sentido se plantea que si el habitus es adquirido en una serie de condiciones materiales y sociales, y si estas varían en función de la posición en el espacio social, entonces se puede hablar de “habitus de clase”. Habría también una serie de esquemas generadores de prácticas comunes a todos los individuos biológicos que son producto de las mismas condiciones objetivas.

Siguiendo a Bourdieu, podemos señalar que los estilos de vida son percibidos como el producto del habitus el cual se expresa en y a través de los gustos. El gusto es un concepto clave en el análisis de Bourdieu acerca de la distinción y se refiere al proceso por el cual los individuos adoptan elecciones y preferencias, aparentemente voluntarias, de estilos de vida que están profundamente arraigados en el habitus, lo que él llama “necesidad internalizada y convertida en disposiciones y obligación material”. (Bourdieu, 1991[1980]).

Lo anterior, respecto al sobrepeso y la obesidad, permite decir entonces que las personas desarrollan sus gustos por lo que está a su alcance (no solo por la cercanía sino también por su poder adquisitivo, aunque los productos de consumo no sean necesariamente lo más recomendable) y que estos gustos se convierten después en una necesidad (por ejemplo, acompañar la comida con refrescos embotellados o inhibir la sed con ellos). De la teoría de Bourdieu se desprende entonces que la interrelación entre posición social, habitus y gustos tiende a producir orientaciones y estilos de vida corporales relativamente estables en los que podemos incluir las actitudes y orientaciones hacia la salud.

Así, el cuerpo refleja el habitus que a su vez refleja su posición de clase. En consecuencia los gustos (comida, bebida, ropa, deporte) dependen de la idea que cada clase tiene, a través de sus habitus, del cuerpo, de los efectos de la comida sobre el cuerpo en términos de salud, fuerza y belleza y de las categorías que emplea para evaluar estos efectos, pudiendo ser escogidos algunos de ellos por una clase e ignorados por otra, y pudiendo las diferentes clases establecer una jerarquía muy distinta entre los diferentes efectos: así es como la clase trabajadora, más atenta a la fuerza del cuerpo (masculino) que a su forma, tiende a buscar productos a la vez baratos y reparadores, mientras que los miembros de profesiones liberales preferirán productos sabrosos, buenos para la salud, ligeros y que no hagan engordar (Bourdieu, 2002:188).

De esta manera, el consumo de alimentos se encuentra mediado tanto por el gusto como por los ingresos. En relación a los ingresos Bourdieu considera que un análisis del consumo basado sólo en los ingresos puede enmascarar el hecho de que existen casos en los que mismos ingresos están asociados a patrones de consumo totalmente diferentes. Por otra parte, Bourdieu clasifica a los gustos en: gustos de lujo (o de libertad) y gustos de necesidad. Aquí, señala nuestro autor, radica el verdadero principio de las diferencias que se observan en el terreno del consumo, ya que mientras los primeros son producto de aquellos individuos poseedores de capital económico, los segundos expresan las necesidades de las que son producto.

Así, “el gusto es elección del destino, pero una elección forzada, producida por unas condiciones de existencia que, al producir como puro sueño cualquier otra posible, no deja otra opción que el gusto por lo necesario” (Bourdieu, 2002:177) Tomar en cuenta este planteamiento al analizar el estilo de vida de salud de un grupo de personas evitará, según Bourdieu, el racismo de clase (y de los profesionales de la salud) que asocia al pueblo con lo gordo y lo graso, con estilos de vida individuales nocivos para la salud y libremente escogidos.

En el debate sobre salud y estilos de vida la participación en actividades deportivas, es citada en el discurso preventivo como condición necesaria para el control del sobrepeso y obesidad. Al respecto Bourdieu sostiene que los factores económicos no son lo más importante en la relación entre participación en el ejercicio y/o actividades deportivas y que el tema es mucho más complejo. Esta idea también revela disposiciones más profundas de habitus en el trabajo junto con las luchas por la distinción.

El autor señala también que las actividades de ejercicio regular no son una práctica cotidiana de las clases populares, ya que sus miembros trabajan en actividades que les demanda mucha energía durante ocho o más horas y que una vez concluida la jornada es difícil que consideren dedicar tiempo a un ejercicio extra (Bourdieu, 2002). Entonces, y siguiendo lo dicho por Bourdieu, la práctica del ejercicio regular no será considerada importante entre la población en general si, históricamente no lo ha sido entre su grupo de referencia.

Por su parte, Giddens (2006[1995]) define tres grandes componentes en su teoría social: estructura, sistema y estructuración. Para él, la estructura es un conjunto de reglas y recursos organizados de manera recursiva, que está fuera del tiempo y del espacio, marcados por la ausencia del sujeto. Señala que los sistemas sociales, en los que está implícita la estructura, abarcan las actividades situadas de los agentes humanos reproducidas por un tiempo y un espacio y que al analizar la estructuración de sistemas sociales realmente estudiamos los modos en los cuales tales sistemas son producidos y reproducidos por los agentes situados que, a su vez, aplican reglas y recursos en la diversidad de contextos de acción que son producidos y reproducidos en una interacción (Giddens, 2006[1995]).

En el texto “La constitución de la sociedad” (2006[1995]), Giddens describe las características estructurales de sistemas sociales como el medio y el resultado de prácticas sociales recurrentemente organizadas y señala que no hay unidireccionalidad entre la estructura y agencia, sino que éstas son recurrentes y codependientes. La estructura así, no es posible sin la acción, porque la acción reproduce la estructura y la acción no es posible sin estructura porque la acción comienza con una estructura dada que fue el resultado de acciones anteriores. Asimismo, un agente no es un tema dependiente de la acción, sino de un individuo activo que construye el comportamiento social (Cockerham et al, 1997). Esta es la base de la teoría de la estructuración. Un concepto central en esta teoría es la dualidad de la estructura, por la que al mismo tiempo contiene significado y

resultado de la acción, esto es, estructuras objetivas (constreñimientos) y subjetivas (habilitantes).

Aunque Giddens no es marxista, en su obra se aprecia una influencia de esta corriente de pensamiento. El propio autor considera que su libro “La constitución de la sociedad” es una reflexión sobre uno de los postulados de Marx que plantea: “Los hombres hacen su propia historia pero no la hacen como ellos quieren, bajo circunstancias elegidas por ellos mismos, sino bajo circunstancias directamente dadas y heredadas del pasado” (Ritzer, 2002:479). De allí la importancia concedida, en la teoría de la estructuración, a las prácticas de los agentes.

Dos conceptos importantes para el análisis del sobrepeso y la obesidad, se desprenden de esta teoría de la estructuración de Giddens: el concepto de conciencia práctica y el de conciencia discursiva. La primera se refiere a lo que los actores saben (creen) acerca de las condiciones sociales, incluidas las condiciones de su propia acción pero que no pueden expresar discursivamente. Por otro lado la conciencia discursiva se refiere a lo que los actores son capaces de decir acerca de las condiciones sociales o aquello a lo cual pueden dar expresión verbal.

Sin embargo, ninguna barrera de represión protege a la conciencia práctica, a diferencia de lo que ocurre en el inconsciente. Dicho de otro modo, es la rutinización de actividades de la vida diaria, según Giddens, la que hace que

importe más lo que hacemos que lo que sabemos. El concepto de rutinización en esta teoría significa el carácter habitual que se da al grueso de las actividades de la vida social cotidiana y que se expresa en la prevalencia de estilos y formas familiares de conducta que sustentan un sentimiento de seguridad ontológica y que reciben sustento en éste (Giddens, 2006[1995]).

En este marco, podemos concebir que el cuerpo, con sobrepeso u obesidad sería considerado dentro de la teoría de la estructuración, como consecuencia no deseada de las prácticas de los agentes, adquiridas en un espacio-tiempo y en condiciones de vida a través de la rutinización. En este sentido, Giddens menciona que un estilo de vida es un conjunto de prácticas más o menos integradas y adoptadas para dar forma a una necesidad particular de auto-identidad, cuestión necesaria para dar seguridad ontológica (Giddens, 1997[1991]).

Por seguridad ontológica, Giddens (2006 [1995]) entiende, un concepto que expresa una autonomía de gobierno corporal dentro de rutinas predecibles, es decir, del grado de seguridad que tiene el agente en situaciones de la vida cotidiana, lo que genera un sentimiento de confianza en otros por la seguridad en sí mismo. Esta seguridad ontológica se puede perder o debilitar, cuando aparece el sentimiento de sentirse una especie de extranjero en el lugar donde se habita, acompañado de temor a la continuidad de la rutina.

En consecuencia, si uno desea pertenecer y moverse dentro de un estrato social particular, es necesario adoptar un estilo de vida apropiado a ese grupo (Cockerham, et al, 1997). Se entiende entonces que el estilo de vida de una persona no es individual ni impuesto, sino que es el resultado de una elección

(hábitos de vestir, comer, modos de actuar, favorecidos por el contexto y la interacción con otros) con base en las oportunidades de vida y que además provee a las personas de formas materiales de auto-identidad. Al decir de Giddens, la auto-identidad es creada y mantenida a través de la rutinización de las actividades de la vida diaria que se desarrolla en un espacio y tiempo dados.

Resumiendo, la obesidad es un fenómeno complejo y su aumento global tiene consecuencias personales, sociales y económicas. Esta revisión de la literatura sobre el tema y la evidencia empírica examinada indican que la obesidad no es solamente un problema médico, sino que diversos factores participan en su incremento: características biológicas (por ejemplo, susceptibilidad genética), aspectos sociales y del comportamiento (preferencia del uso del tiempo, publicidad y pobreza) e influencias ambientales (urbanización y cambio tecnológico).

Las explicaciones del aumento de la obesidad siguen bajo discusión y están todavía abiertas a investigación adicional. Asimismo, consideramos que los aportes de la teoría social son necesarios para la comprensión del fenómeno del incremento del sobrepeso y la obesidad y para contribuir al diseño de políticas públicas y acciones exitosas para su atención, prevención y disminución.

## Bibliografía

- Anaya, Loyola MA, Sosa Álvarez A, Vergara Catañeda H, Suaste Duarte E (2006)  
High prevalence of obesity in rural Mexican women. *FASEB journal*, Vol: 20,  
No.: 5 Pp: A1033.
- Booth L, Michel; Rachel L Wilkenfeld, Deanna L Pagnini, Susan L Booth, and  
Lesley A King (2008) Perceptions of adolescents on overweight and obesity:  
The weight of opinion study. *Journal of Pediatrics and Child Health*. Vol.44,  
No.5, pp: 248-252.
- Borders, F. Tyrone; Rohrer, E. James; Cardarelli, M. Kathryn. (2006). Gender  
Specific Disparities in Obesity. *Journal of Community Health*. Vol. 31 No. 1  
pp: 57-68.
- Bourdieu Pierre. (2002 [1984]) *La Distinción: criterios y bases sociales del gusto*.  
Traducción de María del Carmen Ruiz de Elvira, México, Altea: Taurus,  
----- (1991 [1980]) *El Sentido Práctico*. Madrid, Editorial Taurus  
Humanidades.
- Bourdieu, P.; Wacquant, L.J.D. (1995) *Respuestas por una antropología reflexiva*,  
México Grijalvo.
- Brain, R. (1979): *The Decorated Body*, London: Hutchinson. En: Turner, Bryan S.  
(1994) *Los Avances Recientes En La Teoría Del Cuerpo*. REIS 68, pp. 11-  
39. Madrid.
- Cahnman J. Werner. (1968). *The Stigma of Obesity*. *The Sociological Quarterly*,  
Vol. 9, No. 3, pp 283-299.

