



## **El Colegio de la Frontera Sur**

**Percepciones y motivaciones en individuos con sobrepeso y obesidad y su influencia para el control de peso en San Cristóbal de Las Casas.**

**TESIS**

**Presentada como requisito parcial para optar el grado de Maestra en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural**

**Por**

**Nisadó Paloma Sofía Matus Lerma**

**2014**

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a mi familia, quienes siempre me han brindado su apoyo y amor y me han enseñado que mis sueños y metas no tienen límites y que con mi pasión, esfuerzo y dedicación puedo lograr todo lo que me proponga.

A mi pareja y compañero, Jorge Martínez, a quien amo con todo mi corazón y con quien comparto este camino llamado vida, por su apoyo y amor incondicional, el cual cada día me inspira para seguir creciendo como persona y profesional.

A mi hija Valentina, la cual amo inmensamente y que desde mi vientre me ha acompañado en cada palabra y cada hoja desde hace siete meses y me motiva cada día a dar todo de mí.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a todas las personas que contribuyeron para la realización de esta tesis de manera directa o indirectamente, en la que participaron leyendo, opinando, corrigiendo, aclarando ideas y animando.

A mi comité tutorial conformado por la Dra. Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo, la Dra. Austreberta Nazar Beutelspacher y al M. en C. Rodolfo Mondragón Ríos por su guía, sus observaciones y comentarios valiosos durante el proceso de elaboración de la investigación.

A mis sinodales conformados por el Dr. Fernando Limón Aguirre, por su calidez humana, por su tiempo y observaciones minuciosas que enriquecieron el trabajo final de la tesis, a la Dra. Stefanie Sofía Salazar Delgadillo por sus observaciones y reflexiones que permitieron fortalecer el escrito y a la Dra. Georgina Sánchez Ramírez por sus observaciones al documento final.

A mi madre Paloma Lerma Bergua por el tiempo dedicado a escuchar mis reflexiones, dudas y enredos en el proceso de escritura de la tesis así como haber contribuido en la revisión de redacción y estilo de la última versión del artículo.

A Lucrecia y Joselito por su compañía, amistad y cariño. Ha sido extraordinario haberlos encontrado en este camino de maestría. Gracias por todo el apoyo y los buenos momentos vividos y los que aún están por venir.

A los médicos y nutriólogos de las instituciones de salud y consultorios privados de nutrición que amablemente y con amplia disponibilidad me permitieron acceder a sus pacientes y realizar ésta investigación.

A los participantes de éste estudio, ya que sin ellos no hubiera sido posible, que con su tiempo y amabilidad abrieron su corazón y expresaron sus más íntimas experiencias y vivencias para contribuir con la investigación.

Al CONACYT (Consejo Nacional de Ciencia y la Tecnología) por el financiamiento que me fue otorgado para mis estudios de posgrado y a las personas que contribuyeron con sus impuestos para que mi beca fuera posible.

A El Colegio de la Frontera Sur por la oportunidad para realizar la Maestría en Recursos Naturales y Desarrollo Rural.

Gracias a todos.

## ÍNDICE

<b>CAPITULO I</b> .....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
ANTECEDENTES.....	8
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	24
OBJETIVOS Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	26
<b>CAPITULO II</b> .....	27
ARTÍCULO: PERCEPCIONES DE ADULTOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SU INFLUENCIA PARA EL CONTROL DE PESO EN SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS.	
<b>CAPITULO III</b> .....	63
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES.....	66
LITERATURA CITADA.....	69
ANEXOS.....	77

## **CAPITULO I**

### **Introducción**

El sobrepeso y la obesidad se han considerado un problema de salud a nivel nacional y estatal, refiriéndose a la obesidad como una epidemia mundial, con cifras alarmantes asociada al riesgo de padecer diversos problemas de salud. La OMS (2012) define al sobrepeso como un exceso de peso en relación con la estatura del individuo cuando tiene valores entre 25 a 30 de Índice de Masa Corporal (IMC), por encima de este valor se considera obesidad, definida como una acumulación excesiva de grasa que puede traer perjuicios a la salud.

Su etiología es multifactorial y por lo tanto el abordaje de la misma es sumamente complejo, por lo que es necesario el desarrollo de estrategias integrales para su reducción. Las políticas gubernamentales no han tenido un impacto significativo para reducir el porcentaje de personas con obesidad ya que las cifras de obesidad van en aumento año con año. Los programas para combatir el exceso de peso se han enfocado en promover un mayor consumo de frutas, verduras, agua, a la disminución de azúcares y grasas así como el aumento de actividad física (Barquera et al 2012a) y a la prevención, sin embargo existe un gran reto para que la población actual con sobrepeso y obesidad obtengan y se mantengan en un peso saludable y no generen otras enfermedades concomitantes.

El presente estudio se enfocó en analizar las percepciones y motivaciones de adultos con sobrepeso y obesidad que influyen en la consulta nutricional, así como identificar los diversos factores y barreras que no les permiten llegar a un peso saludable, con la finalidad de que sirvan como precedente para el desarrollo de estrategias de intervención más efectivas en el futuro. Las percepciones son elementos clave para comprender cómo se percibe la figura

corporal, la enfermedad y el riesgo de ésta (Royo, 2013), la percepción de las causas que originó su padecimiento, los impedimentos y los motivos para adelgazar influirán en llevar a cabo o no acciones en pro de su salud.

## **ANTECEDENTES**

A nivel mundial se ha incrementado el sobrepeso y la obesidad según la OMS (2014a), de mil 400 millones de adultos que tenían sobrepeso y 200 millones de personas que padecían obesidad en el 2008 a mil 700 millones de personas adultas que tenían sobrepeso y 312 millones que sufrían de obesidad en el 2010. Estados Unidos ocupa el primer lugar con 100 millones de personas con sobrepeso y obesidad, en la Unión Europea se estima que 200 millones de personas son obesas y en México por medio de la Encuesta Nacional de Salud de Nutrición se estima que 52 millones de personas tienen esta enfermedad ocupando el segundo lugar a nivel mundial (Gutiérrez et al 2010).

A nivel nacional se ha observado también un incremento de la prevalencia de obesidad del año 2000 al 2012 en el que aumentó de un 24% a un 32.4% y de sobrepeso de un 29.7% a un 38.8%, (INSP, 2007).

En Chiapas para el año 2006 la prevalencia de obesidad en adultos era del 48.1% y para el año 2012 aumentó al 50.8%. 6 de cada 10 hombres y 7 de cada 10 mujeres lo padecen (Barquera et al, 2012a). La primera causa de muerte en Chiapas son las enfermedades crónico-degenerativas, la diabetes mellitus ocupa el primer lugar, seguido por las enfermedades isquémicas del corazón relacionadas con la obesidad y en tercer lugar las enfermedades del hígado (INEGI, 2010).

La obesidad es una enfermedad en la que diversos factores influyen de manera directa e indirecta para su desarrollo y perpetuación. Dentro de las causas macro estructurales se encuentra el ambiente obesogénico actual caracterizado según Ortiz y Álvarez (2009) como un entorno físico, económico, social y cultural de la mayoría de los países industrializados, en el que juegan un papel muy importante para promover la obesidad. Estos entornos se caracterizan por inducir un consumo energético elevado de calorías.

No sólo no se promueve la actividad física, si no por el contrario se induce a la inactividad. Si bien el ambiente obesogénico no es determinante, pues no todas las personas que viven en estos ambientes sufren de obesidad y hay que tomar en cuenta los comportamientos individuales y los factores socioculturales entre otros, tiene una gran influencia en la generación del padecimiento (Ortiz y Álvarez, 2009).

El núcleo familiar así como las interacciones sociales son considerados un factor decisivo para la creación de hábitos, conocimientos y costumbres alimentarias. Costa y Gil (2004), mediante encuestas a hogares españoles observaron cómo las actividades sociales tienen un efecto sobre los niveles de obesidad. Rodríguez (2010) observó que los hábitos alimenticios heredados de generación en generación, así como la influencia del comportamiento alimentario de las amistades con el mismo padecimiento influían en el IMC de las personas del estudio. Así mismo encontraron que la imagen que las personas perciben de sí mismas está influenciada por las normas e interacciones sociales, la familia, las decisiones de las personas en cuanto a la calidad y cantidad de alimentos que consumen, así como el peso e imagen que desean tener.

Dentro de las causas internas se encuentran los factores psicológicos, los cuáles se llevan a cabo mediante diversas emociones y comportamientos que influyen en la sobrealimentación y cambios metabólicos. De acuerdo con Silvestri (2005) consumir

alimentos para reducir estrés, ansiedad, o tristeza son un recurso individual muy utilizado en la actualidad, si se vuelve una costumbre puede contribuir al aumento del Índice de Masa Corporal. Si la causa de la ansiedad no es identificada y se continúa con el mecanismo de comer para mitigarla, afectará gravemente el peso de la persona. Así mismo los alimentos pueden adquirir ciertos valores emocionales en donde la calidad de éstos no es considerada, sino más bien el valor afectivo-emocional que se le otorga, por lo cual satisface una necesidad psicológica más que nutricional.

Otro factor importante que influye en el aumento de peso, es el desequilibrio en el ciclo alimentario, ignorando las señales de hambre y saciedad. Un ciclo alimentario normal está conformado por cuatro etapas, hambre, ingesta, saciedad y abstinencia. En el momento en que se perciben las sensaciones de hambre se deberá buscar alimentos para iniciar la ingesta y abstenerse de consumirlos una vez que se perciben las sensaciones de saciedad, hasta el nuevo aviso de las señales fisiológicas del hambre y así sucesivamente (Sananes, 2006).

El hambre nos indica en qué momento es necesario consumir los alimentos, el cual es percibido como una sensación de vacío en el estómago, ruidos, languidez, etc. cada persona puede identificarlo de manera distinta (Sananes, 2006). A diferencia del hambre se encuentra el apetito, el cual Ramos (2002) lo define como un antojo o el querer consumir un alimento específico determinado más bien por una cuestión psicológica y no por una necesidad fisiológica, el cual puede presentarse en ausencia de hambre.

La saciedad es una señal fisiológica que nos indica cuándo debemos detener la ingesta de alimentos ya que el organismo ha quedado satisfecho y por el momento ya no necesita comer más, ésta puede ser percibida mediante distintas señales, como que la comida cambie

de sabor y se vuelva menos apetecible, por una disminución del deseo inicial de comer, suspirar, entre otras. El consumir alimentos más allá de la saciedad nos lleva a comer en exceso, una vez que llega la señal de saciedad se debe respetar el periodo de abstinencia hasta que llegue nuevamente la señal fisiológica del hambre (Sananes, 2006).

El respetar el ciclo alimentario mediante las señales fisiológicas de hambre y saciedad permite que no haya una sobrealimentación, ni una subalimentación, si no que el organismo consuma justamente lo que requiere. En la actualidad muchas personas consumen alimentos por distintas razones (antojo, por compromiso, por cuestiones emocionales, etc.) que no tienen que ver con el hambre, cuando esto sucede, hace que el ciclo alimentario no funcione adecuadamente y como consecuencia a ello, existe una sobrealimentación perturbando el equilibrio del metabolismo (Sananes, 2006).

A lo largo de la historia, se ha modificado la actividad física de las personas llevándolas cada vez más al sedentarismo, el aumento de transportes motorizados, así como una disminución en la actividad física en los ratos libres y durante las horas de trabajo. El 60% de la población mundial no realiza actividades físicas para obtener un beneficio en su calidad de vida (OMS, 2014b).

Bensimhon et ál. ( 2006) en su estudio sobre el papel de la actividad física en el tratamiento de la obesidad encontraron que si bien el ejercicio como único tratamiento de la obesidad tenía un mínimo impacto en la pérdida de peso, era indispensable para el mantenimiento y la salud cardiovascular; el grupo en el que habían llevado un plan de alimentación de reducción y ejercicio obtuvieron mejores resultados en el mantenimiento de su peso durante un año, que aquel que únicamente llevó el plan de alimentación. Como se ha señalado son distintas variables las que se relacionan para reducir de peso, el ejercicio no

puede ser planteado como única estrategia para la prevención o modificación de la obesidad, sin embargo es importante considerarlo para mejorar la salud de las personas.

### **Proceso de sobrepeso u obesidad a peso saludable**

Existe una transición nutricional influenciada por el modelo económico industrial, en el que el crecimiento de la economía es su objetivo principal con lo cual se promueve un cambio en la conducta de los individuos en cuanto a sus actividades y el acceso a los alimentos (Wells, 2008). El consumo excesivo de alimentos chatarra y comida rápida (alimentos que se preparan y sirven en un corto tiempo, por lo regular previamente procesados con un alto valor calórico en grasas saturadas, azúcares y/o sal, que contienen conservadores, colorantes y saborizantes) favorecen el desarrollo del sobrepeso y la obesidad, así como enfermedades asociadas (Quintana, 2011). El estilo de vida y los hábitos alimenticios han cambiado, y en consecuencia el consumo elevado de energía y nutrientes de mala calidad que influyen en un incremento del peso corporal. De acuerdo a la OMS en México hay un gasto de 240 millones de pesos en comprar comida chatarra a diferencia de 10 mil millones de pesos en la compra de alimentos básicos (Oliva- Fragoso, 2007).

En México se han implementado diversas políticas gubernamentales y programas para combatir la obesidad, las cuales fueron elaboradas en una etapa en la que los objetivos principales de intervención se enfocaban en la prevención de la desnutrición. La obesidad aún no se consideraba un problema de salud y por lo tanto no estaba dentro de las prioridades del sistema de salubridad (Barquera et al, 2012a). En el año 2004 México se suma al programa “Estrategia Global de Dieta, Actividad Física y Salud”, posteriormente en el 2009 se implementó el programa “Cinco pasos por tu Salud”, los cuales se proyectaron por

medio de la televisión y la radio en todo el país, sus objetivos se enfocaban en promover actividad física, tomar más agua, consumir más frutas y verduras, así como en la importancia de medirse la cintura como indicador de riesgo (Barquera et al, 2012b).

En el año 2010 se lleva a cabo “El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria”, estrategia contra el sobrepeso y la obesidad (ANSA), los objetivos del programa se enfocaban en fomentar actividad física, consumir más agua, disminuir la cantidad de azúcar y grasas, incrementar el consumo de frutas, verduras, cereales de granos, fibra y consumir alimentos mediante las porciones recomendadas (Barquera et al, 2012b).

En el caso de la región Altos de Chiapas, se han llevado a cabo programas como: “5 pasos por tu salud”, “Orientación Alimentaria” (ISECH, 2009), la “Campaña para combatir la obesidad infantil” (López, 2011), “Chécate, Mídete y Muévete (Secretaría de Salud, 2013) de los cuales podemos deducir que no han tenido hasta ahora un impacto significativo, ya que los datos que se reportan en la actualidad de sobrepeso y obesidad no han mostrado una disminución. Hasta 2014, a nivel nacional y estatal no hay programas que tomen en cuenta las percepciones y motivaciones de la población con sobrepeso u obesidad, como estrategia indispensable para que las personas actúen en pro de su salud.

## **Percepciones**

Desde un punto de vista antropológico, Vargas (1994) menciona que las percepciones son bioculturales ya que dependen tanto de los estímulos del medio físico así como de las sensaciones involucradas. Estos estímulos y sensaciones percibidas se seleccionarán y organizarán dejando aquellas que nos sean útiles y excluyendo las que no deseamos para

ser interpretadas, dándoles significado mediante las pautas culturales e ideológicas de cada individuo adquiridas desde la infancia. Por tanto las acciones están relacionadas con la manera en que nos percibimos a nosotros mismos y a nuestro entorno.

De acuerdo con Camacho (2003) la psicología cognitiva tiene como objeto el estudiar los mecanismos que influyen en el conocimiento, el cual almacena, recupera, reconoce, comprende y usa la información por medio de los sentidos. El modelo cognitivo utilizado por esta rama de la psicología postula que las percepciones que se tienen sobre un evento son influenciadas por las emociones y motivaciones. La psicología cognitiva se interesa por estudiar cómo las personas por medio de las percepciones entienden el mundo en el que viven y cómo es transformada esa información sensorial y usada por medio de la conducta, en la que el proceso de cognición es considerado un “trampolín para la acción”, es decir que la acción está en función de los pensamientos de la persona (García, 2007).

Las autopercepciones acerca de la imagen corporal se establecen por medio de las representaciones del cuerpo que cada persona tiene en sus pensamientos y experiencias en torno a su imagen corporal; ésta imagen del cuerpo está formada por tres aspectos: el perceptual en el cual se determina por medio de la forma, tamaño y peso; el cognitivo-afectivo el cual se manifiesta por medio de emociones, sentimientos y pensamientos acerca del cuerpo y el conductual que son las acciones que las personas realizan en cuanto a cómo se perciben y qué sentimientos tienen acerca de su figura (Zaragoza-Ortiz 2012)

Mendizábal-Delgado (2009) en el estudio “Actitudes y percepciones de mujeres con sobrepeso y obesidad sobre los alimentos y el sobrepeso en un comedor popular” utilizaron el pictograma de Stunkard (elaborado con nueve figuras corporales para el género masculino y femenino; la primera y segunda figura corresponden a un IMC de bajo peso, la tercera y

cuarta a peso normal, la quinta y sexta a sobrepeso y las imágenes 7 a 9 a obesidad) para comparar la autopercepción de la imagen corporal con su imagen real por medio del IMC, en el que las personas del estudio tendieron a subestimar su sobrepeso y no se mostraban motivadas a modificar sus hábitos para reducirlo, aunque si querían bajar, comentaban que sus relaciones sociales así como sus costumbres alimentarias influenciaban en que se mantuvieran con exceso de peso. Así también, Harris et al. (2007) desarrollaron un pictograma representado por diez figuras que corresponden a las categorías de bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad I, obesidad II y obesidad III (Figura 1) para determinar la percepción del peso en hombres y mujeres, el cual tomaba tres aspectos importantes: la percepción acerca de su imagen corporal, la relación entre la imagen real determinada mediante el IMC, la imagen ideal que el individuo deseaba tener y que tan satisfecho estaba con su peso actual. Concluyeron mediante análisis psicométricos que el pictograma elaborado es un instrumento válido y confiable y que la mayoría de las personas de su estudio tanto hombres como mujeres no reconocieron su sobrepeso, por el contrario, se percibían en un peso normal. La obesidad era reconocida únicamente en sus estadios más avanzados, es decir en valores de IMC mayores a 39. En estudios como del de Lara et al. (2012) han manifestado que la percepción de la imagen corporal ha sido un instrumento importante para determinar factores de riesgo de enfermedades crónico degenerativas como el sobrepeso o la obesidad así como para trastornos de la conducta alimentaria (Lara et al., 2012).

En un estudio realizado por Abad et al. (2012) “Percepción de la propia imagen corporal en pacientes obesos o con sobrepeso” mediante la escala de Stunkard, encontraron una discordancia entre la imagen corporal percibida y el peso real, en el que la mayoría de las

personas subestimaron su peso, concluyendo que si las personas con obesidad no se perciben como obesos con los riesgos que esto conlleva no iniciarán un proceso de cambio para llegar a un peso saludable.

La percepción que se tiene acerca de la propia figura corporal y la conciencia que se tenga acerca de los riesgos del sobrepeso y la obesidad determinarán las acciones que las personas lleven a cabo para intentar bajar de peso y cambiar hábitos de alimentación, el primer paso para combatir la obesidad es el reconocimiento de la misma como un problema de salud tanto para las personas que lo padecen como para los profesionales que lo atienden. La consideración del sobrepeso y la obesidad como una afectación sin riesgos para la salud ha dificultado que se tomen las medidas prontas para su tratamiento. En el estudio realizado por Cánovas et al. (2001) acerca de la concordancia entre la autopercepción corporal y el IMC calculado, observaron que las personas con obesidad subestimaron su peso, es decir quienes se identificaron en una categoría menor a su peso corporal, considerándose con sobrepeso y las personas con sobrepeso tanto mujeres como hombres se identificaron con un peso normal, no identificando los riesgos que el exceso de peso genera en su salud.