- Christakis A. Nicholas and Fowler H. James (2007): The Spread of Obesity in Large Social Network Over 32 Years. *The New England Journal of Medicine*; 357, pp 370-379.
- Cockerham, W.C., Rutten, A. and Abel, T. (1997) Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving beyond Weber, *The Sociological Quarterly*, vol.38, no. 2, pp 321-342.
- Cockerham, William C. (2005) Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 46, No. 1 pp 51-67.
- Conrad, Peter. (1992) medicalization and social control. *Annual Review of sociology*, Vol, 18, pp: 209-232.
- Cummings, David E. and Schwartz MichaelW (2003) Genetics And Pathophysiology Of Human Obesity *Annu. Rev. Med.* 2003. Vol. 54, pp 453–471.
- Davey, Smith, G. and Morris, J. (1994) Increasing inequalities in the health of the Nation, *British Medical Journal*, Vol., 309, pp 145-147.
- Davey, Smith, G., Bartley, M. and Blane, D. (1990) The Black Report on socio-economic inequalities in health; ten years on, *British Medical Journal*, Vol. 301, pp 373-377.
- DeJong William (1980) The Stigma of Obesity: The Consequences of Naive Assumptions Concerning the Causes of Physical Deviance. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 21, No. 1 pp 75-87.

Dean, K; Colomer, C y Pérez-Hoyos, S: (1995) Research on lifestyles and Health: Searching for Meaning. Social Science and Medicine Vol. 41, No. 6 pp 845-855.

Drewnosky,A and Specter, SE (2004) Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. Am J Clin Nutr, Vol.79, pp: 6-16.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006., México: Instituto Nacional de Salud Pública

Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado nutricional en niños y mujeres en México, México: Instituto Nacional de Salud Pública,

Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. (2000) Prevalence and trends in obesity among US adults 1999–2000. JAMA, Vol. 288, No. 14, pp 1723–1727.

Frohlich L. Katherine, Corin Ellen, Potvin Louise. (2001) A Theoretical Proposal for the Relationship Between Context and Disease. Sociology of Health and Illness Vol. 23 No. 6, pp 776-797.

Giddens, Anthony [2006] [1995]. *La Constitución de la Sociedad: Bases para la teoría de la estructuración.*, 3ª reimpresión, Buenos Aires Amorrortu. . Traducción de José Luis Etcheverry.

----- (1997) [1991]. *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea.* Barcelona, Editorial Península. Traducción de José Luis Gil Arístu.

Grupo Académico para el Estudio, la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad y el Síndrome Metabólico (2008). La Obesidad y el Síndrome Metabólico

- como Problemas de Salud Pública. Una reflexión. Salud Pública de México. Vol. 50, No. 6, pp 530-547.
- Klatsky, L. Arthur (1999) Moderate Drinking and Reduced Risk of Heart Disease. Alcohol Research & Health Vol. 23, No. 1, pp 15-24.
- Kumanyika, K, Shiriki (1999). Understanding ethnic differences in energy balance: can we get there from here? American Journal of Clinical Nutrition, Vol., 70, No. 1, p: 1–2.
- Lake, A, y Townshend, T (2006) Obesogenic environments: exploring the built and food environments. The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, Vol. 126, No. 6, pp: 262-267.
- Lamas, M (1996) [1997] *El Género la Construcción Social de la Diferencia Sexual*. Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de estudios de Género.
- Le Breton, David (2008) [1990], *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Vision, traducción de Paula Mahler.
- Leslie J, Yancy A, McCarthy W, Albert S, Wert C, Miles O, James J. (1999) Development and Implementation of a School-based Nutrition and Fitness Promotion Program for Ethnically Diverse middle-school Girls, Journal of the American Dietetic Association, vol. 99, Num 8, pp 967-970.
- Levinson Richard, Powell Brian, Carr Steelman L.(1986): Significant Others and Body Image among Adolescents. Social Psychology Quarterly, Vol. 49, No. 4, pp. 330-337.

- Logan, Jeongok G; Barksdale, Debra J. (2008) Allostasis and allostatic load: expanding the discourse on stress and cardiovascular disease. *Journal Clinic Nurs.* Vol.,17, No. 7b pp 201-208.
- Lovejoy, Meg. (2001) Disturbances in the Social Body: Differences in Body Image and Eating Problems among African American and White Women. *Gender and Society*, Vol. 15, No. 2, pp. 239-261.
- Martín C. Enrique, (2004) *Habitus*. (Universidad de Sevilla). En: Román Reyes (Dir): *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales*, Pub. Electrónica, Universidad Complutense, Madrid: <http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario>. Última consulta abril 2009.
- McEwen, B; Seeman, T. (1999) Protective and Damaging Effects of Mediators of Stress Elaborating and Testing the concepts of Allostasis and Allostatic Load. *Annals New York Academy Of Sciences*, Vol. 896, pp 30-47.
- Menéndez L., Eduardo. (1998). *Estilos de vida, Riesgos y construcción social*. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*. Vol. XVI, Núm. 46., pp 37-67.
- Monagan F. Lee. (2007). Mass Index, masculinities and moral worth: men's critical understandings of 'appropriate' weight-for-height, *Sociology of Health & Illness* Vol. 29 No. 4, pp: 584-609.
- Monteiro, CA; Conde, WL; Lu, B y Popkin BM. (2004) Obesity and inequities in health in the developing World. *International Journal of obesity*, Vol. 28, pp: 1181–1186.
- Neufeld M, Lynnette, Hernandez-Cordero,S; Lia C. Fernald and Usha Ramakrishnan (2008). Overweight and Obesity Doubled Over a 6-year

- Period in Young Women Living in Poverty in Mexico. *Obesity* ,Vol.16 No.3, pp:714–717.
- Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad. Secretaria de Salud Federal.2003.
- Norma Oficial Mexicana-037-SSA2-2002, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. Secretaria de Salud Federal.
- Organización Mundial de la Salud/FAO (1990) Dieta, Nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de un grupo de estudio de la OMS, Ginebra. Informe técnico No. 797.
- Paeratakul; Lovejoy S Ryan, JC DH, Bray GA.(2002) The relation of gender, race and socioeconomic status to obesity and obesity comorbidities in a sample of U. S. adults, *Int Journal Obes*; September, Volume 26, Number 9, pp 1205-1210.
- Peña M. y Bacallao J.(2000). L Obesidad en la Pobreza: un nuevo reto para la Salud Publica. OMS/OPS Publicación Científica 576.
- Polhemus, Ted. (1978) *The body Reader Social Aspects of the Human Body, Harmondsworth: Penguin Books*. [citado por Turner, Bryan S. (1994) Los Avances Recientes En La Teoría Del Cuerpo. REIS 68, Octubre –diciembre 1994 pp. 11-39 Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Popenoe Rebeca. (2004). *Feeding Desire: Fatness, Beauty, and Sexuality Among a Saharan People*. London: Routledge.
- Puche, C, Rodolfo. 2005. El Índice de Masa Corporal: los razonamientos de un astrónomo. *MEDICINA*, Vol.65 No. 4, pp: 361-365.

- Riessman, Catherine, Kohler, (1983) Women and medicalization: a new perspective, *Social Policy*, Vol 14, No. 1, pp: 3 – 18.
- Ritzer George. (2002) *Teoría Sociológica Moderna*. 5ª Edición. McGraw-Hill, México].
- Rodó, Andrea (1987). El Cuerpo Ausente. *Proposiciones 13: Enero Abril* Pp. 107-164.
- Rodriguez, S; González-Cossío T, L Leroy J, González, D (2006) Dietary patterns and overweight and obesity prevalence in Mexican women *FASEB Journal*, Vol: 20 No.: 5 Pp: A999.
- Scheper-Hughes, Nancy, and M. Lock. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology* Vol.,1, No. 1, pp 6-41.
- Sen, Gita, (2000) Discurso de apertura pronunciado en la conferencia internacional sobre investigación en salud para el desarrollo, 11 de octubre, Bangkok.
- Simopoulos P. Artemis. (1986) Obesity and Body weight Standards. *Annual Reviews, Public Health*, Vol.,7. Pp: 481-492.
- Sterling, Peter. (2004). Principles of allostasis: optimal design, predictive regulation, pathophysiology and rational therapeutics. En: Jay Schulkin: *Allostasis, Homeostasis, and the Costs of Physiological Adaptation*. Cambridge University Press 2004 Printed USA, pp17-64.
- Stunkard, J. Albert (2000). Factores determinantes de la obesidad: Opinión Actual. En Manuel Peña y Jorge Bacallao, *La obesidad en la Pobreza: Un Nuevo Reto para la Salud Pública*. OPS/OMS PC 576, pp: 27-32.

- Susser, Mervyn; Susser, S, Ezra. (1996a). Choosing a Future for Epidemiology: I. Eras and Paradigms. *American Journal of Public Health*. May Vol. 86, No. 5, pp: 668-673.
- Taylor, C. Wendell, Yancey AK, Leslie J, Murray NG, Cummings SS, Sharkey SA, Wert C, James J, Miles O, McCarthy WJ. (1999) Physical Activity among African American and Latino Middle School Girls: Consistent Beliefs, Expectations, and Experiences Across Two Sites. , *Women Health*, Volume 30, No. 2, pp: 67 – 82.
- Torún, B. (2000). Patrones de actividad física en América Central. En Peña M. y Bacallao J. L *Obesidad en la Pobreza: un nuevo reto para la Salud Publica*. OMS/OPS Publicación Científica 576.
- Turner, S, Bryan. (1994) Los Avances Recientes en la Teoría del Cuerpo. *REIS* 68, pp. 11-39, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Warin, Megan; Turner, Karen; Moore, Vivienne; y Davies, Michael (2008) Bodies, mothers and identities: rethinking obesity and the BMI. *Sociology of Health & Illness* Vol. 30 No. 1, pp. 97–111.
- Williams, J. Simon. (1995) Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociology of Health and Illness* Vol. 17, No. 5, pp: 577-604.
- World Health Organization, (2000) *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva.WHO Technical Report Series 894.
- Yancey, K, Antronette.; Leslie J.; Abel E. (2006) Obesity at the Crossroads: Feminist and Public Health Perspectives. *Signs: Journal of women in Culture and Society* vol. 31, No.2, pp: 425 – 443.

## CAPITULO 3

Artículo aceptado para publicación en la revista electrónica:  
Población y Salud en Mesoamérica publicada por el Centro Centroamericano de  
Población. Universidad de Costa Rica

### **Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas Chontales de Tabasco, México**

Marcelina Cruz-Sánchez<sup>12</sup>, Esperanza Tuñon-Pablos<sup>13\*</sup>,  
Martha Villaseñor-Farías<sup>14</sup>, Guadalupe del Carmen Álvarez-Gordillo<sup>2</sup>,  
Ronald Nigh-Nielsen<sup>15</sup>

#### **Resumen**

**Antecedentes:** La obesidad se ha convertido en una epidemia global y las mujeres presentan tasas más altas que los hombres. Se desconoce el porqué de este fenómeno, o si adquiere características específicas entre la población indígena. **Objetivo:** identificar las desigualdades de género que subyacen al fenómeno del cuerpo con sobrepeso y obesidad entre indígenas chontales de Tabasco. **Materiales y métodos:** estudio cualitativo con entrevistas a profundidad a 15 informantes mujeres y hombres. La guía de entrevista contempló las categorías de: estilo de vida, pertenencia étnica, costumbres y hábitos de alimentación, usos y significados del cuerpo, así como normas de género. Las entrevistas fueron audio grabadas y transcritas. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito para participar, así como la aprobación del comité de ética. **Resultados:** las mujeres presentan mayor sobrepeso y obesidad que sus pares varones; el ejercicio está prohibido para ellas, los espacios públicos para prácticas deportivas son utilizados de manera exclusiva por los varones, las mujeres después de la maternidad, asumen que es “normal” ser gorda, la obesidad se considera herencia inevitable de los padres y no una enfermedad, la pérdida de peso no es deseable en ninguna etapa de la vida. **Conclusiones:** Las

---

<sup>12</sup> Doctorado en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable. El Colegio de la Frontera Sur. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. [macruz@ecosur.mx](mailto:macruz@ecosur.mx)

<sup>13</sup> El Colegio de la Frontera Sur. Investigadora titular Área Sociedad, Cultura y Salud. México. [etunon@ecosur.mx](mailto:etunon@ecosur.mx)\* Autora correspondiente.