Padilla et al. (2007) en el estudio "Percepción del peso corporal y estrategias utilizadas para controlarlo, en adultos costarricenses" observó que en el 58% de las personas de su estudio no concordaban entre el peso percibido y el real, habiendo un mayor porcentaje de personas que subestimaban su peso de aquellas que lo sobreestimaban (es decir que se determinaron en una categoría mayor a la de su peso real). Por lo tanto sólo un 20% de las personas habían llevado a cabo su tratamiento para el control de peso; los autores expresan una gran preocupación por las personas que manifiestan no querer hacer algo por su exceso

de peso. La dificultad que tienen algunas personas con sobrepeso u obesidad para que coincida su peso percibido con el real influye en cómo actúan en cuanto a la enfermedad, y se vuelve cada vez más complejo al ser una sociedad que refuerza una figura delgada y propicia la generación de la obesidad.

Cómo perciben las personas con sobrepeso u obesidad y la sociedad en general a la enfermedad es otro factor importante para determinar las acciones que llevarán o no en pro de su salud. En el artículo de Lara et al. (2011) describen cómo madres que tienen hijos con exceso de peso no perciben de manera correcta el peso real de sus descendientes, habiendo una tendencia a subestimarlos y verlos con un peso saludable. No consideran que sea un factor de riesgo para su salud y en consecuencia no buscan modificar hábitos alimenticios ni llevar a cabo un control de peso para ellos.

Algo muy similar sucede con los hombres y mujeres adultos, sin embargo hay muy pocos estudios aún en la población adulta que investiguen acerca de cómo se percibe el sobrepeso, la obesidad y los riesgos de estas enfermedades. En el estudio de Barrio-Mejía (2010) "Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad" encontraron que las personas del estudio subestimaban los riesgos en ausencia de síntomas o molestias y la consideraban un problema de salud si ya tenían colesterol, triglicéridos, presión alta o bien si tenían dolores físicos.

Las percepciones que las personas con sobrepeso y obesidad tengan acerca de su propia imagen corporal, de la enfermedad, si es vista como un problema de salud o un problema estético o de autoestima, si perciben o no los riesgos del exceso de peso, son factores cruciales para determinar las acciones que llevarán o no a cabo para mejorar su salud.

## **Motivaciones**

González (2008) en su libro “Psicología de la motivación” nos dice que las motivaciones son consecuencia de las percepciones, las cuales están directamente relacionadas con las conductas. El concepto de motivación se ha ido desarrollando a través de la historia, los primeros intentos por explicarla vienen de los pensadores griegos: Epicuro decía que la búsqueda del placer y la evitación del dolor eran los determinantes de la motivación, Sócrates quería entender la búsqueda de la felicidad del hombre, Aristóteles determinó que las conductas de las personas estaban relacionadas con sus sentimientos. Posteriormente se abordó el estudio de la motivación desde diversos enfoques, como el biólogo, conductista, psicoanalista, humanista, cognitivista y marxista.

El enfoque psicoanalista describía que las motivaciones eran instintivas e inconscientes y se relacionaban con evitar o aumentar el placer; el enfoque conductista se enfocaba en el proceso de aprendizaje, en el cual los motivos influían en la conducta; el enfoque cognitivista hacía énfasis en el aprendizaje significativo, por lo cual el conocimiento tenía que estar relacionado con las emociones de la persona; el humanista se enfocaba en el concepto de la personalidad, proporcionando un papel activo al individuo y conciencia para regular sus comportamientos (González, 2008).

González (2008) define a la motivación como el conjunto de procesos internos que se transforman y se determinan por las actividades externas del individuo con la finalidad de satisfacer necesidades propias. En la psicología de la motivación todos los procesos mentales (percepciones, memoria, pensamientos, emoción, sentimientos, etc.) reflejan cómo la persona observa el mundo y en consecuencia cómo actúa, fortaleciendo o debilitando la intensidad del comportamiento. Las motivaciones serán entonces la fuerza que activa, dirige

y mantienen nuestras acciones, que guían hacia un objetivo, meta o actividad. Por lo tanto son elementos clave para el cambio de conductas en la salud de las personas.

Se han utilizado distintos modelos y teorías para explicar la motivación humana, como la Teoría de la Autodeterminación (TAD) propuesta por Deci y Ryan (1985) que determina el grado de motivación a medida de que los individuos se involucran o no con sus actividades, tomando en cuenta mecanismos psicológicos que regulan el comportamiento. Esta teoría analiza qué tanta motivación existe en las personas para realizar acciones y qué tipo de motivación los está impulsando.

La Teoría de la Autodeterminación, establece tres etapas: 1) La desmotivación: Definida por los autores como la ausencia de la motivación para poder realizar alguna actividad; en este estado, los individuos difícilmente llevarán a cabo actividades para cumplir su meta; 2) La motivación extrínseca es cuando el individuo realiza una acción para obtener un resultado que puede separarse de la actividad misma. Dentro de la motivación extrínseca se encuentra la regulación externa: la cual se refiere a que la actividad se realiza motivada por una presión u obligación por factores externos como castigos o recompensas; la regulación introyectada: la cual se refiere a que las razones externas han sido interiorizadas y la acción se realiza por pena, culpa, vergüenza, ansiedad; La regulación identificada: es aquella que es más congruente con sus metas personales, sus valores, su identidad, en la que la persona tiene mayor capacidad de elección y la regulación integrada: en la que no sólo se observa como un significado personal, sino que se integra y se identifica con un sistema de valores y convicciones que hacen que pueda llegar a ser muy motivador. 3.-La motivación intrínseca es la que se realiza por el interés que despiertan estas actividades por sí solas (Deci y Ryan, 1985).

Se han realizado Diversos estudios (Moreno et al. (2007), Sánchez et al. (2011), Moreno et al. (2009)) con el propósito de identificar los motores que impulsan diferentes actividades en las que han utilizado la TAD, en la mayoría enfocados a la práctica de actividad física. Sin embargo es importante considerar a la Teoría de la Autodeterminación para determinar el grado y tipo de motivación que tienen las personas con sobrepeso y obesidad para llevar a cabo un control de peso.

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

El Modelo Transteórico describe seis etapas en las que se encuentran los individuos y en las que van avanzando de manera gradual para conseguir un objetivo o meta. En la primera etapa, de *pre contemplación*, la persona no está motivada y no tiene ningún interés de realizar modificaciones en su estilo de vida por lo menos en los próximos seis meses. Ya sea porque no cuenta con la información sobre las implicaciones a corto, mediano o largo plazo que tiene su comportamiento en cuanto a su enfermedad o bien porque lo han intentado anteriormente y han fracasado tantas veces que ya no quieren intentarlo de nuevo. En la segunda etapa, de *contemplación* ya empiezan a percibir que hay un problema y conocen los pros de cambiar su comportamiento, sin embargo aunque ya se considera un cambio no se asume un compromiso formal a realizarlo puesto que para lograrlo y dejar hábitos actuales se requiere de un gran esfuerzo y el peso de dejarlos es muy grande aún para ellos. Piensan cambiar algún día pero no saben cuándo. En la tercera etapa de *preparación para la acción*

ya se asumió que existe un problema, se pensó en cómo actuar para solucionarlo y se activó la planificación para cambiar comportamientos en donde se realizan pequeños cambios, ya se tiene el compromiso para modificar sus comportamientos en un corto plazo. En la cuarta etapa de la *acción* el individuo está completamente motivado para iniciar con el desarrollo de nuevos comportamientos. Existe una gran valoración de los pros del cambio, si el individuo no se mantiene motivado e impulsado puede regresar fácilmente a etapas anteriores o por el contrario si sigue con una motivación continua le permitirá llegar a su objetivo. En la quinta etapa, la de *mantenimiento* es en la que se mantiene ese nuevo comportamiento por seis meses o más, ya empieza a verse una estabilidad y un cambio observable en el que se pretende mantener los cambios modificados y en la sexta y última etapa de *terminación* se llega a un cambio sostenible en la que hay una posibilidad pero en menor grado de regresar a etapas anteriores (Cabrera, 2000).

Para ir avanzando por estas etapas son necesarios los procesos de cambios, los cuales están compuestos de estrategias y técnicas afectivas, experienciales y comportamentales, en las que es necesario que el individuo esté altamente motivado e impulsado para que se realice con éxito el cambio de comportamiento (Cabrera, 2000).

Al haber motivación existe la voluntad de cambio y únicamente con ésta se puede pasar a la acción. Villalobos et al. (2012) evaluaron instrumentos para el cambio de hábitos relacionado con el control de peso mediante el Modelo Transteórico midiendo el apego y la eficacia al tratamiento por medio de cuestionarios para determinar en qué etapa de cambio se encontraban y por lo tanto qué tan motivados estaban en el control de peso, con lo que concluyeron que contar con instrumentos que evalúan las acciones relacionadas con el control de peso optimizaba la consulta nutricional. Otro estudio elaborado por Kummel et al.

(2004) “Etapas de cambio para el mantenimiento de peso en el posparto” utilizando el MT, observaron que aquellas personas que estaban en la etapa de acción llevaron a cabo actividades en pro de su salud como realizar actividad física y evitar alimentos ricos en grasas, que aquellas que se encontraban en una etapa de contemplación. La importancia de conocer en qué estadio motivacional se encuentran las personas con sobrepeso u obesidad, permitirá que aquellos en etapas de pre contemplación o contemplación se les guíe hacia la acción, comprendiendo así que dependiendo en qué etapa se encuentren serán las acciones que llevarán o no a cabo en la mejora de su salud.

Brosens (2009) en el estudio “Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad” concluye que es de gran importancia que el personal de salud que atiende a personas con sobrepeso u obesidad acorte el tiempo de evaluaciones clínicas y se tome un tiempo considerado para identificar la motivación, los motivos para bajar de peso, las barreras que se les están presentando y la insatisfacción, buscando soluciones con la participación activa del paciente, ya que el sentimiento de abandono y la desmotivación en el control de peso son muy comunes, por lo tanto esto sería crucial para que los pacientes llegaran a su meta y se mantuvieran en un peso saludable.

Una vez identificados los motivos por los cuales las personas con sobrepeso y obesidad quieren bajar de peso o bien si están completamente desmotivados o existe ambivalencia entre querer o no realizar un cambio en su estilo de vida, existen herramientas que permiten al personal de salud llevar a cabo estrategias más eficaces para guiar al paciente en el proceso de control de peso. Rollnick-Miller (1996:3) define a la entrevista motivacional como “un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente para provocar un cambio en el comportamiento ayudando a los clientes a explorar y resolver ambivalencias”. El personal de

salud tiene la tarea de promover el cambio de hábitos de alimentación, así como actividades relacionadas a mejorar su salud, evaluar e indicar el tratamiento acorde a la persona en cuestión, lo cual se realiza en la mayoría de las instancias de salud por medio de la entrega de información creyendo que al hacerles saber todos los efectos negativos y consecuencias que puede tener los pacientes harán un cambio inmediato, sin embargo no siempre es así, ya que están dejando de lado un factor importante, la motivación del paciente (Pérez y Gómez, 2009).

Las motivaciones de las personas se entrelazan entre ideas, sentimientos, experiencias, comportamientos mediados por diversos factores como la historia de vida de la persona, las aspiraciones personales y sociales, la personalidad, la información obtenida, etc. (Pérez y Gómez, 2009). Por lo tanto es poco probable que únicamente con la entrega de información acerca de los cambios que debe hacer, los beneficios y consecuencias se lleve a cabo un control de peso exitoso.

Las percepciones y motivaciones son claves para la determinación de la acción que se va a realizar y que dan como consecuencia las diferentes prácticas alimentarias de los individuos. Las estrategias de control de peso que se basan únicamente en llevar a cabo planes de alimentación para cambiar sus prácticas alimentarias, o las indicaciones de consumir más frutas y verduras, menos sal y azúcar y tomar más agua que indican las campañas para combatir la obesidad no son suficientes, sí las personas no perciben que tienen un problema de salud no iniciarán un control de peso y sí no están motivadas dejarán de acudir a los servicios de salud y consultorios para seguir en la misma situación o intentando diversos tratamientos una infinidad de veces.

Por lo tanto, es importante que las estrategias de cambio no vengan únicamente de especialistas en el tema de la obesidad, si no del punto de vista de los individuos que la padecen y junto a ellos ir resolviendo sus barreras y avanzando hacia la meta.

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y JUSTIFICACIÓN**

Tomando en cuenta que la obesidad tiene múltiples causas con ciertos grados de complejidad se esperaría que las estrategias de acción para combatirla fueran cuidadosamente elaboradas e integrales. Sin embargo se ha pretendido contrarrestarla mediante el control de la alimentación y el fomento de la actividad física, los cuáles son factores importantes para la modificación de hábitos saludables, sin embargo han sido insuficientes tanto en la información como en la forma de abordaje y los porcentajes de sobrepeso y obesidad lo confirman incrementándose año tras año.

Las percepciones tienen una influencia considerable en las motivaciones y éstas a su vez determinarán las acciones que se convertirán en comportamientos. Es indispensable entonces conocer previamente las percepciones que tienen las personas con sobrepeso u obesidad acerca de la enfermedad y su figura corporal para identificar si para ellos el tener un exceso de peso es percibido como una enfermedad, con los riesgos que ésta conlleva o por el contrario no se percibe como un problema y por lo tanto no se busca una solución. Así también identificar cuáles son los motivos que impulsan a las personas a bajar de peso nos permitirá comprender qué acciones llevan a cabo, por cuánto tiempo, si llevan un tratamiento o no al pie de la letra y por qué no se logra un control de peso exitoso.

Las políticas gubernamentales pueden tener un impacto importante y ser más efectivas a nivel social si se tiene un conocimiento previo de cuáles son las percepciones, hábitos, costumbres, comportamientos, motivaciones de las personas con sobrepeso y obesidad y a qué problemáticas se enfrentan para modificar prácticas alimentarias y bajar de peso.

La investigación en obesidad se ha enfocado en elaborar estadísticas y determinar las causas de la obesidad, en su mayoría en población infantil. Sin embargo hay un número limitado de estudios que analicen las percepciones, dificultades, limitantes y motivaciones que influyen en el control de peso y que llevan a realizar o no una acción en pro de su salud entre la población adulta. Lo que permitiría una mayor comprensión para proponer estrategias desde un enfoque integral que incluyan aspectos psicológicos y sociales (Ruiz y Ruiz, 2006).

En la ciudad de San Cristóbal de Las Casas se ha llevado a cabo un proceso de desarrollo y cambios socioculturales así como una intensificación de la industrialización que ha influenciado en una modificación de conductas en cuanto a los hábitos alimentarios que se asocian con el incremento de enfermedades como la obesidad y ésta a su vez relacionada con diversas enfermedades, como la diabetes y las enfermedades isquémicas del corazón que ocupan la primera y segunda causa de muerte en Chiapas (INEGI, 2010). En la ciudad se centran actividades administrativas, políticas, financieras y así mismo brinda servicios de salud y oportunidades de trabajo, en consecuencia ha habido una movilización de población de áreas rurales hacia la ciudad. Así también, ha sido un punto de atracción turística y migración de extranjeros quienes en su mayoría han puesto establecimientos de alimentos, transformando también la mecánica económica y cultural de la localidad. Esta diversidad de grupos étnicos, presentan múltiples prácticas socioculturales, en donde convergen modos de

vida, hábitos y costumbres alimentarias diferentes que enriquecen el análisis del fenómeno (Palacios, 2010).

### **OBJETIVOS Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Analizar las percepciones y motivaciones que influyen en el control del sobrepeso y la obesidad en personas adultas en un periodo de seis meses, que estén acudiendo a los servicios de salud públicos del IMSS y de la Secretaría de Salud y privados con mayor afluencia de pacientes con ese padecimiento en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Analizar las percepciones y motivaciones de personas con sobrepeso y obesidad que no estén asistiendo a consulta nutricional ni estén llevando a cabo planes de alimentación para reducir de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Describir los factores sociales que contribuyen a la autopercepción de la figura corporal, de la enfermedad y los hábitos alimenticios y cómo éstos son un factor decisivo en la motivación para realizar o no una acción relacionada al control de peso.

Por lo tanto las pregunta centrales de la investigación, son:

¿Cuáles son las percepciones y motivaciones de las personas con sobrepeso y obesidad y su influencia para el control de peso en personas que acuden a centros de salud públicos y consultorios de nutrición privados, en San Cristóbal de Las Casas?

¿Cuáles son las percepciones y motivaciones de las personas con sobrepeso y obesidad que no están acudiendo a una asistencia nutricional, en San Cristóbal de Las Casas?

¿Qué factores contribuyen en la autopercepción de la figura corporal, la enfermedad y los hábitos alimenticios en personas con sobrepeso u obesidad?

## **CAPITULO II**

### **ARTÍCULO: Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia para el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.**

Nisadó Paloma Sofía Matus Lerma, Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo, Austreberta Nazar Beutelspacher y Rodolfo Mondragón Ríos.

#### **Resumen**

El objetivo de esta investigación fue analizar los factores que contribuyen a la autopercepción de la figura corporal, la enfermedad y los hábitos alimenticios en personas con sobrepeso u obesidad y comprender cómo las percepciones influyeron en la motivación y acciones relacionadas con el control de peso. El estudio se realizó mediante un encuadre metodológico que combinó aspectos de tipo cualitativos y cuantitativos para identificar factores socioculturales que limitan el control de peso: la autopercepción de la figura corporal, de la enfermedad y su riesgo en ausencia de síntomas o molestias, el consumo de alimentos mediante las señales fisiológicas de hambre y saciedad, las herramientas para el control de alimentos por cuestiones emocionales y la importancia de la influencia familiar.

**Palabras clave:** Obesidad, sobrepeso, percepciones, motivaciones, control de peso.

#### **Abstract**

The objective of the research was to analyze factors contributing to self-perception of body shape, disease and food habits in individuals with overweight or obesity and to understand how perceptions influenced the motivation and actions related to weight control. The study was conducted using a qualitative and quantitative approach to identify social and cultural factors limiting weight control: Perception of their own body shape, disease, and risk of

disease in absence of symptoms or discomfort, the response to physiological signals of hunger and satiety, and the control tools for food intake related to emotional issues and the importance of family influence.

**Key words:** Obesity, overweight, perceptions, motivations, weight control.

## **Introducción**

Durante mucho tiempo la obesidad y el sobrepeso no fueron considerados ni como enfermedad ni como condición de riesgo. En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) la define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede causar un perjuicio para la salud (OMS, 2012). Los servicios de salud puntualizan que la causa principal de la obesidad es un consumo excesivo de calorías y una disminución de actividad física y por lo tanto las estrategias de tratamiento se dirigen a estos aspectos (Contreras, 2005). Este enfoque es limitado ya que la definición médica de obesidad puede diferir de la interpretación social e individual (Montero, 2001), ya que depende de la percepción de las personas acerca de su cuerpo y de la noción acerca de su relación con el estado de salud o enfermedad. Así, la percepción del cuerpo en personas con sobrepeso y obesidad puede depender entre otros de los factores estéticos que en consecuencia guiarán las estrategias personales a seguir, que no son necesariamente concebidas como “tratamiento”. Además, desde la concepción estética del cuerpo se registran ideales diferentes en las sociedades a lo largo del tiempo (Contreras, 2005). A decir de Montero (2001:10): “Ni la obesidad tiene connotaciones negativas en todas las culturas, ni la delgadez es para todos sinónimo de belleza”.

## **Percepciones del sobrepeso y la obesidad**

A lo largo de la historia se han presentado dos tipos de percepciones de la obesidad, la primera como una cuestión de ventaja y protección en cuanto a la sobrevivencia, la cual se

caracterizaba por el aumento de peso debido a la ingesta de grandes cantidades de alimentos durante la abundancia y que llevaban al peso anterior en las de carestía. La segunda percepción la ve como una enfermedad, por la ingestión de un exceso de alimentos de manera permanente (Montero, 2001), la cual predomina en la actualidad.

La gordura asociada a la salud y la prosperidad empieza a desaparecer a principios de los años 20's, sin embargo aún se pensaba que estar un poco gordos sería ventajoso en caso de que enfermaran, y que el cuerpo más delgado que había sido introducido como un ideal de salud estaba relacionado con ser enfermizos (Contreras, 2005). A la fecha han ido cambiando los ideales en cuanto al cuerpo femenino y masculino, los patrones de juventud, atractivo sexual, belleza, etc., los cuales se encuentran altamente influenciados por una preocupación más bien estética (Contreras, 2005).