<sup>14</sup> Centro interdisciplinario de ciencias de la salud universidad de Guadalajara. México [mwillase@hotmail.com](mailto:mwillase@hotmail.com)

<sup>2</sup> El Colegio de la Frontera Sur. Investigadora titular Área Sociedad, Cultura y Salud. México [galvarez@ecosur.mx](mailto:galvarez@ecosur.mx)

<sup>15</sup> Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social. Investigador titular [rbnigh@gmail.com](mailto:rbnigh@gmail.com)

desigualdades de género son una importante condición para la prevalencia del sobrepeso y la obesidad entre las mujeres chontales. Los resultados de este estudio tienen implicaciones en la promoción de un estilo de vida saludable para la disminución de las tasas de sobrepeso y obesidad entre la población indígena y particularmente entre las mujeres.

Palabras clave: Obesidad, Chontales, desigualdad, género, Tabasco.

## **Abstract**

**Background:** Obesity has become a global epidemic and women have higher rates than men. It is unknown why this phenomenon, or acquires specific characteristics among the indigenous population. **Objective:** To identify gender inequalities that underlies the phenomenon of body overweight and obesity among indigenous Chontal of Tabasco. **Materials and methods:** Qualitative study of 15 depth interviews with informants, men and women. The interview guide looked categories: lifestyle, ethnicity, customs and eating habits, uses and meanings of the body, and gender norms. The interviews were audio recorded and transcribed. We obtained written informed consent to participate, as well as ethics committee approval. **Results:** Women have higher overweight and obesity than their male counterparts, the exercise is forbidden for them, public spaces for sports are used exclusively by men, women after maternity, assume that it is "normal" to be overweight, obesity is considered unavoidable inheritance from parents and not a disease, weight loss is not desirable at any stage of life. **Conclusions:** Gender inequalities are an important condition for the prevalence of overweight and obesity among women Chontal. The results of this study have implications for promoting a healthy lifestyle for reducing rates of overweight and obesity among the indigenous population and particularly among women

Keys words: Obesity, Maya Chontales, inequality, gender. Tabasco

## **1. Introducción**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la obesidad es una epidemia global que afecta a todos los países del mundo en menor o mayor grado, pero que cada vez afecta más a las poblaciones empobrecidas de los países subdesarrollados o en vías de desarrollo.

El sobrepeso y la obesidad también se consideran factor de riesgo para otras patologías en particular las diabetes mellitus y dislipidemias (OMS, 2000).

El fenómeno de la obesidad y el sobrepeso se presenta por igual en hombres y mujeres de todas las edades. No obstante las mujeres reflejan tasas mayores de obesidad. Si bien la explicación de la obesidad en las mujeres se vincula a la maternidad, el trabajo doméstico, el estrato socioeconómico bajo y la baja escolaridad (Olson y Strawderman, 2009; Warin y cols. 2008), estas explicaciones no aportan argumentos suficientes para comprender el porqué del fenómeno.

En el año 2007, los adultos mayores de 20 años en Tabasco presentaban una prevalencia de sobrepeso más obesidad de 73% (69.2% para hombres y 75.9% para mujeres), la prevalencia urbana fue de 75.9% y en la rural de 69.1%. La prevalencia de circunferencia de cintura (obesidad abdominal) fue de 73.2%, con una marcada diferencia entre sexos: 63.3% hombres y 80.8% mujeres (ENSANUTEF, 2007). En otras palabras ellas parecen tener más obesidad abdominal que ellos.

Como se puede observar, las mujeres presentan las dos condiciones de sobrepeso y obesidad más que los hombres. La pregunta en consecuencia es ¿cuáles son los determinantes que podrían explicar las diferencias y desigualdades existentes en el fenómeno del sobrepeso y de la obesidad de mujeres y hombres? Consideramos que, además de las explicaciones citadas en

la literatura, se deben considerar también factores sociales, tales como los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones y pautas culturales, que frecuentemente generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y que tienen una marcada influencia en su salud, lo que en gran medida explica su mayor morbilidad por trastornos crónicos, incluida la obesidad. Estos factores sociales pocas veces se exploran cuando se trata de comprender fenómenos como el sobrepeso (Rohlfs, 2003)

Las estadísticas de obesidad por sexo en México y en Tabasco, no permiten un análisis más nítido de la situación por condición étnica y de género.

En México, al igual que en otros países de América Latina, los pueblos indígenas se caracterizan por ser grupos altamente frágiles en varios aspectos. Ser indígena aumenta la probabilidad de una persona de estar en condiciones de pobreza, alcanzar menos años de educación y tener un menor acceso a servicios básicos de salud (Hall y Patrinos 2006).

La salud de los hombres y mujeres indígenas, tanto en México como en América Latina, en lo que se refiere al sobrepeso y obesidad ha sido abordada principalmente a través de estudios de corte cuantitativo, ( Peña y Bacallao, 2000; Uauy et. al, 2001; Vallengia, et al, 2010; San Sebastian, M, y Karin Hurtig, A. 2007, Boissonnet et al. 2011)) de los que se concluye que este fenómeno va en aumento, que la población indígena ha sido sub representada en los estudios epidemiológicos, que debe considerarse como una enfermedad social indicador de desigualdad social, que las mujeres presentan más obesidad que los hombres y

que en la transición nutricional, la desnutrición está siendo desplazada por la obesidad y el sobrepeso entre las poblaciones más pobres, pero también entre las poblaciones indígenas de Latinoamérica. Sin embargo, poco se ha indagado acerca de las desigualdades de género y el cuerpo con sobrepeso y obesidad, así como desde la perspectiva de las personas indígenas.

En este trabajo entendemos al género como la construcción social de la diferencia sexual, por medio de la cual la cultura determina lo que es ser hombre o mujer, asignado a cada uno/una un conjunto de pautas y funciones que las y los distinguen (Lamas,1997).

Utilizar el concepto de género para analizar el fenómeno de la obesidad, proporciona una categoría de análisis que permite observar las formas de enfermar de mujeres y hombres y encontrar que estas diferencias no están ligadas a la variable sexo, sino a las formas de vida y condicionantes sociales de los sexos (Velasco, 2009). En consecuencia, partimos del supuesto de que la desagregación por sexo oculta las diferencias y desigualdades de género, cuestión que dificulta la comprensión del fenómeno del sobrepeso y de la obesidad más marcada entre las mujeres, comprensión necesaria para lograr un conocimiento más amplio del fenómeno.

El tema de las desigualdades de género ha sido ampliamente estudiado por las teóricas feministas que buscan describir y explicar las experiencias humanas desde el punto de vista de las mujeres (Madoo y Niebrugge, 2002). Si bien existen

diversas explicaciones de los orígenes de la desigualdad de género, aquí destacamos las que a nuestro juicio son las más sobresalientes: la teoría de que la desigualdad de género es el resultado de un modelo sexista y patriarcal de la división del trabajo y la teoría de la opresión de género que describe la situación de las mujeres como la consecuencia de una relación directa de poder entre hombres y mujeres en la que los hombres tienen intereses concretos y fundamentales en la práctica de la dominación de las mujeres.

En esta división sexual del trabajo de la comunidad indígena en estudio, se manifiesta lo que Lerner (1986) llama el “dominio paternalista” que se entiende como una forma de dominio regida por derechos y obligaciones mutuas:

El intercambio de dominio, sumisión por protección, trabajo no pagado por mantenimiento... las bases del paternalismo están constituidas por este contrato no escrito de intercambio: el varón suministra el soporte económico y la protección a cambio de la subordinación de la mujer en todos los aspectos y de su servicio sexual y doméstico gratuitos (Lerner, 1986, p. 217-218)

La subordinación de las mujeres no ocurre solamente en el ámbito de la familia, sin duda, es en ese espacio donde se reproduce con mayor fuerza, pero al decir de Bourdieu (2010), la dominación masculina sobre las mujeres es preservada a través de las instituciones como la escuela, la iglesia y el estado. Y esto es así porque tradicionalmente se ha asociado a la mujer como más cercana a la naturaleza y al hombre a la cultura. Esta concepción ha hecho que algunas mujeres perciban su cuerpo como un espacio de esfuerzo y de sufrimiento, vinculando a este último los mandatos de los estereotipos de género en relación con la sexualidad y la procreación (Rivas, 1998; Szazs, 1998).

Al decir de Chant (2007), la investigación acerca de las desigualdades de género en salud se ha concentrado en mujeres mestizas de bajos ingresos de áreas urbanas, y aunque existen algunos trabajos en zonas indígenas de México (Gil-Romo y Coria, 2007) poco se ha indagado entre indígenas chontales de Tabasco sobre este tema.

El Estado de Tabasco, ubicado en el sureste de la República Mexicana, es considerado como de alto índice de desigualdad de género<sup>16</sup> sólo por arriba del estado de Chiapas (Maldonado, 2003). Para construir este índice se utilizan variables como la escolaridad, el rezago educativo, la ocupación por sector de la economía, el acceso a la educación superior, el ingreso y hogares con ingreso femenino, entre otros.

Para efectos de este trabajo entendemos las desigualdades de género como las diferencias evitables, innecesarias e injustas entre hombres y mujeres que tienen que ver básicamente con su condición de ser hombre o mujer (Velasco, 2009). Estas desigualdades conceden ventajas a los hombres sobre las mujeres en varios aspectos como la educación, ocupación, ingreso, distribución del trabajo doméstico y acceso a servicios de salud, al deporte y recreación, que se reflejan en el estado de salud.

---

<sup>16</sup> El autor menciona que fueron escogidas las variables señaladas porque la información correspondiente está disponible para todas las entidades federativas y porque guardan una asociación relativamente estrecha entre sí, lo cual es una condición deseable, dado el método de componentes principales.

En el seno de las familias las desigualdades de género se manifiestan en diversos aspectos: en la división intrafamiliar del trabajo, en los mecanismos de control de la libertad de movimiento de las mujeres y en el ejercicio de la violencia en contra de ellas (García y Oliveira, 1994, y 2006).

El conocimiento de las asimetrías de género que subyacen al cuerpo con sobrepeso de hombres y mujeres, resulta indispensable para los objetivos de la promoción de un estilo de vida saludable entre la población en general y de las mujeres en particular, toda vez que la evidencia actual, señala a la obesidad y la obesidad central como condiciones que predisponen a la aparición del llamado síndrome metabólico (WHO, 2000).

Para prevenir, controlar o revertir el problema del sobrepeso y la obesidad, las políticas públicas proponen modificar el estilo de vida sedentario por otro que haga énfasis en la realización de actividad física<sup>17</sup> y mejorar los hábitos alimenticios aumentando el consumo de frutas y verduras frescas y la disminución del consumo de alimentos ricos en grasas, refrescos embotellados y cerveza.

Tanto la realización de actividad física como los hábitos de consumo de alimentos y bebidas, son prácticas sociales y por lo tanto socialmente determinadas, en otras palabras, el intento de modificar las prácticas sociales de los grupos humanos, y en particular de los grupos indígenas, son acciones que no

---

<sup>17</sup> La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por el sistema musculoesquelético que resulta en pérdida de energía (Brambilla, et. al 2011).

obedecen a prescripciones de grupos de otras culturas como sería la de los profesionales de la salud. Mientras que por otro lado el pueblo chontal de Nacajuca ha vivido una constante devastación de los recursos naturales, que hace unos 40 años, antes del auge de la explotación petrolera en la zona, les proveían alimento de los mantos lagunares así como del río que rodea a la comunidad de Tecoluta, hoy día, sólo son fuente de contaminación lo que a su vez ha modificado no sólo la dieta tradicional de este pueblo sino también el tipo de actividad física que realizan.

En esos años, hombres y mujeres podían realizar actividades de pesca y de agricultura, pero en la actualidad, sólo los hombres, salen muy temprano, para adentrarse en las contaminadas aguas del río en busca de pescado hacia las lagunas más alejadas y que aún no están muy contaminadas. Las mujeres ya no pueden realizar esta actividad debido a que tendrían que alejarse de sus casas por muchas horas, con lo que descuidarían el trabajo doméstico y la crianza de los hijos, funciones que, en la cultura chontal, parecen ser exclusivas de ellas.

Asimismo la agricultura, es otra actividad que en este pueblo ha desaparecido casi por completo, ya que la actividad de extracción de petróleo y las recurrentes inundaciones, producto a su vez de las obras hidráulicas para proteger a centros de población urbanos, han acabado con la siembra de maíz, frijol, plátano y otras especies, convirtiendo los terrenos en pastizales (Tudela, 1986; Martínez, 2006).

El fenómeno de las inundaciones ha traído como consecuencia la introducción de alimentos diferentes a la dieta del pueblo chontal, al llegar frijol en lata y sopas instantáneas en forma de ayuda a través de despensas. Con lo anotado hasta aquí es posible que tanto las desigualdades de género como las modificaciones en las formas de subsistencia de esta comunidad tengan alguna carga en el incremento observado de la obesidad.

En este trabajo exploramos las desigualdades de género que subyacen al fenómeno del sobrepeso y obesidad de las mujeres de la etnia chontal, así como sus dificultades para realizar el ejercicio físico<sup>18</sup> recomendado para controlar el sobrepeso y las creencias prevalecientes en torno al destino corporal de las mujeres tras la unión y maternidad.

## **2. Diseño y metodología de la investigación**

### **2.1 De las entrevistas e informantes**

El estudio fue de carácter cualitativo por tener como finalidad la interpretación de la subjetividad y el conocimiento del significado desde la perspectiva de los actores (Castro, 1996). Se realizó a través de entrevistas efectuadas con hombres y mujeres ubicados en tres etapas diferentes de vida, a saber, jóvenes, adultos y adultos mayores.

---

<sup>18</sup> El ejercicio físico es un subconjunto de la actividad física que es planeado, estructurado, repetitivo y propositivo, llevando al mejoramiento o mantenimiento de la condición física (Caspersen, et al, 1985).

Para los fines de este proyecto se categorizaron a los tres subgrupos además por la adscripción al cuerpo que las y los informantes hacían de sí mismos: delgado, obeso (gordo) con sobrepeso y normal. Con el propósito de comparar la adscripción al cuerpo que los informantes hacían, se obtuvo el índice de masa corporal (IMC) de cada uno. El IMC se calculó a partir de la medición del peso y la estatura de las y los informantes con la fórmula del producto del peso/estatura<sup>2</sup>, se utilizó una báscula mecánica de pie con altímetro, calibrada antes de iniciar las mediciones. De acuerdo con la Norma oficial mexicana NOM-174-SSA1-1998 para la prevención y control de la obesidad se consideró: Bajo peso o delgado un índice de masa corporal menor a 18 kg/m<sup>2</sup>; peso normal, valores de IMC entre 18 y 23, sobrepeso entre 25 y 27 (en talla baja entre 23 y 25) y obesidad cuando el IMC fue mayor 27 y en personas de talla baja mayor de 25.<sup>19</sup> Se elaboró una guía de entrevista con las siguientes categorías de análisis: normas de género, adscripción a la etnia chontal, estilo de vida, significados del cuerpo y hábitos de alimentación.

Las entrevistas con las y los informantes se realizaron en sus domicilios y se contó con el consentimiento informado por escrito de todos los participantes. La selección de las y los participantes se realizó a través de la técnica de bola de nieve iniciando con las observaciones del personal del centro de salud de la

---

<sup>19</sup> De acuerdo con la NOM-174 Se considera talla baja en la mujer adulta, cuando su estatura es menor de 1.50 metros y para el hombre, menor de 1.60 metros. La interpretación del IMC en esta NOM, difiere del propuesto por la OMS, ya que se ajustó para la población mexicana

comunidad. El total de participantes fue de 15, en edades comprendidas entre los 17 y 74 años.

## **2.2 El contexto socio espacial**

Los límites del Estado de Tabasco son naturales y artificiales, al norte limita con el Golfo de México y Campeche; al sur con Chiapas y la república de Guatemala; al oeste con el estado de Veracruz, y al este, con el estado de Campeche y la república de Guatemala.

El municipio de Nacajuca se localiza en la región de la Chontalpa y tiene como cabecera municipal a la ciudad del mismo nombre. Se encuentra a 10 metros sobre el nivel del mar y limita al norte con los municipios de Jalpa de Méndez, Centla y Centro y al sur con los municipios de Cunduacán y Jalpa de Méndez. Es el municipio más cercano a la capital del Estado de Tabasco, a una distancia de 25 km. aproximadamente. La extensión territorial del municipio de Nacajuca es de 488.37 km<sup>2</sup> (Enciclopedia Municipios de México, 2010).

La ranchería Tecoluta en sus dos secciones fue el contexto seleccionado para la investigación. Se localiza a 12 km de la cabecera municipal de Nacajuca en lo que se conoce como corredor de pueblos chontales y a 40 km de la ciudad de Villahermosa, capital de Tabasco. Es considerada como una comunidad de alta marginación (CONAPO, 2005) y concentra el mayor número de hablantes de la lengua chontal de Tabasco. Presenta un porcentaje de entre el 60 y 70% de

habitantes con un algún grado de sobrepeso y diabetes Mellitus tipo 2 con una marcada presencia en las mujeres (Secretaría de Salud del estado de Tabasco, 2009).

### **2.3 Procedimiento para el análisis**

Con base en las recomendaciones teóricas establecidas en la propuesta de Miles y Huberman (1994) el procedimiento para el análisis cualitativo de los datos incluyó: transcripción de entrevistas audio grabadas, utilización de matriz analítica y codificación, relectura para reconocer estructura textual y primer nivel de análisis, categorización analítica de acuerdo con conceptos teóricos, categorías de investigación y temáticas de los textos, segmentación y codificación (extracción de fragmentos: párrafos, oraciones, frases o palabras, considerados como significativos y que constituyen las unidades de sentido o unidades de análisis).

## **3. Resultados**

### **3.1 Caracterización de las y los informantes**

La tabla uno establece el perfil sociodemográfico de las personas que participaron en esta investigación, así como la relación que tiene su autopercepción corporal con el índice de masa corporal (IMC) que presentan.

En los datos de la tabla 1 se destacan el tamaño del cuerpo al que se adscriben los participantes y que generalmente contrasta con el IMC. De las siete mujeres que se adscribieron al cuerpo “normal”, sólo una cae en ese rango de acuerdo al IMC, de las seis restantes, tres presentan obesidad y tres más, bajo peso. En el caso de los hombres, tres se perciben con cuerpo “normal”, y de acuerdo con el IMC, los tres se ubican con obesidad. Las dos mujeres que se perciben como gordas, y el único hombre que se adscribió al cuerpo obeso concordaron con su IMC; finalmente tanto el hombre como la mujer que mencionaron tener un cuerpo delgado, coincidieron con la medida del IMC. En síntesis, de los 15 informantes, la relación autopercepción corporal /IMC sólo coincidió en cuatro mujeres y en dos hombres, es decir nueve informantes perciben su cuerpo como “normal” mientras que la medición del IMC los ubica en otro nivel, de estos destacan los nueve (cinco mujeres y cuatro hombres) que el IMC ubica en el intervalo de obesidad. La adscripción al cuerpo “normal” aparece mencionada igual entre hombres y mujeres. Esto se puede interpretar como una norma en la comunidad.

Resulta interesante analizar el discurso de nuestros informantes por condición de estado civil. Destaca la creencia, entre las mujeres unidas de que, una vez que la mujer se casa y tiene hijos, es “normal” que engorde.

“Cuando tienes hijos ya no eres igual cuando antes de soltera, Las mujeres solteras tienen su cuerpo normal, así pues que ni están gordas ni están flacas, cuando se casan las mujeres se engordan porque ya tienen su bebé, y luego quizá hay mujeres que le dan pecho a su bebe, es el cambio.-Entre

más hijos tengan, más gorditas se ponen. Así es, pero si tienen uno, se quedan normales” (Mujer, casada, 35 años, cinco hijos, obesa).

Por su parte, entre las adolescentes el cuerpo “normal” hace referencia a lo que ellas ven con sus compañeras (os) de escuela o de la propia comunidad. Respecto al sobrepeso el discurso de las personas de este grupo de edad se encamina a nombrar una “gordura normal” y otra que no lo es. La primera, dicen, “es la que más abunda en la localidad y la segunda casi no existe aquí”. Cuando profundizamos en estas definiciones, nos encontramos con que, lo que llaman “gordura normal” es el sobrepeso y la obesidad que no limita sus actividades, que es aceptable para los miembros de la comunidad. Algunos han visto programas en la televisión donde se muestran personas con obesidad mórbida, postrados en cama. Para las y los jóvenes “esa si es una enfermedad. Y aquí no hay de eso”

“No todas las gorduras son enfermedad, porque hay algunos que están sanos, porque son normales, de eso que llaman un sobrepeso. Es gordura normal.

Los que están enfermos son los que tienen mucha obesidad, pero hay algunos que tienen una gordura normal”

(Mujer, soltera, 18 años, estudiante, delgada).

A diferencia de los discursos anteriores, entre los adultos y adultos mayores la gordura representa un signo de bienestar y no de enfermedad, como lo proclama el discurso médico. La gordura es considerada como una herencia inevitable de los padres:

“¿Qué es para usted estar gordo?- Una persona gorda pos no lo considero como una enfermedad, lo considero que así son sus padres de gorditos, y por eso ella también es gordita. Ya ves que mi hija está bien gordita, así eran mis tías. Algunos se burlan de ella, es un bombón dicen. Mi finado padre y mi tío eran ¡bien gorditos! Digo yo, ¿por qué lo voy a considerar una enfermedad?; yo creo que no es una enfermedad, además, no molesta

eso, de que sea gordita no molesta” (Hombre, casado, 63 años, obeso, 12 hijos).

Los testimonios anteriores muestran, que la experiencia cotidiana con el cuerpo gordo (obeso) en esta comunidad es atribuida a la herencia familiar, y que siendo transmitida de los padres a los hijos no hay que darle más importancia pues es parte de la vida familiar y comunitaria. Podemos interpretar en estas palabras que la percepción de enfermedad que subyace es la de una condición de malestar o incomodidad, mientras que la gordura, que la biomedicina llama obesidad y considera enfermedad, no se acerca a esas características. En consecuencia, la promoción de la salud encaminada a controlar el aumento de peso encuentran severas restricciones cuando las normas culturales prevalecientes señalan lo contrario y que las estrategias educativas en salud encuentran serias limitaciones para alcanzar sus metas debido a los significados que tiene la población acerca del cuerpo obeso.

### **3.2 Desigualdades de género y sobrepeso corporal.**

Durante las entrevistas las y los informantes expresaron con claridad los roles social y culturalmente asignados a mujeres y varones. De ellas se espera que se casen y realicen el trabajo doméstico, mientras que de los hombres se espera que salgan a trabajar y mantengan a su familia.