La percepción de la figura corporal, la enfermedad del sobrepeso, la obesidad y los hábitos alimenticios está influenciada por diversos factores sociales y culturales como: 1) La familia, que es considerada un factor decisivo para la creación de hábitos, conocimientos y costumbres alimentarias (Rodríguez, 2010). 2) Psicológicos o emocionales que influyen en la sobrealimentación o cambios metabólicos (Silvestri, 2005). 3) La alteración del ciclo fisiológico alimentario en respuesta a horarios o costumbres impuestas (Sananes, 2006). 4) Un ambiente obesogénico propiciado por las prácticas de los países industrializados que favorecen un balance energético positivo en las personas (Ortiz y Álvarez, 2009).

Desde un punto de vista antropológico, Vargas (1994) menciona que las percepciones son bioculturales, ya que dependen tanto de los estímulos del medio físico así como las sensaciones involucradas. Estos estímulos y sensaciones percibidas se seleccionarán y organizarán, dejando aquellas que nos sean útiles y excluyendo las que no deseamos para ser interpretadas, dándoles significado mediante las pautas culturales e ideológicas de cada

individuo adquiridas desde la infancia. Por tanto las acciones están relacionadas con la manera en que nos percibimos a nosotros mismos y a nuestro entorno.

Los significados que las personas atribuyen a su figura corporal reflejan su manera de ver el mundo y actúan en consecuencia. La imagen corporal está definida por lo que cada persona crea en su mente y lo que ha vivido de su propio cuerpo. Esta imagen corporal está compuesta por distintos elementos, como el perceptual, en el cual se define el tamaño, el peso y la forma del cuerpo; el cognitivo-afectivo, determinado por las actitudes y sentimientos que se tienen hacia el cuerpo y el conductual, que establece las acciones que resultan de los anteriores (Zaragoza-Ortiz, 2012). Estudios acerca de la relación del Índice de Masa Corporal (IMC) y la autopercepción corporal documentan consistentemente la falta de correspondencia entre ellos. Por ejemplo, quienes tienen normopeso o delgadez tienden a sobreestimar su peso, mientras que las personas con sobrepeso u obesidad lo subestiman, y esto ocurre tanto en mujeres jóvenes como en hombres (Cánovas et ál., 2001; Almeida, 2006; Zaragoza-Ortiz, 2012).

Conocer la autopercepción adecuada del peso corporal de las personas con sobrepeso u obesidad es indispensable para el tratamiento de la obesidad. La subvaloración del exceso de peso minimiza la importancia de la enfermedad y como consecuencia limita la posibilidad de llevar a cabo acciones para realizar cambios y llegar a un peso saludable (Ratner et al, 2008). La autopercepción correcta de la imagen corporal empieza a ganar importancia ya que está relacionada con las conductas alimentarias y las acciones enfocadas a la salud; se ha afirmado que conocer cómo se perciben las personas con sobrepeso y obesidad ayudará para definir nuevas estrategias que fortalezcan la necesidad de tener un peso saludable (Atalah, 2004).

En la psicología de la motivación todos los procesos mentales (percepciones, memoria, pensamientos, emoción, sentimientos, etc.) reflejan cómo el individuo observa el mundo y en consecuencia como actúa, fortaleciendo o debilitando la intensidad del comportamiento. Las motivaciones serán entonces la fuerza que activa, dirige y mantienen nuestras acciones determinadas por las percepciones.

Se han utilizado distintos modelos y teorías para explicar la motivación humana, como la Teoría de la Autodeterminación (TAD) propuesto por Deci y Ryan (1985) que determina el grado de motivación tomando en cuenta mecanismos psicológicos que regulan el comportamiento. Ésta teoría establece tres etapas: 1) La desmotivación: Definida por los autores como la ausencia de la motivación para poder realizar alguna actividad. 2) La motivación extrínseca, cuando el individuo realiza una acción motivada por una presión u obligación por factores externos, como castigos o recompensas, por pena, culpa, vergüenza, ansiedad y 3.-La motivación intrínseca, en la que la motivación de los individuos es generada por diferentes acciones motivados por el interés que despiertan estas actividades por sí solas (Deci y Ryan, 1985).

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

El Modelo Transteórico describe seis etapas en las que se encuentran los individuos y en las que van avanzando de manera gradual para conseguir un objetivo o meta: la primera etapa de *pre contemplación*, la persona no está motivada y no tiene interés de realizar modificaciones en su estilo de vida. En la segunda etapa de *contemplación*, ya empiezan a

percibir que hay un problema y conocen los pros de cambiar su comportamiento, sin embargo se requiere un gran esfuerzo y compromiso modificar hábitos actuales; piensan cambiar algún día pero no saben cuándo. En la tercera etapa de *preparación para la acción*, ya se asumió que existe un problema, se pensó en cómo actuar para solucionarlo y se realizan pequeños cambios. En la cuarta etapa de la *acción*, el individuo está completamente motivado para iniciar con el desarrollo de nuevos comportamientos. En la quinta etapa, la de *mantenimiento*, se mantiene ese nuevo comportamiento por seis meses o más, ya empieza a verse una estabilidad y un cambio observable en el que se pretende mantener los cambios modificados y en la sexta y última etapa, de *terminación*, se llega a un cambio sostenible en la que hay una posibilidad pero en menor grado de regresar a etapas anteriores (Cabrera, 2000).

Al haber motivación, existe la voluntad de cambio y únicamente con ésta se puede pasar a la acción. Brosens (2009) en el estudio “Barreras en el tratamiento de la adherencia al tratamiento de la obesidad” concluye que es de gran importancia que el personal de salud que atiende a personas con sobrepeso u obesidad acorte el tiempo de evaluaciones clínicas y se tome un tiempo considerado para identificar la motivación, los motivos para bajar de peso, las barreras que se les están presentando y la insatisfacción, buscando soluciones con la participación activa del paciente, ya que el sentimiento de abandono y la desmotivación en el control de peso son muy comunes. Por lo tanto sería crucial realizar cambios en la asistencia nutricional para que los pacientes llegaran a su meta y se mantuvieran en un peso saludable.

Lo anterior resulta relevante frente a un panorama mundial caracterizado por un incremento de personas que padecen obesidad (OMS, 2012), en el que México ocupa el segundo lugar a nivel mundial con aproximadamente 52 millones de personas (Gutiérrez et

ál., 2010). En el estado de Chiapas el 50.8% de adultos de 20 años en adelante tienen obesidad, 6 de cada 10 hombres y 7 de cada 10 mujeres lo padecen (Barquera et ál, 2012c), lo que favorece la aparición de otras enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, problemas cardiovasculares, hipercolesterolemia, entre otras (OMS, 2014). La primera causa de muerte en Chiapas son las enfermedades crónico-degenerativas, la diabetes mellitus ocupa el primer lugar, seguido por las enfermedades isquémicas del corazón y en tercer lugar las enfermedades del hígado (INEGI, 2010). Y San Cristóbal de Las Casas no es la excepción, donde se reporta más del 40% de obesidad en niños (López, 2011). El presente estudio contribuye a comprender cómo influyen las percepciones de la figura corporal en el control de peso en hombres y mujeres adultos de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas y por ende, en los niños. Se describen los factores sociales que contribuyen a la autopercepción de la figura corporal y se constituye en un factor decisivo en la motivación para realizar o no una acción relacionada al control de peso.

### **Material y Métodos:**

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

La estrategia de articular ambas perspectivas metodológicas fue esencial para comprender los diversos componentes, condiciones y situaciones individuales relacionados con las dificultades para llevar un control de peso y, por tanto, de relevancia para ser incluidos en la elaboración de programas de prevención y control de la obesidad. Así también, permitió identificar la dimensión de esta misma problemática y hacer un análisis de

los datos de acuerdo con las distintas variables que fueron determinantes en el resultado conjunto. Es importante resaltar que la intención primordial de esta combinación metodológica fue para ampliar y profundizar la comprensión del problema arriba señalado. De acuerdo a Aguirre (2010:4) “Esta nueva perspectiva ha permitido buscar caminos para conciliar no solo el uso de estrategias e instrumentos de investigación provenientes de la metodología cuantitativa y cualitativa, sino también ha incentivado aproximaciones epistemológicas encaminadas a brindar mayor respaldo teórico a quienes optan por esta tercera vía”.

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la entrevista semiestructurada con preguntas abiertas dando oportunidad de recibir más matices de la respuesta. Las entrevistas tuvieron una duración de una hora aproximadamente y las personas se expresaron con libertad, para posteriormente ser transcritas en su totalidad. Los temas principales fueron percepciones acerca del sobrepeso y la obesidad, percepciones y sentimientos en relación a su figura corporal, síntomas o molestias relacionadas con el exceso de peso, causas del sobrepeso u obesidad, antecedentes familiares, recordatorio de 24 horas y frecuencias de consumo de alimentos, dificultades presentadas para iniciar o llevar a cabo el control de peso, señales fisiológicas de hambre y saciedad, consumo de alimentos por cuestiones emocionales y motivaciones para bajar de peso. Así como datos antropométricos y sociodemográficos.

El estudio se realizó durante el periodo de marzo-agosto del año 2013, en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. La elección de los consultorios fue realizada mediante un muestreo intencional, seleccionando aquellos con mayor posibilidad de encontrar personas en consulta externa con sobrepeso y obesidad. De los consultorios institucionales se incluyeron uno de la Secretaría de Salud, atendido por tres nutriólogos que se encargaban

de pacientes con sobrepeso y obesidad en los turnos matutino y vespertino y el otro, del Instituto Mexicano del Seguro Social, atendido por una enfermera para personas con sobrepeso y obesidad leve y una nutrióloga asignada a casos de obesidad moderada y severa. Para la selección de consultorios privados de nutrición, se elaboró un listado de todos los consultorios en San Cristóbal y se eligieron dos que por observación directa y listado de citas eran los que más personas atendían con sobrepeso y obesidad, uno era atendido por una licenciada en nutrición y el otro por una médica con especialización en bariatría. Así mismo y con la intención de contrastar los resultados con personas que no acudían a una asistencia nutricional, se incluyeron como informantes a personas en un lugar diferente a estos consultorios, solicitando la entrevista en el parque central de la Ciudad de San Cristóbal.