Respecto a la violencia intrafamiliar, las mujeres entrevistadas asumieron que si la mujer se queda en casa y hace su trabajo, el hombre no debe tratarla

mal. Este discurso encierra el hecho no mencionado, de que la violencia contra la mujer se justifica por el hecho de que no se ajuste al papel que la cultura le asigna:

“Cuando el hombre se va a pescar, la mujer queda en su casa, cuida a sus hijos, echa la tortilla, a esperar si cae o no cae la comida... hace el pozol<sup>20</sup> ... aquí no hay mucho de eso de que salen (a trabajar) porque son responsables de su familia, ya se casaron, pues ya se tienen que quedar en su casa (las mujeres). Y el esposo está en que la apoye, o sea que la trate bien, que no la esté regañando, jalando el cabello, eso no se hace porque la mujer se comporta bien, la mujer también se debe tratar bien” (Mujer, casada, empleada 36 años, delgada).

Las desigualdades de género pueden repercutir en el estado de salud y sus determinantes, en el acceso a la atención apropiada y aún en la participación en la producción de la salud (Gómez, 2008). De aquí que sea necesario analizar por qué las mujeres muestran un cuerpo con más obesidad y obesidad central que los varones y, más aún, la preocupación manifestada por ellas de tener “panza”<sup>21</sup>. Una de las implicaciones para la salud de la acumulación de grasa abdominal es la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial (Aguilar, 2007), ambos padecimientos más presentes entre las mujeres que entre los hombres de esta comunidad. Así, en el control de personas con diabetes mellitus del centro de salud local, encontramos 38 mujeres en control y

---

<sup>20</sup> El pozol es una bebida ancestral del pueblo chontal, elaborada a base de maíz cocido y molido y cacao, aunque se puede elaborar también sólo de maíz. Se consume fresco o fermentado, constituye un importante alimento de la dieta tradicional de los pueblos mesoamericanos desde antes de la conquista española. Como cita Ruz: ““Tenían por costumbre, especial los indios chontales, no comer sino sólo beber, y si comían era muy poco, y bebían una bebida que se hace de la moneda suya, que es el cacao, de suerte que se hace un brebaje algo espeso, el cual es grande mantenimiento, y asimismo otro de maíz cocido que se dice pozol... hacen alguno de esto acedo para beber con las calores, porque es fresco y esto es lo más sano” (Ruz, 2001 p. 67).

<sup>21</sup> Se refiere a la obesidad abdominal que en las mujeres se manifiesta por una medida de la circunferencia de la cintura mayor de 88 cm. Para los hombres la obesidad central se observa con una medida mayor a 102.

sólo cuatro hombres.<sup>22</sup> (Sistema de información en salud. Secretaría de Salud del estado de Tabasco, 2009).

Por otro lado se sabe que el estrés es un factor que tiene alguna responsabilidad en la acumulación de grasa abdominal (McEwen, 1998). Esto no es un conocimiento nuevo, lo novedoso tiene que ver con la comprensión de las situaciones estresantes que enfrentan estas mujeres y cómo las enfrentan. Al respecto, cabe decir que las desigualdades de género prevalecientes en la cultura chontal permean estas condiciones estresantes y hacen que hombres y mujeres enfrenten diferentes tipos de estrés con habilidades diferentes.

Durante las entrevistas las mujeres señalaron: “cuando una persona está sana, está contenta, no le duele nada y no la asusta el borracho” (Mujer, casada, 70 años, sobrepeso) pero también mencionaron que en su comunidad hay muchas mujeres a las que las asustan los borrachos. Interpretamos estas palabras como una situación de violencia provocada por el alcoholismo de los hombres (Hernández y Arias, 2008) que llegan a sus casas a agredir a sus compañeras, quienes se “asustan” por esta situación. Todo ello produce situaciones de estrés en la vida cotidiana de las mujeres que, junto con la pobreza y el confinamiento al trabajo doméstico, inducen lo que se conoce como carga alostática<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> Según datos del sistema de información en salud de la Secretaría de Salud del gobierno de Tabasco, en el corredor de pueblos indígenas por cada hombre que se diagnostica con DM 2 se detectan 2.28 mujeres. mientras que por cada 2.44 mujeres diagnosticadas con HTA se detecta 1 hombre. En la comunidad estudiada todos asisten al centro de salud, como requisito para seguir en el programa social Oportunidades, si bien es cierto que quienes más asisten son las mujeres, un día en el mes debe asistir toda la familia, quien no lo hace es dado de baja del programa.

<sup>23</sup> La alostásis es la extensión del concepto de homeostasis y representa el proceso de adaptación del sistema fisiológico complejo a desafíos físicos, psicosociales y ambientales o de estrés. La carga alostática es el resultado de la adaptación (o

Lo anterior no significa que los hombres no enfrenten situaciones de estrés, por el contrario, el papel que las normas hegemónicas<sup>24</sup> de género les imponen, como el ser proveedores incrementan las tensiones cuando carecen de empleo o de obtención del alimento en los cada vez más escasos recursos naturales de la región. Sin embargo, la diferencia con las mujeres reside en que a los varones se les permite ampliar sus espacios destinados para el esparcimiento y ejercicio, a lo que están negadas para las mujeres de la misma etnia.

- ¿Practica algún deporte?
- “No”
- ¿Por qué?
- “Porqué las mujeres no podemos salir. Cuando estamos casadas ya no”.
- ¿Entonces cuando están solteras si?
- “No, Tampoco”
- ¿Usted le tiene que pedir permiso a su esposo para salir?
- “Si”
- ¿Y si no le da permiso?
- “No voy, si me da permiso me voy con confianza”
- ¿Y si se va sin pedir permiso que pasa?
- “Si, a veces que tengo que ir a un mandado urgente, pero cuando ya vengo y él está, sí tengo que decirle a adonde fui (Mujer, casada, cinco hijos, 36 años, obesa).

### **3.3 Desigualdades de género en el acceso a espacios de actividad física, deporte y ejercicio entre hombres y mujeres chontales.**

En las entrevistas realizadas, la palabra “ejercicio” no parece tener el mismo significado para hombres y mujeres. Para los hombres la palabra ejercicio les

---

no) a la alostásis a largo plazo, lo que resulta en la patología y en las enfermedades crónicas (Logan JG, Barksdale DJ.; 2008).

<sup>24</sup> Entendemos como normas hegemónicas de género el discurso esencialista que asigna a las mujeres y a los hombres una identidad y unos roles dados exclusivamente por su condición de hombre o mujer, basado en lo biológico.

significa el deporte como el fútbol, salir a la calle o ir al campo deportivo que hay en la comunidad, mientras que para las mujeres la misma palabra tiene otros significados referidos al trabajo doméstico.

“- ¿Usted hace algún tipo de ejercicio?

- Pues ahora no hago porque casi no veo

- ¿y antes?

- ¡Antes sí! Trabajaba yo, (me) levantaba yo desde las cuatro de la mañana, todo tengo que hacer, tengo que hacer mi café, café para mis hijos, pongo mi maíz y pongo mi batea para lavar, porque tengo hijos y tengo hijas, tengo que lavar mis trastes, tengo que barrer dentro mi casa, tengo que dar de comer a los animales, tengo que trabajar. ¡Hasta las nueve de la noche estoy terminando!” (Mujer, 68 años, casada, padece diabetes mellitus).

Este discurso que relaciona al ejercicio físico con la actividad física que supone el trabajo doméstico, fue una constante entre las mujeres, aún entre las más jóvenes. La interpretación que entraña esta alocución podría ser que, la única forma de ejercitar el cuerpo de las mujeres es el trabajo doméstico. Por otro lado, se indaga sobre las actividades que realizan en su tiempo libre, destacando el tejido de guano, que suponemos les significa un espacio de “descanso” en sus actividades cotidianas.

-¿Qué hace en su tiempo libre?

-A veces llego a casa de mi hermana, a visitar y a veces,... también tejo el guano, vale nueve pesos, si vendiste unos,...tejo de noche, si puedo de día, puedo tejer uno, de día llegan los compradores. (Mujer, 34 años, casada, obesa, 3 hijos)

Trabajando aquí, tejiendo guano para vender tejido, y poder comprar cualquier cosa. Llegan a comprar a nueve cada tejido, como tenemos, ahorita mi esposo y yo tejemos, ese es el trabajo de nosotros, no hay trabajo más que solamente tejiendo el guano. (Mujer, 70 años casada, sobrepeso)

El discurso de las mujeres adultas entrevistadas respecto al ejercicio físico, apunta hacia un cambio generacional respecto a la mayor posibilidad actual de las

mujeres y las niñas para disponer de los espacios y tiempos para realizarlo en comparación con su vivencia en la infancia, No obstante llama la atención que las niñas de la comunidad compran golosinas durante el recreo en la escuela mientras que los niños juegan fútbol. Cuando a las niñas se les pregunta por qué no juegan responden que “porqué no son niños y sólo ellos juegan”. Lo anterior muestra que, aunque algunas madres consideren que las cosas han cambiado desde el tiempo de su niñez, las normas hegemónicas de género siguen vigentes:

“Aquí las mujeres no llegan a jugar, no salimos, porque desde la generación de nosotras, nunca las mujeres salen a jugar. “Tú no puedes jugar pelota, porque tú no eres hombre, la pelota es para los hombres” te decía tu mamá, y claro que eso hasta ahorita sigue, que nadie sale a jugar, nada más los hombres (mujer, 36 años, casada, 3 hijos).

Entre los discursos de las mujeres adultas mayores emerge, lo que suponemos es un significado relacionado con el trabajo doméstico: la frase “calentar los huesos”. Lo anterior se refiere a la actividad relacionada con cocer y moler el maíz para preparar tortillas o pozol, actividad por cierto exclusiva de las mujeres. Algunos hombres pueden lavar los trastes o hacer el aseo de la casa, pero moler el maíz y hacer tortillas es trabajo exclusivo de las mujeres.

El confinamiento de las mujeres al trabajo doméstico y la norma cultural de no permitir el acceso de ellas a otras formas de ejercicio, entre otros factores, nos hace comprender que el sobrepeso y la obesidad entre las mujeres tienen relación con las desigualdades de género en el acceso, fuera de sus casas, a las actividades de ejercicio y deporte.

Por otro lado salir a caminar dentro o fuera de la comunidad o viajar a la cabecera municipal o a la ciudad de Villahermosa, conlleva el peligro de que las mujeres pierdan la confianza del esposo en ellas debido a los celos. A este fenómeno las mujeres le llaman “echarse a andar” y tiene que ver con el hecho de que algunas mujeres han aprovechado la oportunidad que tienen de salir, no sólo de sus casas sino también de su comunidad, para trabajar y entablar relaciones de amistad con otras mujeres y hombres, siendo esta última la más problemática. Cuando esto sucede se genera una situación de violencia de género que luego es puesta de ejemplo para que otras mujeres entiendan lo que sucede cuando “se echan a andar”, tal como se observa en el siguiente testimonio:

“La gente pues te ve, como andas, porque hay mujeres que han salido a trabajar y se echan a andar. Echarse a andar, que salen a pasear, o sea por ejemplo como yo, que estoy aquí trabajando, de afanadora, pero si digo, yo voy a ir a Nacajuca, total que ahorita no me está viendo mi esposo, allá voy a echar a andar y pasa que me encontré a alguien, que te dice te doy esto y esto, porque tú no tienes nada o tú te mereces mas. ¡Y claro que salen! Les dan confianza sus esposos y a veces escuchan que tiene amante y que esto y que aquello. ¡Y claro que por eso! A veces este es el problema con los hombres, por qué les dan confianza y ellas les hacen perder la confianza (mujer, 36 años, madre de tres niños).

Aunque aquí se hace alusión al hecho de la infidelidad, por generalización ese fenómeno de control se extiende hacia cualquier actividad que las mujeres realizan fuera de sus casas, lo que a su vez tiene relación con la norma cultural de que ellas deban permanecer en sus casas y no andar en la calle. En consecuencia la calle, el campo de futbol, la práctica de ejercicio y cualquier actividad que se relacione con el cuidado del cuerpo o distracción, están limitadas para las mujeres de este grupo indígena.

Resalta pues que el ejercicio y el deporte son prácticas socialmente construidas que se practicarán por mujeres y hombres sólo si ambos crecen en un ambiente donde puedan tener acceso a ellos sin restricciones por género. De esta manera, en la comunidad en estudio, la práctica de estas actividades por parte de las niñas queda confinada sólo a los espacios escolares formales, la clase de educación física, y no a los espacios comunitarios:

“- ¿Crees que las mujeres tengan oportunidad de hacer ejercicio igual que los hombres aquí en la comunidad?

- Pues aquí casi no, no pueden salir al campo y quienes salen y van corriendo en las calles, van a decir que esa muchacha está loca

- ¿Y que podrían hacer las mujeres para hacer ejercicio sin que se les critique de locas?

-No, aquí ¡la verdad no! ¡Es muy difícil que hagan ejercicio!

- ¿Hay algún lugar aquí en la comunidad donde puedan hacer ejercicio las mujeres?

- Pues sería en el campo, pero el campo está vetado, el campo es sólo para los hombres” (Hombre, 19 años, estudiante, soltero).

Si bien la comunidad cuenta con áreas recreativas y para el deporte, las mujeres adultas jóvenes comentan que aún recibiendo los mensajes de que realizar algún tipo de ejercicio trae beneficios para la salud, el acceso no ha sido para ellas:

“Las mujeres no salen a jugar, porque a lo mejor no estamos... no sé. Nosotros pensamos que la pelota es para el hombre. Según nosotros... Ya llevamos 3 años aquí (centro de salud) y dicen que el deporte es bueno para la mujer y para el hombre, pero nosotros no estamos abiertos, estamos como los antiguos, estamos cerrados, y nos falta asesoría... que alguien nos venga abrir los ojos... porqué estamos cerrados (mujer, 34 años, casada, madre de tres hijos, afanadora).

Este testimonio nos acerca a la comprensión del peso que la cultura tiene en el mantenimiento de las desigualdades de género, pero también abre una luz para la acción del personal de salud dirigida a la promoción de la salud.

### **3.4 Cambios en los patrones de alimentación**

Un aspecto relacionado con el aumento del sobrepeso y la obesidad en la población indígena chontal es el que se refiere a los cambios en los patrones de consumo de alimentos. En este sentido los informantes invariablemente manifestaron que han venido cambiando, tanto el tipo de alimentos que consumen como la forma de prepararlos. Por ejemplo las personas adultas mayores señalaron que antes, se comía más pescado, tortuga y pejelagarto, así como aves de corral llamadas “criollos” (alimentados sólo con maíz), en contraposición a las aves de granja (alimento con hormonas y vacunas) que se venden hoy en la comunidad, así como el consumo de pozol y agua de frutas y no de refresco embotellado.

¿Qué se comía cuando usted era niño?

Comíamos pescado, casi no compramos gallina de granja, ni el puerco que viene de granja tampoco, no conocemos en ese tiempo, lo que conocemos es el pescado, mojarra, robalo, pejelagarto, hicotea, mojina, (variedades de tortugas) y de ahí pos cuando nos aburrimos, agarra mi mamá los animales, lo que es de rancho pues, con eso nos pasábamos el día. (Hombre, 57 años, casado, obeso, ocho hijos).

También se hace referencia a que si bien antes no tenían trabajo, la comida no les faltaba, era sólo cuestión de ir al río o las lagunas y obtenían lo necesario para que toda la familia se alimentara. Respecto a la forma de cocinar los

alimentos, mencionaron que se consumían más hervidos (sancochado) que fritos, o cocidos al vapor (en poshcagua). En la actualidad las formas de cocinar han cambiado, consumiendo más los alimentos fritos.

Antes, pues en mi generación, se comía puro pescado en caldo, y casi no se comía frito, puro poshcagua, envuelto en hoja de toh, se echa el pescado, hoja de momo, cebolla, ajo, porque antes no había tomate, y eso lo echamos al fuego, porque antes no había estufa, puro fuego, y si ya no quieres comer así, entonces sancochado con hoja de toh. Pero orita la mayoría come puro frito, ya como hay aceite, pos ya puro frito. (Mujer, 36 años, tres hijos, delgada)

Por otro lado, las y los jóvenes y adolescentes consideran que si ha cambiado el consumo de alimentos y que tiene que ver con la estrategia de desayunos escolares durante los años de preescolar, escolar y que aunque en la escuela secundaria ya no hay desayunos, el consumo de botanas y refrescos continua hasta el bachillerato

¿Crees que se han introducido alimentos que antes no se comían?

-Uyy sí, el espagueti, empanadas, tamalitos, sopas instantáneas, arroz y la coca cola, me gusta porque tiene buen sabor, es el único que tomamos.

-¿Cómo llegó el espagueti aquí?

-Yo creo que fue cuando había los desayunos escolares, allí les empezaron a dar y ya luego en la prepa compran, pura sabrita, galleta, chicharrón, platanito, todo ese tipo de comida, salchicha endiablada, empanada, espagueti, ensalada de pollo, nada más. (Mujer 18 años, soltera, delgada).

Las y los informantes también mencionaron que la introducción de alimentos diferentes a su dieta tradicional, tuvo que ver, entre otras cosas, con la ayuda recibida durante las inundaciones, en las despensas que contenían sopas instantáneas y comida enlatada. Otros factores que mencionan son la migración cotidiana a los centros urbanos, donde trabajan, principalmente los hombres y traen alimentos que allá compran; así como la construcción de la carretera que

comunica a esta comunidad con la cabecera municipal que facilita el transporte de mercancías:

¿Y en la comida ha habido cambios?

Sí, porque antes no conocías jamón, no conocías salchicha, cuando empezaron a trabajar en Villahermosa los señores, de allá lo traían, pues lo vieron los chamacos y empezaron a comer, y ya allí hubo un cambio, y ese es el problema; orita ves los niños la mayoría son gorditos, los chiquitos porque comen mucho sabritas, comen mucho golosina, antes no había donde comprar, orita en cualquier esquina hay tienditas, ¿y qué compran los chamacos?, refresco, galletas, dulce, hasta en las escuelas. Y ese es el cambio también. (Mujer, 55 años, casada, tres hijos).

#### **4. Discusión y conclusiones**

Los organismos internacionales como la OMS y la OPS, han señalado a la obesidad como una epidemia de alcance mundial, como enfermedad grave y como factor de riesgo para contraer otras. Sin embargo, muchas veces se han dejado de lado aquellas perspectivas que tienen las personas acerca del tamaño del cuerpo y su estudio es relativamente escaso entre las poblaciones indígenas de México.

Un primer resultado que emerge de este análisis se refiere a que los informantes, no comparten esta forma de concebir a la “gordura”, como ellos llaman al cuerpo con sobrepeso, por el contrario, se afirma en los testimonios que le atribuyen un herencia familiar, y que ser gordo o gorda es reflejo de buena salud y de bienestar y de ser o estar feliz y contento.

Este hallazgo se inscribe en la historia del pueblo chontal caracterizada por la pobreza, la negación de la existencia de su cultura y el deterioro de los recursos naturales agravado por la explotación de petróleo en la zona.

La aparición de la asociación entre cuerpo delgado y salud se dio a principios del siglo XX, a través de las compañías de seguros quienes alentaron la idea de que la gordura o el sobrepeso representaban un signo de enfermedad (Contreras, 2005). Sin embargo esta lógica no permea entre las poblaciones indígenas tradicionalmente subalimentadas y preocupadas por la alimentación, quienes aún ven a la delgadez como signo de enfermedad y de un cuerpo débil incapaz de enfrentar los embates del medio ambiente como lo muestran las narrativas de nuestros informantes.

El significado del cuerpo gordo como sinónimo de “estar bien” también fue reportado por Castro (1995) en su investigación con una población rural de Morelos, México, donde sus informantes percibían a la salud en términos positivos, básicamente como estar gordo y contento. Coincidimos con lo expresado por Castro (2000) cuando señala que las personas viviendo en condiciones de pobreza y rezago social, como es el caso de las y los indígenas en este estudio, perciben al cuerpo gordo como signo de bienestar.

Como consecuencia de esta percepción se observó la tendencia a subvalorar el tamaño del cuerpo que hacen tanto hombres como mujeres sin diferencias por edad. Este resultado es compatible con el obtenido por

Cunningham, et al. (2008) quienes reportan que la subvaloración del tamaño del cuerpo fue común entre indígenas, siendo los hombres y en particular aquellos con diabetes, quienes probablemente subestimaban más el tamaño de su cuerpo.

Otro hallazgo es la creencia entre las mujeres adultas de que, una vez que se casan es “normal que engorden”, relacionado este aumento de peso con la cantidad de hijos que se tenga, es decir a mayor número de hijos o embarazos, más aumento de peso. En este sentido, la investigación de Vallengia et. al (2010) reporta que entre mujeres indígenas Toba y Wichí de Argentina, el efecto de la edad sobre el IMC puede reflejar la asociación entre la paridad y la ganancia de peso, ya que altas tasas de sobrepeso y obesidad se encontraron entre las mujeres indígenas de su estudio.

Por otro lado, las mujeres participantes en nuestro estudio consideraron que el “susto”<sup>25</sup> que les provoca la violencia a consecuencia del alcoholismo de sus parejas, es la responsable de que enfermen de diabetes mellitus y, como efecto de ésta, empiecen a perder peso. En esta lógica, la pérdida de peso es vista como signo de enfermedad, lo que a su vez refuerza la representación del cuerpo con sobrepeso como bueno y saludable, y a la pérdida de peso como no deseable. Esto también puede comprenderse en el contexto de lo que significa el cuerpo de las mujeres en algunas culturas ya que, como lo señalan Ulijaszek y Lofink,

---

<sup>25</sup> El susto es uno de los síndromes de filiación cultural presentes en la medicina tradicional de casi todos los pueblos indígenas de México. Según la mayor parte de los terapeutas, el espanto puede afectar a cualquier persona, sin importar la edad ni el sexo, aunque algunos aseguran que los niños son el grupo más susceptible. La causa, que lleva el mismo nombre que la enfermedad, es un espanto o susto, es decir, una impresión repentina y muchas veces violenta. (Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana, 2009)

(2006), los cuerpos más grandes de las mujeres son vistos como más atractivos e indican condiciones tales como salud, fertilidad, belleza, riqueza y poder.

Por otro lado, la construcción social de los roles masculino y femenino de esta etnia, ubica a las mujeres en la casa y a cargo del trabajo doméstico y la crianza de los hijos. Los hombres por el contrario, son ubicados como proveedores y son los que salen a trabajar, dentro o fuera de la comunidad. Este rasgo cultural se extiende más allá de las condiciones del hogar, hacia los espacios destinados al esparcimiento (los campos de fútbol, las canchas de basquetbol y volibol). A ellos acceden sólo los hombres, mientras que las niñas, las adolescentes y aún las mujeres adultas, realizan actividades como tejer guano, visitar a sus familiares o ver televisión.