Para la selección de los informantes se siguieron los siguientes criterios: Tener sobrepeso u obesidad, el cual se clasificó por medio del Índice de Masa Corporal (IMC) expresado en  $\text{kg}/\text{m}^2$ , sobrepeso (25 a 30), obesidad grado I (30 a 35), obesidad grado II (35 a 40) y obesidad grado III o mórbida (por encima de 40) (DGPLADES, 2010), las personas que asistían a consulta nutricional fueron pesados y medidos por los profesionales encargados de la asistencia nutricional en los consultorios, las que se contactaron fuera de la consulta nutricional, se les preguntó peso y estatura y se corroboró mediante cinta y báscula portátil. También se incluyó un rango amplio de edad de 18 a 75 años, con el propósito de incluir a adultos jóvenes y maduros con sus distintas características biológicas, psicológicas y sociales asociadas a la edad. Estos criterios fueron determinados independientemente de su sexo, nivel socioeconómico, estado civil o su ocupación, pues se pretendió que el universo de estudio se conformara por aquellas personas que asistían regularmente a consultas nutricionales y aquellas personas que convergieran en el centro de la ciudad con sobrepeso

y obesidad. A todos los participantes se les informó y obtuvo su consentimiento para participar en el estudio de manera voluntaria y anónima. El número de participantes se determinó por medio del criterio de saturación teórica, entendiéndose éste por el punto en el que ya no aparecen nuevos elementos, datos o ideas nuevas en cada entrevista y ésta comienza a ser redundante (Martínez, 2012).

El total de informantes fue de 94 personas con sobrepeso y obesidad entre 18 y 72 años, 75 mujeres y 19 hombres. El 50% de las personas del estudio tenían sobrepeso y el otro 50% obesidad. Del total de personas, 60 (52 mujeres y 8 hombres) se entrevistaron en los consultorios de nutrición, 30 en consulta privada y 30 en consulta de instituciones; las otras 34 no estaban acudiendo a consultas nutricionales, ni llevando planes de alimentación y fueron entrevistados en el centro de la ciudad (23 mujeres y 11 hombres) (Tabla 1).

Para la determinación de percepción del peso corporal de acuerdo al sexo, se utilizó el pictograma de Harris et ál. (2007) el cual permite analizar aspectos importantes en cuanto a la autopercepción de la figura corporal y la imagen real determinada mediante IMC, la figura ideal que las personas desean tener y la satisfacción de su peso actual. Este pictograma representa diez figuras que corresponden a las categorías de bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad I, obesidad II y obesidad III. Con este pictograma los participantes seleccionaron la imagen con la cual identificaban su figura corporal. Se determinó como subestimación del peso quienes se identificaron en una categoría menor a su peso, como coincidencia quienes se identificaron en una categoría igual a su peso y sobrestimación a las personas que se determinaron en una categoría mayor a la de su peso, según la clasificación del IMC.

En cuanto a la influencia de la percepción de la figura corporal y cómo se sentían con su cuerpo, la investigadora principal elaboró una gráfica con siete categorías: Muy bien; más

ligeros que antes, bien pero quisiera bajar un poco, a veces bien, a veces mal, un poco gordos, pesados, mal e inconformes.

Después de haber realizado las transcripciones completas, se organizaron los textos, y mediante el proceso de codificación, los datos se segmentaron y se reorganizaron por medio de códigos o categorías, algunas determinadas previamente desde la teoría y otras que se construyeron durante el análisis y que sustentaron el trabajo interpretativo entre comparaciones y probables disparidades entre informantes de los diferentes grupos entrevistados. Con la finalidad de poder obtener datos que compararan las percepciones y motivaciones de los informantes que estaban asistiendo a consulta nutricional de aquellas que se entrevistaron fuera de estos consultorios, se analizaron datos mediante estadísticos descriptivos por medio de frecuencias y tablas personalizadas, que permitieron relacionar diferentes variables con respuestas múltiples, con la que se obtuvo porcentajes y promedios por medio del programa SPSS 15.0.

El estudio se llevó a cabo de acuerdo a las disposiciones de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en atención al Título segundo, Capítulo 1, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos (Secretaría de Salud, 2012).

Previo a cada entrevista, se informó sobre los objetivos y alcances del estudio, y se obtuvo el consentimiento informado por escrito de acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (SEGOB, 2010) y aprobado por el Comité de Ética de El Colegio de la Frontera Sur.

## **Resultados y discusión**

### **Condiciones de sobrepeso y obesidad según sexo en consulta nutricional**

Del total de las personas que asistieron a consultas nutricionales, el 86% eran mujeres. Esta mayoría de mujeres en consulta para control de peso concuerda con el estudio sobre la imagen corporal y el estereotipo de belleza de Corti (2005) en el que se documenta que la construcción social de la imagen y el cuerpo ejerce mayor influencia en las mujeres ya que a diferencia de los hombres, la apariencia física es medular para su valoración social y cultural. En el mismo sentido, en el desarrollo de los cánones de belleza las mujeres son sujetas a más críticas por su apariencia física y en particular por su peso de parte de sus parejas y compañeros desde la infancia (Alava, 2013).

Querer bajar de peso por razones de estética fue uno de los motivos que comentaron los participantes de éste estudio, de los cuales las mujeres tuvieron porcentajes más elevados (22.6%) probablemente por una mayor presión social influenciada por los medios de comunicación para obtener el ideal de belleza impuesto. Algunas mujeres mencionaron que estaban insatisfechas en cuanto como les quedaba su ropa, que se sentían incómodas con su figura corporal y querían bajar de peso para sentirse atractivas y mejorar su apariencia física.

*... Quiero bajar por apariencia, por sentirme bien, verme bien físicamente, por vanidad, me gusta llamar la atención (Mujer de 24 años, obesidad).*

*... Quiero bajar por estética, para sentirme mejor con mi cuerpo y poder comprarme ropa más chica (Mujer de 27 años, obesidad).*

### **Percepciones del sobrepeso y la obesidad: Enfermedad o estética**

De acuerdo al concepto de Vargas (1994) es importante señalar que las percepciones son bioculturales, por una parte dependen de los estímulos del medio físico y las sensaciones

involucradas que se relacionan con la comida, el ambiente social en torno a los alimentos, la información de las instancias de salud acerca de la enfermedad, la publicidad y los medios de comunicación que promueven considerar al sobrepeso y a la obesidad como un problema estético y que se “han convertido en un arma peligrosa con respecto a los cánones de belleza en la sociedad” (Alava, 2013:27) y por otra parte estos estímulos y sensaciones percibidas son seleccionadas y organizadas, dejando aquellas que nos sean útiles y excluyendo las que no deseamos o nos son desagradables para ser interpretadas. El percibir al sobrepeso y a la obesidad como una cuestión estética o una enfermedad depende del significado que se le da al exceso de peso mediante las pautas culturales e ideológicas que cada persona ha adquirido desde la infancia. Cabe señalar que este proceso de selección puede ser consiente o inconsciente.

La elaboración de juicios es una característica primordial de las percepciones, el 47.8% de las personas de este estudio mencionaron que el sobrepeso era un problema de estética, aunque el género femenino asistiera a consulta más motivadas por una cuestión estética, mujeres (41.3%) y hombres (73.6%) lo percibían como algo que no los hacía verse bien. Un 25.5% en su totalidad mujeres, lo consideró una enfermedad. En el caso de la obesidad el 25.6% de las personas la percibían como una cuestión estética y un 47.9% como una enfermedad. El percibir el sobrepeso y la obesidad como una enfermedad, significa asumirse enfermo, Kornblit y Mendes (2000) explican cómo por una parte el sentido de la enfermedad se basa en una ruptura del equilibrio de la persona en cuanto a su propio cuerpo y el medio, un desajuste en la armonía a un nivel biológico, físico y mental y por otra parte las ideas populares de la enfermedad se basan en la lógica de que para percibirse enfermos debe de haber un desgaste y daños estructurales corporales centrados en síntomas y causas, es decir sufrir alteraciones y percibir las en el organismo.

En cuanto a cómo diferenciarían a una persona con sobrepeso de una con obesidad con sólo verla, el 87.2% mencionó que una persona con obesidad se distinguía por que caminaba con dificultad, tenía un tamaño muy grande, su estado físico estaba muy deteriorado, se le podía ver que la ropa le apretaba y se le veía un exceso de grasa en mejillas, abdomen, cuello y piernas. La relacionaban con individuos muy voluminosos y con problemas de salud evidentes, imagen que correspondía a una obesidad grado II o III, es decir una vez que ésta se encuentra en estadíos avanzados, lo cual no ocurría con el sobrepeso o la obesidad grado I, que eran más considerados como un problema de estética. La valoración que se le atribuye al exceso de peso y el riesgo que éste conlleva para la salud está mediada por las características socialmente atribuidas a la obesidad.

Lo cual resulta preocupante ya que en el estudio a nivel nacional “Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012” el 38% de las personas correspondió a la categoría de sobrepeso y el 22.1% a la de obesidad grado I (Barquera et al., 2013), éstos estadíos de exceso de peso no se están percibiendo como un problema ni con un riesgo para la salud.