De aquí que interpretemos estos hallazgos como que las mujeres de esta etnia enfrentan restricciones para la libertad de movimiento y son responsabilizadas del trabajo doméstico y de la generación de capacidades humanas, por ser quienes atienden la crianza, alimentación, educación y salud de los hijos y de la familia. En consecuencia se considera que estos datos apoyan la observación de que las mujeres de esta etnia enfrentan desigualdades sociales y de género. Estos resultados coinciden con los reportados por Pérez y Vázquez, (2009) en su estudio sobre familia, trabajo doméstico y libertad de movimiento en mujeres chontales de Nacajuca, donde encontraron que tanto la libertad de movimiento de las mujeres como su confinamiento al ámbito de la casa, así como

la incapacidad de negociar con sus parejas la realización del trabajo doméstico, son desigualdades de género que enfrentan las mujeres de esta etnia.

Otro hallazgo que emerge del análisis es el cambio que desde hace cuatro o cinco décadas se observa en la composición de la dieta de este pueblo. Como lo señalan los discursos de las personas adultas mayores, ésta era a base de pescado o aves criadas en los patios, no se consumían alimentos ni bebidas procesadas, carne de aves de granja o de engorda. Consideramos que son varios los aspectos que se han reunido para este cambio en la composición dieta: la migración diaria desde la comunidad y hacia las zonas urbanas que se han convertido en fuentes de empleo remunerado, el debilitamiento de los recursos naturales, el acceso a alimentos procesados dentro y fuera de su comunidad, la estrategia de desarrollo social de otorgar desayunos escolares, así como la ayuda externa durante las constantes inundaciones.

En lo que respecta el agotamiento de los recursos naturales, anterior fuente de alimentos, creemos que se relaciona, tanto con el aumento de población de los centros urbanos, como por la contaminación en los cuerpos de agua provocada por la industria petrolera. Asimismo se observa que es factible pensar que, paralelo a estos cambios dietarios también se da la aparición de un incremento en el tamaño del peso del cuerpo, más visible entre las mujeres como lo han documentado Rivera, et al. (2004)

La evidencia en este sentido apunta a un rápido proceso conocido como transición nutricional, que se caracteriza por un cambio que va de alta prevalencia de desnutrición al predominio de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta y que se vinculan con la urbanización, crecimiento económico e innovaciones que llevan a reducir la actividad física y al aumento del consumo de alimentos procesados altos en energía densa (Rivera, et al. 2004, Uauy, et al. 2001). En este sentido hace falta más investigación acerca del proceso de transformación de la dieta tradicional de los chontales y su repercusión en la salud, que actualmente manifiesta una tendencia a incrementar las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus 2 y la hipertensión arterial.

Si bien se reconoce que el peso de la enfermedad entre los pueblos indígenas es mucho mayor que entre la población en general, particularmente con respecto a enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición (Wang y Hoy, 2002), sin duda falta más investigación para cada una de las condiciones crónicas y degenerativas entre los indígenas que habitan en el estado de Tabasco desde la perspectiva de género, considerando las fuerzas sociales y económicas que están influyendo en el incremento de las tasas de sobrepeso, obesidad y de diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Además consideramos que es necesario que a las estrategias implementadas por el sector salud se incorporen las propuestas de la sociología médica y de la salud y por supuesto la perspectiva de género, como condición

para lograr potenciar las capacidades de las mujeres para mejorar su salud, así como incorporar a los varones a grupos de sensibilización sobre masculinidades alternativas, con pleno respeto a su cultura, a fin de contribuir a lograr uno de los derechos humanos fundamentales: el derecho a la salud.

Acerca de las limitaciones de este estudio podemos señalar que, si bien las narrativas de quince informantes pueden parecer pocas si se parte de que más es mejor, en los estudios cualitativos no se busca generalizar los resultados, sino por el contrario, reconocer que es en la riqueza de los discursos de los informantes donde radica su valor científico, y que en consecuencia los hallazgos no pueden generalizarse a otros grupos indígenas de México. Por otra parte, como en cualquier estudio cualitativo, el análisis realizado es reflejo de la interpretación que las y los autores hicieron de las complejas narrativas de las personas que participaron. En consecuencia, otros profesionales, con diferentes enfoques disciplinares, filosóficos o teóricos pueden interpretar los datos de forma diferente. Por último los estudios cualitativos pueden dejar más preguntas que las respuestas que intentan resolver al inicio de la investigación, sin embargo consideramos que la investigación cualitativa en esta temática del sobrepeso y obesidad con perspectiva de género puede contribuir a incrementar nuestra comprensión de la complejidad la misma.

## Referencias

- Aguilar, S. C. (2007) Adiposidad abdominal como factor de riesgo para enfermedades crónicas. *Salud Pública de México*. 49, número especial 311-316.
- Boissonnet, C., Schargrotsky, H., Pellegrini, F., Macchia, A. Marcet-Champagne, B. Wilson, E., Tognoni G. (2011). Educational inequalities in obesity, abdominal obesity, and metabolic syndrome in seven Latin American cities: the CARMELA Study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 18 (4). 550-556.
- Bourdieu, P. (2010). *La dominación masculina*. Barcelona, Anagrama. Colección Argumentos. 159 pp.
- Branbilla, P., Pozzobon, G., & Pietrobelli, A. (2011) Physical activity as the main therapeutic tool for metabolic syndrome in childhood. *International Journal Obesity*, 35, 16-28.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100 (2), 126–131.
- Castro, R. (1995). The subjective experience of health and illness in Ocuituco: A case study. *Social Science & Medicine*, 41 (7), 1005-1021.
- Castro, R. (1996). En busca del significado: Supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En: Szasz, I. y Lerner, S. *Para comprender la*

*subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad.*

México D.F. El Colegio de México Pp. 57-85

- Castro, R. (2000) *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza.* Cuernavaca, México. UNAM. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Chant, S. (2007) Introducción: Género en un continente que está cambiando. En: Chant, S. y Craske, N. *Género en Latinoamérica.* México D.F. Publicaciones de la casa Chata. CIESAS.
- Consejo Nacional de Población. (2005). *Población total, indicadores socioeconómicos, índice y grado de marginación por localidad.* México, DF.
- Contreras, H. J. (2005). La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Zainack Cuadernos de antropología etnográfica* 27: 31-52.
- Cunningham, J., O`Dea, K., Dumbar, T., Maple-Brown. (2008) Perceived weight versus Body Mass Index among urban Aboriginal Australians: do perceptions and measurements match? *Australian and New Zealand Journal Public Health* 32(2):135-138.
- Enciclopedia de los Municipios de México. Tabasco. (2005): Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, Gobierno del Estado de Tabasco. Consultado 4 mayo 2011 de <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/tabasco/medi.htm>
- García, B. y De Oliveira, O. (1994). *Trabajo femenino y vida familiar en México,* México, DF: El Colegio de México.

- García, B. y De Oliveira, O. (2006). *Las familias en el México Metropolitano: visiones femeninas y masculinas*, México, DF: CEDUA-El Colegio de México.
- Gil- Romo, S. E. y Coria, D. S..(2007) Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. *Salud pública México* 49 (6), 445-453.
- Gómez, G. E. (2008). La valoración del trabajo no remunerado: una estrategia clave para la política de igualdad de género. En: OPS. (2008). *La economía invisible y las desigualdades de género: La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*, Washington, D.C
- Hall, G. y H. A. Patrinos. (2006). *Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina*. Colombia, Banco Mundial en coedición con Mayol Ediciones S.
- Hernández, S. M C. y Arias, R. J M. (2008) *El instituto estatal de las mujeres en comunidades indígenas de Tabasco*. Villahermosa.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2007). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Tabasco [ENSANUTEF]*. Cuernavaca, México
- Lamas, M. [(1996) 1997] *El Género: la Construcción Social de la Diferencia Sexual*. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de eEstudios de Género.
- Lerner, G. (1986). *The creation of patriarchy*. New York, Oxford University Press.

- Logan, J. G. & Barksdale, D. J. (2008). Allostasis and allostatic load: Expanding the discourse on stress and cardiovascular disease. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 201-208.
- Madoo, L. P. y Niebrugge, B. J. (2002). Teoría Feminista Contemporánea. En: Ritzer G. *Teoría Sociológica Moderna*. México, DF: McGraw-Hill/interamericana.
- Maldonado, M. V. (2003). Desarrollo y desigualdades de género en México: un estudio por entidad federativa. *Notas: revista de información y análisis* (22), 47-54 Consulta enero, 2011, de: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/especiales/notas/notas22.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/especiales/notas/notas22.pdf)
- Martínez, A. C. (2006) *Breve historia de Tabasco*. México D.F., FCE, El Colegio de México.
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy Sciences*. (840), 33-44.
- Miles, B. M., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. California, Sage publication.
- Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad. Secretaria de Salud Federal.
- Olson, M. C., Strawderman, S. M., & Dennison, A. B. (2009). Maternal weight gain during pregnancy and child weight at age 3 years. *Maternal and Child Health Journal*, (13), 839–846.
- Peña, M. y Bacallao, J. L (2000) *Obesidad en la Pobreza: un nuevo reto para la Salud Publica*. OMS/OPS Publicación Científica 576.

- Pérez, V. M. A. y Vázquez, G. V. (2009) Familia y empoderamiento femenino: ingresos, trabajo doméstico y libertad de movimiento de mujeres chontales de Nacajuca, Tabasco. *Convergencia, Revista de Ciencias Sociales*, (50), 2009: 187-218.
- Rivas, M. 1998. Valores, creencias y significados de la sexualidad femenina, una reflexión indispensable para la comprensión de las prácticas sexuales, en: Szaz, I. y S. Lerner, *sexualidades en México algunas aproximaciones desde las ciencias sociales*. El Colegio de México.
- Rivera, J. A., Barquera, S., González-Cossío, T., Oláiz, G. & Sepúlveda, J. (2004) Nutrition Transition in México and in Other Latin American Countries. *Nutrition Reviews*, 62(7), 149-157.
- Rohlf, I. (2003). Género y salud: diferencias y desigualdades. *Quark*; (27): 46-58.  
Consulta marzo 2011, de: <http://quark.prbb.org/27/default.htm>
- Ruz, M. H. (2001). *Tabasco histórico: Memoria Vegetal*. Villahermosa, Gobierno del Estado de Tabasco.
- San Sebastian, M., y Karin, H. A. (2007). Review of health research on indigenous populations in Latin America, 1995-2004. *Salud Pública de México* 49 (4) 316-320
- Secretaría de Desarrollo Social. (2007). México, DF, Gobierno Federal.
- Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Sistema de información en salud 2009.
- Szasz, Ivonne. (1999) Género y salud: propuestas para el análisis de una relación compleja, en: Bronfman, Mario y Castro, Roberto (Comp.) (1999) *Salud*,

- cambio social y política: perspectivas desde América Latina*. Instituto Nacional de Salud Pública. México D.F. Endamex.
- Tudela, F. (1989). *La modernización forzada del trópico: El caso de Tabasco, proyecto integrado del Golfo*. México D.F., El Colegio de México.
- Uauy R., Albala C. y Kain J. (2001) Obesity Trends in Latin America: Transiting from Under- to Overweight. *The Journal Nutrition*. 131(3),8935-8995.
- Ulijaszek, J. S. y Lofink, H. (2006) Obesity in Biocultural Perspective. *Annual Review of Anthropology*. 2006. (35):337–60.
- Valeggia, C. R., Burke, K. M., Fernandez, D. E. (2010) Nutritional status and socioeconomic change among Toba and Wichi´ populations of the Argentinean Chaco *Economics and Human Biology* 8 (2010) 100–110.
- Velasco, A. S. (2009). *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid, Ediciones Minerva.
- Wang, Z. & Hoy, W. (2002) Body mass index and mortality in Aboriginal Australians in the Northern Territory. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*; 26(4): 305-310.
- Warin, M., Turner, K., Moore, V., & Davies, M. (2008). Bodies, mothers and identities: Rethinking obesity and the BMI. *Sociology of Health & Illness* 30(1), 97–111.
- World Health Organization. (2000) *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. WHO Technical Report Series No. 894. Geneva
- Zolla, C., Argueta, A., Mata, S. (2009). Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana. En: Biblioteca digital de la medicina tradicional

mexicana. Consulta del 22 de septiembre de 2011

<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/alfa.php?opcion=D>

Las y los autores desean expresar su agradecimiento a los hombres y mujeres indígenas chontales que generosamente nos permitieron entrar en sus vidas y conocer más de su cultura.

Tabla 1  
 Perfil sociodemográfico y relación auto percepción corporal/Índice de Masa Corporal (IMC)

Características de participantes	Mujeres	Hombres
Sexo	10	5
Edad (años)		
15-29	3	2
30-59	5	1
60 y más	2	2
Escolaridad		
Ninguna	3	2
Primaria	1	1
Secundaria	4	0
Preparatoria	2	1
Profesional	0	1
Estado civil		
Casados y unidos	7	3
Solteros	3	2
Ocupación		
Trabajo doméstico	5	0
Artesano	0	2
empleado	2	0
desempleado	0	1
Profesional	0	1
Estudiante	3	1
Autopercepción/del cuerpo		
Bajo peso (muy delgado)	1	1
Normal	7	3
Sobrepeso	2	1
IMC		
Bajo peso	4	1
Normal	1	0
Sobrepeso/obesidad	5	4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas.

## CARTA DE ACEPTACIÓN DEL ARTÍCULO



Centro Centroamericano de Población

28 de octubre, 2012

Dra. Marcelina Cruz-Sánchez  
Colegio de la Frontera Sur  
San Cristóbal de las Casas  
Chiapas, México

Estimada Dra. Cruz:

Con referencia su artículo escrito en conjunto con Esperanza Tuñon-Pablos, Martha Villaseñor-Farías, Guadalupe del Carmen Álvarez-Gordillo y Ronald Nigh-Nielsen, titulado “*Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas chontales de Tabasco, México*” enviado para ser valorada su publicación en la revista ***Población y Salud en Mesoamérica***, me permito informarle que el mismo ha sido aprobado luego de realizadas las correcciones solicitadas y será publicado en el volumen 9, número 2, enero – junio del 2012.

Agradeciendo su interés en nuestra publicación, se suscribe muy atentamente



M.Sc. Ricardo Chinchilla Arley  
Editor  
Revista electrónica “Población y Salud en Mesoamérica”

cc. Archivo

---

Universidad de Costa Rica ~ San José 2060, Costa Rica ~ Internet: <http://ccp.ucr.ac.cr>  
Tel. (506)25111452, 25114803 ~ Fax (506) 25114809 ~ Email: [richar@ccp.ucr.ac.cr](mailto:richar@ccp.ucr.ac.cr)

## **CAPITULO 4**

### **CONCLUSIONES**

Los organismos como la OPS y la OMS, consideran que tanto el sobrepeso como la obesidad son enfermedades y factores de riesgo para contraer otras enfermedades crónicas no transmisibles. Los resultados en nuestro estudio, muestran que esta forma de concebir a estas dos condiciones no es compartida por los hombres y mujeres de la etnia chontal. De hecho estas personas parecen no conocer la palabra obesidad, para referirse a una persona que tiene un cuerpo con sobrepeso, ellos y ellas utilizan la palabra gordo, gorda o grande.

Asimismo, cuando se exploró como veían al cuerpo gordo dentro de su comunidad, encontramos que, a pesar de la medicalización que existe en sus vidas, ellos consideran que ser o estar gordo es un signo de buena salud, alegría y bienestar. Mientras que por el contrario, perder peso se asocia con la presencia de enfermedad grave, como la diabetes mellitus 2 (hay que recordar que uno de los primeros síntomas visibles de esta enfermedad es la caída del peso corporal). Siguiendo esta lógica de pensamiento, hombres y mujeres consideran que no es deseable perder peso en ningún momento de la vida.

Por otro lado, cuando se indagó si ellos consideraban que ser o estar gordo era estar enfermo, la respuesta más comúnmente expresada, fue que las

personas son gordas porque así son sus padres, entonces no es posible que sea una enfermedad, además de que, señalaron, que cuando una persona está enferma está triste y sin ganas de hacer las cosas.

Creemos que detrás de esta expresión subyace un concepto de salud como capacidad funcional (Blaxter & Paterson, 1982), es decir, la capacidad para cumplir los roles sociales y el trabajo como principal criterio de salud. Esta concepción de la salud nos hace comprender por qué entre estas personas el cuerpo gordo u obeso no es signo de enfermedad. También se ha señalado que esta forma de caracterizar y dar significado a la salud como capacidad funcional, se observa más entre las personas que viven en pobreza, como es el caso de nuestros informantes (Castro, 2000).

En este sentido, consideramos que el significado, tanto de la palabra obesidad como del cuerpo con sobrepeso, varía dependiendo del contexto cultural de que se trate. Por ejemplo en poblaciones urbanas como la estadounidense, un cuerpo obeso o con sobrepeso es indeseable, insano y carente de atractivo sexual (Sobal & Maurer, 1999) mientras que para los estadounidenses afroamericanos representa salud, prosperidad, deseabilidad sexual o riqueza (Davison & Knalf, 2006).

Los resultados de nuestro estudio muestran que el significado del cuerpo con sobrepeso y obesidad, difiere del que los proveedores del cuidado de la salud le dan, lo que refleja las implicaciones culturales del uso del término. Como

consecuencia de esta discrepancia es altamente probable que los mensajes de promoción de la salud dirigidos al control de peso corporal entre la población indígena Chontal y particularmente entre las mujeres de esta etnia, no encuentren la resonancia que se espera.

Esta situación se torna complicada dado que las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, se están presentando cada vez más frecuentemente entre esta población y más entre las mujeres. Esta situación es similar a la reportada para otras poblaciones indígenas de América Latina (Boissonet, et al 2011; Vallengia, et al, 2010; Uauy, et al, 2001).

El rol de género que la cultura Chontal asigna a sus mujeres así como la violencia que enfrentan por parte de sus parejas, aunado a la pobreza y al confinamiento al trabajo doméstico, pueden aportar elementos para la comprensión del fenómeno de aumento de peso corporal de estas mujeres así como la consecuencia esperada de la presencia de diabetes mellitus 2.

Otro hallazgo es el que se refiere al significado compartido por las mujeres de que es normal ser gorda después de casarse y tener hijos, y que entre más hijos tenga una mujer, más gordo será su cuerpo. Sin embargo, ellas no consideran que esta gordura tenga alguna responsabilidad en la presencia de la diabetes que padecen. La explicación que dan para este padecimiento, es que se deriva del susto que se presenta por el alcoholismo y la violencia que sus parejas ejercen contra ellas. En consecuencia, vivir y dormir con el susto, traerá más

adelante la diabetes. La información expuesta líneas anteriores pone en evidencia las profundas desigualdades sociales y de género que enfrentan los hombres y las mujeres de esta etnia.

Consideramos que es necesario que tanto investigadores como proveedores del cuidado de la salud comprendan el significado y uso del concepto de obesidad que le dan las personas dentro de la cultura indígena, a fin de conseguir el desarrollo de estrategias de prevención y atención culturalmente apropiadas.

Creemos que el discurso médico relacionado con las medidas de prevención y/o control del cuerpo con sobrepeso u obesidad es plausible, no obstante, en esta comunidad indígena esta fuera de contexto, resulta ajeno a la cotidianidad de los y las indígenas chontales, quienes, a pesar de convivir con la medicalización no consideran a la “gordura” una enfermedad o una amenaza para su salud, en los términos en que la moderna medicina científica la propone.

Por otro lado las normas culturales de esta etnia, relacionadas con la actividad física (específica por sexo) y los cambios dietarios derivados de fuerzas sociales externas, así como el agotamiento de los recursos naturales, son factores que contribuyen a comprender el aumento de sobrepeso en esta población y particularmente entre las mujeres. Estos hallazgos son compatibles con los reportados por Trembay, et al (2005) quienes encontraron que, entre la población

indígena de Canadá, se están presentando altas tasas de obesidad y diabetes mellitus.

Todo lo anterior supone un reto para los profesionales de la salud y para los sistemas de salud ya que la salud de los pueblos indígenas no puede ser vista simplemente como un problema de salud, sino que es necesario contemplar a la población en relación con el medio ambiente y el contexto sociopolítico en el que desarrolla su vida (Montenegro y Stephens, 2006). La étnica chontal ha vivido por años unida a los recursos naturales, hoy altamente degradados con implicaciones para la modificación de las dietas tradicionales que a su vez repercuten en las tasas de obesidad y enfermedades crónicas.

## BIBLIOGRAFIA

- Blaxter.M and Paterson.S (1982) Mothers & daughters: A three-generation study of health, attitudes & behaviour London. Heinemann Educational.
- Boissonnet, C., Schargrodsy, H., Pellegrini, F., Macchia, A. Marcet-Champagne, B. Wilson, E., Tognoni G. (2011). Educational inequalities in obesity, abdominal obesity, and metabolic syndrome in seven Latin American cities: the CARMELA Study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 18 (4). 550-556.
- Davidson, Maryanne; Knalf, A. Kathlen (2006): Dimensional analysis of the concept of obesity. *Journal of advanced Nursing* 54(3), 342-350.
- Montenegro R. A. & Stephens C. (2006) Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Indigenous Health* 2. *The lancet* (363): 1859-1869
- Sobal J. & Maurer D. (1999) Interpreting weight: the social management of fatness and thinness. Aldine de Gruyter. New York
- Tremblay S.M. Pérez, E. C.. Ardern, I. Ch., Bryan, N S. Katzmarzyk, T. P. (2005) Obesity, overweight and ethnicity. *Health Reports* (16) 4:23-34.
- Uauy R., Albala C. y Kain J. (2001) Obesity Trends in Latin America: Transiting from Under- to Overweight. *The Journal Nutrition*. 131(3),8935-8995.
- Valeggia, C. R., Burke, K. M., Fernandez, D. E. (2010) Nutritional status and socioeconomic change among Toba and Wichi´ populations of the Argentinean Chaco. *Economics and Human Biology* (8) 100–110.



## EL COLEGIO DE LA FRONTERA SUR COMITÉ DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, 4 octubre 2010  
Of. No. 003/2010

Marcelina Cruz Sánchez  
Estudiante Doctorado en Ecología y Desarrollo Sustentable  
ECOSUR Villahermosa  
P R E S E N T E

Posterior a la revisión por parte del Comité de Ética para la Investigación (CEI) y de personas expertas en el tema de su protocolo de investigación: **“Significado social del sobrepeso y la obesidad en población indígena de Tabasco**, que tuvo a bien hacer llegar a este Comité, con base en el capítulo VI, artículo 20 del Reglamento del CEI de El Colegio de la Frontera Sur, el Comité en pleno dictaminó lo siguiente:

APROBARLO

Se extiende la presente para los fines académicos que requiera la solicitante.

Atentamente

MC Rolando Tinoco Ojanguren  
Secretario Técnico del CEI

ccp. Dra. Esperanza Tuñón Pablos (Tutora)  
ccp. Comité de Ética para la Investigación  
ccp. Archivo

**EL COLEGIO DE LA FRONTERA SUR**

San Cristóbal Tapachula Chetumal Villahermosa Campeche  
Carretera Panamericana y Periférico Sur s/n. Barrio de María Auxiliadora. CP 29290.  
San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Tel: (967) 674.9000. Fax: (967) 674.9021.

[www.ecosur.mx](http://www.ecosur.mx) [etica@ecosur.mx](mailto:etica@ecosur.mx)