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

Las percepciones de la imagen corporal se establecen por medio de las representaciones del cuerpo que cada persona tiene en sus pensamientos y experiencias en torno a su figura. De acuerdo con Zaragoza y Ortiz (2012) la autovaloración de la imagen corporal dependerá de los aspectos perceptuales, cognitivos-afectivos y conductuales que se le atribuyan. En este estudio se observó que el 51.8% de las personas que asisten a consulta nutricional subestimaron su peso, es decir que perceptualmente su forma, tamaño y peso eran menores al real, lo que correspondió a que

cognitivamente manifestaran emociones y pensamientos ligados a sentirse muy bien con su figura, lo que a un nivel conductual influirá en las acciones que lleven o no a cabo para modificar hábitos en pro de su salud. A diferencia del 29.3% de las personas que asisten a consulta nutricional que sobreestimaron su peso en la que perceptualmente su tamaño y peso eran mayores al real y ligado a esto, en el aspecto cognitivo-afectivo manifestaron un 29.3% que se sentían pesados mal e inconformes (Figura1). Las personas con sobrepeso tuvieron un 72.2% de respuestas enfocadas a que se sentían muy bien, más ligeros, bien pero quisieran bajar un poco, a diferencia de las personas con obesidad que el 46.9% de las respuestas se enfocaban a que se sentían pesados, mal e inconformes. Estos resultados coinciden con el estudio de Casillas et ál. (2006), "A mayor IMC mayor grado de insatisfacción con la imagen corporal", en el que observaron que las personas con peso adecuado tuvieron un menor índice de insatisfacción, el cual aumentaba con las personas con sobrepeso y en personas con obesidad se elevaba aún más, concluyendo que a mayor sobrepeso mayor grado de insatisfacción corporal había en su población de estudio. Vander y Thelen (2000) en su estudio acerca de la insatisfacción con la imagen corporal, observaron que la insatisfacción corporal estaba relacionada con la acción de intentar perder peso. Según Royo (2013) el subestimar el peso corporal ha dado como resultado que un porcentaje mayor de personas no se perciban como obesas y por lo tanto no realicen acciones para intentar bajar de peso.

Los síntomas, molestias y la presencia de otras enfermedades relacionadas con el peso juegan un papel importante para que el exceso de peso sea percibido como un problema. En ausencia de síntomas, molestias o resultados de estudios de laboratorio elevados, el sobrepeso y la obesidad suelen no ser percibidos regularmente como un problema: si no se siente, no existe, y si no son percibidas como un problema, no se tiende a actuar en

busca de una solución, aun cuando sea una indicación médica. De acuerdo con Jiménez et al. (2012) aunque la mayoría esté de acuerdo en que la obesidad afecta a la salud, en ocasiones no es suficiente motivo para que ingresen a un control de peso o para favorecer los cambios necesarios para la reducción del mismo.

En las personas con obesidad del 51% que mencionó tener síntomas, el mayor porcentaje (21.2%) presentó resultados de laboratorio elevados en las cifras de colesterol, triglicéridos o una enfermedad actual como diabetes o hipertensión, seguido por un 19.1% que manifestó cansancio; un 6.3% con dolores de pies, espalda, rodillas, y en menor proporción, un 2.1% con problemas al caminar únicamente y otro 2.1% que le faltaba el aire y se agitaba con frecuencia. En el presente estudio se observó que de las personas que no estaban asistiendo a una consulta nutricional, el 67.7% no percibían síntomas, molestias, enfermedades o laboratoriales elevados relacionados al peso. De las personas que sí asistían a consulta nutricional, el 53% sí los percibía. Del 46.6% que estaban asistiendo y no percibían síntomas o molestias, el 15% había asistido por querer tener más salud, el 11.6% por miedo a enfermarse ya que un familiar cercano estaba con alguna enfermedad; un 10% quería mejorar estéticamente y otro 10% estaba asistiendo por indicación médica. El 14.7% de las personas que no asistían a una consulta nutricional mencionó que iniciaría un control de peso únicamente si su salud se viera afectada por una enfermedad o tuviera una molestia relacionada al exceso de peso y un 4% mencionó que no necesitaban cambiar nada ya que se sentía bien como estaba.

En la investigación “Motivos para bajar de peso”, realizada por Jiménez et ál. (2012) observaron que en la percepción relativa al sobrepeso u obesidad, la presencia de molestias, una enfermedad crónica o las indicaciones médicas de bajar de peso, influenciaban en que las personas tuvieran o no la intención de adelgazar.

## **Percepciones de las causas de la obesidad**

Diversos estudios (e.g. Hernández, 2004; Hall, Quesada y Rocha, 2002; Silva y Pujante, 2008) se han enfocado en analizar las causas de la obesidad. Por lo que ha permitido conocer que múltiples factores como los aspectos socioculturales, estilos de vida, cuestiones emocionales, un ambiente obesogénico relacionado con el modelo económico actual, las prácticas de las empresas alimentarias, intereses políticos, entre otros, influyen en la generación de la obesidad.

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

En este estudio, dentro de las causas y factores percibidos que tuvieron una influencia en el aumento de peso, un 41% mencionó que por haber tenido malos hábitos alimenticios, haber consumido alimentos chatarra (con un bajo valor nutritivo y con un alto contenido de azúcares, harinas o grasas, como los refrescos, pastelillos, dulces o cereales procesados). Un 17% por haberse vuelto sedentarios, algunas personas mencionaban que regresaban del trabajo y no realizaban ninguna actividad física, que habían caído en una rutina y no se daban el tiempo de ir a caminar o preferían hacer otras actividades. 6.1% mencionó que por haberse descuidado a sí mismos, no manteniendo una alimentación más saludable, y un 2.1% por haber consumido alimentos altos en calorías en eventos sociales, pues se les antojaba todo lo que servían.

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

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

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

*... Cambié de lugar de residencia, dejé de hacer ejercicio, antes nadaba 2 horas todos los días, desde que empecé mi nuevo a trabajo me he vuelto muy sedentaria (Mujer de 43 años, sobrepeso)*

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

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

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

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

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

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

El consumo de alimentos en exceso para reducir la ansiedad o el estrés es un recurso individual muy utilizado en la actualidad, si la causa de la ansiedad, estrés o tristeza no es identificada y se continúa con el mecanismo de comer para mitigarla, afectará gravemente el peso del individuo (Silvestri, 2005). Casi la mitad de las personas entrevistadas en este estudio (48.8%) consumían alimentos por razones emocionales; las personas con obesidad obtuvieron una mayor frecuencia que las personas con sobrepeso; las causas más frecuentes fueron: ansiedad, estrés, tristeza y preocupaciones. En relación al sexo se observó que las mujeres tenían un mayor porcentaje de consumo de alimentos por cuestiones emocionales con el 59.9% en relación con los hombres, resultado similar del estudio de Sánchez y Pontes (2012) en el que el sexo femenino había sido más influenciado por sus emociones. Hombres y mujeres comentaron haber consumido alimentos cuando estaban nerviosos, ansiosos, estresados o tenían problemas, únicamente las mujeres mencionaron también el consumo de alimentos en momentos de tristeza. El que se esté percibiendo el aumento de peso con aspectos emocionales nos permite hacer hincapié en las estrategias de intervención, en la que además de la

asistencia nutricional para modificar sus hábitos alimenticios se intervenga con apoyo emocional y psicológico.

Otras causas percibidas de su exceso de peso, un 18% dijo que como consecuencia de haber tenido hijos, 13.8% pensaban que no hubo algo que contribuyera a su exceso de peso, un 5.3% que por haber tomado anticonceptivos, 2.1% mencionó que tenía exceso de peso desde la niñez, por lo tanto ya era así por una cuestión genética y un 1% por falta de dinero para comprar alimentos saludables.

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

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

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

*...El tener a los hijos, tengo 7 hijos, después de tenerlos quedé así (Mujer de 53 años, obesidad).*

Así mismo es importante identificar si las personas no saben qué originó su exceso de peso y lo perciben como una cuestión genética, por haber tenido hijos o consumido hormonales ya que disminuye su capacidad de intervención si perciben las causas como completamente independientes de sus acciones. Es necesario trabajar con ellos en cuanto a su percepción y su capacidad de agencia para modificar sus hábitos alimenticios así como su estilo de vida en pro de su salud.

### **Factores que contribuyen en el exceso de peso**

En este estudio se observó que el núcleo familiar influenciaba las percepciones de las personas tanto en la infancia como en la vida adulta. El 78.7% de las personas del estudio tenían

familiares con sobrepeso u obesidad, esto se debe a que la familia es considerada un factor decisivo para la creación de hábitos, conocimientos y costumbres alimentarias (Rodríguez, 2010). Los genes así como los hábitos de alimentación son transmitidos de generación en generación, teniendo patrones de alimentación similares. Los datos de este estudio concuerdan con la investigación de Giménez (2012) “Obesidad y estilos de vida” en el que el 58% de los obesos tenían familiares con este padecimiento y solo un 14% de personas con peso saludable tenían familiares con obesidad.

Dentro de las creencias familiares acerca de la alimentación, el 64% de las personas que no asistían a consulta nutricional y el 33.3% de las personas que sí estaban asistiendo, mencionaron que de niños tenían la obligación de terminarse todos los alimentos del plato que les servían, aunque ya no tuvieran hambre, ya que si no lo hacían tendrían consecuencias negativas como: castigos divinos, un crecimiento y desarrollo deficiente o bien para no desperdiciar los alimentos ya que en otras partes del mundo habían personas que no tenían que comer, que debían comer tortillas para crecer y que entre más gorditos estaban más sanos.

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

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

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

Solamente un 20.5% de las personas que asistían a consulta nutricional y un 10% que no asistían, mencionaron que de niños en cuanto a la alimentación les decían que podían

dejar los alimentos si ya no tenían hambre, que tenían que comer alimentos saludables, frutas, verduras y no consumir tantos alimentos chatarra (refrescos, papitas, galletas, dulces, etc.).

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

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

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

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

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

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

El papel de la familia es indispensable para la creación de hábitos saludables desde la infancia los cuales repercutirán en la vida adulta. Ortega ( 2014) en su estudio acerca de los estilos de vida saludable, menciona que la familia tiene alcance en tres dimensiones para la creación de hábitos alimenticios sanos, por medio de la educación, creando estilos de vida en pro de la salud desde los primeros años de la infancia; como socializadora, siendo el primer entorno en el que el niño se desenvuelve e imita a los demás integrantes

y como preventiva, al adoptar estilos de vida en pro de la salud desde edades tempranas, lo cual influirá para llevar a cabo una mejor calidad de vida y para prevenir enfermedades.

Otro factor importante observado en este estudio fue el consumo de alimentos de acuerdo a las señales fisiológicas de hambre y saciedad o a un horario preestablecido. El 46.8% de las personas con sobrepeso y el 61.7% de las personas con obesidad mencionaron que consumían alimentos en ausencia de las señales de hambre. De la población total del estudio se observó que la mayoría de las personas identificaban sus señales de hambre, sin embargo, en el 48.9% no coincidían con el momento en el que consumían sus alimentos. La mayoría de ellas se encontraba en el grupo de las que asistían a consulta nutricional, posiblemente debido a los horarios establecidos de comida que se imponen como regla en algunos planes de reducción.

A la fecha, instancias de salud y educación promueven dentro de sus estrategias para combatir y prevenir la obesidad desde la infancia hasta la vida adulta, el consumo de alimentos con un horario establecido, sin saber que contribuyen a que se mantenga la enfermedad. El programa de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública denominado “Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad” (Barquera et ál, 2010) habla sobre los beneficios de comer con un horario para adelgazar y llevar una alimentación saludable, mencionando que hay que asegurarse de que los niños se acostumbren a consumir alimentos en un horario establecido, así como la promoción del plato del buen comer de la Secretaría de Salud en la que dentro de las recomendaciones para integrar una alimentación correcta, se encuentra el mantener en lo posible los horarios de comida (Secretaría de Salud, 2005), haciendo con esto que se ignoren las señales de hambre.

En relación a si consumían todos los alimentos que se servían en el plato aún si ya no tenían hambre, el 51% de las personas de las personas con sobrepeso y obesidad estando satisfechos se terminaban todos los alimentos de su plato de comida, influenciados posiblemente por las creencias familiares anteriormente descritas que tuvieron desde la infancia. El 3.3% de las personas del estudio dijeron que se quedaban con hambre, ya que estaban acostumbrados a consumir porciones más grandes que las indicadas en su plan. El respetar el ciclo alimentario junto con las señales fisiológicas de hambre y saciedad, permite que no haya una subalimentación ni una sobrealimentación, si no que el organismo consuma justamente lo que requiere. Si el ciclo alimentario no funciona correctamente y como consecuencia a ello existe una sobrealimentación se perturba el equilibrio metabólico aumentando la posibilidad de padecer sobrepeso u obesidad. Llevar a cabo una alimentación por medio de horarios y porciones de alimentos establecidas genera un desequilibrio en el metabolismo (Sananes, 2006). Así también hay una mayor posibilidad a pasar hambre si las porciones establecidas no coinciden con las necesidades fisiológicas del organismo y en consecuencia provocar un mayor estrés o ansiedad, que influirá en la poca adherencia y seguimiento del tratamiento (Vilaplana, 2005).

### **Las percepciones y motivaciones: Motores para la acción**

En este estudio de acuerdo a la Teoría de la Autodeterminación de Decy y Ryan (1985) se observó que el 5.9% de las personas estaban desmotivadas pues mencionaron que no querían bajar de peso, que no cambiarían nada ya que se sentían bien con el exceso de peso que tenían, que no se percibían con sobrepeso u obesidad y que sólo si su salud se viera afectada iniciarían un tratamiento. De las personas que estaban teniendo una motivación extrínseca un 25.5% de ellas mencionaron que deseaban reducir de peso por una cuestión estética, querían verse mejor y que les quedara bien la ropa, un 20.1% para

controlar algún padecimiento ya existente (diabetes, hipertensión, colesterolemia, triglicéridos altos, problemas de columna o espalda), un 9.5% por miedo a enfermarse, un 8.5% por indicación médica y un 2.9% para conseguir pareja. Un 29.7% de las personas tenía una motivación intrínseca que se relaciona con el interés mismo de estar más saludables, sentirse con más energía y vivir más tiempo

Lo que impulsaba a las personas que estaban asistiendo a consulta nutricional, un 28.3% asistía para controlar una enfermedad o molestia ya existente, un 21.6% para sentirse mejor, estar más sanos, un 15% por miedo a enfermarse, un 16.6% para verse mejor por estética y un 13.3% por indicación médica. De las personas que no estaban asistiendo a una consulta nutricional, el 44.1% mencionó que le gustaría adelgazar para sentirse mejor y vivir más tiempo, sin embargo su estilo de vida no le permitía tener un peso saludable, un 41.1% para verse mejor, por estética, 5.8% no querían bajar de peso y el 2.9% para conseguir pareja.

De acuerdo al Modelo Transteórico de Prochaska (1979), en las personas de este estudio se observó que el 46.6% se encontraban en etapa de contemplación, puesto que no estaban llevando a cabo el plan de alimentación, el 16.6% se encontraban en una etapa de preparación en la que ya estaban realizando algunos cambios y llevaban parcialmente el plan de alimentación pero aun consumían algunas cosas que no debían y solo el 35% estaban en una etapa de acción en la estaban llevándolo al pie de la letra.

Las personas que se encontraban en etapas de contemplación tuvieron los porcentajes más elevados de consumo de alimentos prohibidos durante el proceso de reducción (40%) en relación a las personas que se encontraban en etapas de preparación (30%) y en la de acción (15%). Es importante señalar que aunque todas las personas estén asistiendo a consulta nutricional y estén recibiendo la misma información para bajar de peso, sus acciones estarán influenciadas por la etapa de motivación en la que se encuentren. En la

etapa de acción se encontrarán muy motivados para desarrollar nuevos hábitos, el 75% de las personas que sí podían controlarse y no consumir alimentos prohibidos en éste estudio estaban en la etapa de Acción.

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

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

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

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

La adherencia al tratamiento definida por la OMS, (2004:17) como: “El grado en que el comportamiento de una persona (tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” está relacionada con la motivación de las personas en el control de peso. En el estudio realizado por González et ál. (2007) sobre la adherencia al tratamiento nutricional en base a la composición corporal en pacientes con obesidad o sobrepeso, observaron que sólo un 32% de los pacientes estaban adheridos al tratamiento

nutricional y por lo tanto fueron los que obtuvieron mejores resultados en su control, atribuyendo la baja adherencia a las costumbres alimentarias a los hábitos y a una menor percepción de riesgo de la enfermedad. En este estudio se encontraron cifras muy similares en las que únicamente el 35% de las personas en control de peso estaban llevando a cabo el plan de alimentación como estaba indicado por el encargado en la asistencia nutricional, lo que nos indica que al 65% de las personas se les dificultaba obtener resultados satisfactorios, modificar hábitos alimenticios y mantenerse en un peso saludable. Es necesario que el paciente desarrolle motivaciones intrínsecas por medio de la concientización y compromiso; así como de parte del profesional que le está asistiendo le proporcione estrategias de control de peso efectivas.

En México se han implementado diversas políticas gubernamentales y programas para combatir la obesidad, las cuales fueron elaboradas en una etapa en la que los objetivos principales de intervención se enfocaban en la prevención de la desnutrición. La obesidad aún no se consideraba como un problema de salud y por lo tanto no estaba dentro de las prioridades del sistema de salubridad; hasta que su magnitud y repercusiones hicieron que se le empezara a prestar atención (Barquera et ál, 2012a). En el año 2004, México se suma al programa “Estrategia Global de Dieta, Actividad Física y Salud”, posteriormente, en el 2009 se implementó el programa “Cinco pasos por tu Salud” los cuales se proyectaron por medio de la televisión y la radio en todo el país, los objetivos se enfocaban a promover la actividad física, tomar más agua, consumir más frutas y verduras, y en la medición de la cintura (Barquera et ál, 2012b). En el año 2010 se lleva a cabo “El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA), los objetivos del programa se enfocaban a fomentar actividad física, consumir más agua, disminuir la cantidad de azúcar y grasas, incrementar el consumo

de frutas, verduras, cereales de granos y fibra, y controlar las porciones de alimentos para combatir el sobrepeso y la obesidad (Barquera et ál, 2012b).

En el caso de la región Altos de Chiapas, se han llevado a cabo programas como: “5 pasos por tu salud”, “Orientación Alimentaria” (ISECH, 2009) y la “Campaña para combatir la obesidad infantil” (López, 2011) entre otros, de los cuales podemos deducir que no han tenido hasta ahora un impacto, ya que los datos que se reportan en la actualidad de sobrepeso y obesidad no han disminuido. Barqueta et ál. (2012b) lo atribuye a que los programas de intervención desconocen la cultura de la población a la que se dirige, el diseño y operación no se basa en los problemas reales de la población, existe una falta de evaluación, seguimiento y control, así como a los conflictos de intereses políticos y económicos con la industria alimentaria. Hasta 2014 a nivel nacional y estatal no hay programas que tomen en cuenta las percepciones de la población con sobrepeso u obesidad, como estrategia indispensable para que las personas actúen en pro de su salud.

### **Conclusiones**

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

Las estrategias frente al reto del control de la obesidad no han tenido resultados importantes debido a que el sistema médico no coincide con la percepción social e individual de la población hacia la obesidad que la relaciona con personas muy voluminosas que corresponden a un grado de obesidad II y III, que hasta entonces se percibe como un problema de salud; y con la del sobrepeso y la obesidad grado I, la cual está siendo percibida

en su mayoría como un problema de belleza y autoestima. Si no se perciben como un problema de salud, es más difícil que se busque una solución.

La autopercepción del peso corporal de las personas con sobrepeso u obesidad es indispensable para el tratamiento. Tener síntomas, sentir molestias o tener enfermedades concomitantes hacen que el exceso de peso se perciba más fácilmente como un problema de salud. La mayoría de las personas en ausencia de molestias u enfermedades, no modifican sus hábitos alimenticios tan fácilmente.

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

En el ámbito familiar se generaran creencias, hábitos y costumbres alimentarias desde la infancia, lo cual influirá en las percepciones de las personas adultas acerca del exceso de peso. Las señales fisiológicas de hambre y saciedad son elementos claves para el control de peso y el mantenimiento de un peso saludable, erróneamente instancias de salud y algunos profesionales siguen promoviendo el consumo de alimentos por medio de un horario establecido, sin tomar en cuenta las señales naturales del organismo, lo que provoca que el ciclo alimentario no funcione correctamente y como consecuencia influya en la reducción de peso o vuelvan a subir una vez que llegaron a un peso ideal, manteniendo así el sobrepeso o la obesidad.

Este estudio resalta la importancia de la percepción de las personas acerca de: 1) su propia figura y la enfermedad; 2) la falta de conciencia del riesgo real de la enfermedad aunque no presenten síntomas o molestias evidentes; 3) el tener un equilibrio en el ciclo

alimentario respondiendo a las señales fisiológicas de hambre y saciedad; 4) el que se utilicen herramientas para el control del consumo de alimentos por cuestiones emocionales y 5) la importancia del núcleo familiar en la conformación de hábitos alimenticios.

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

Estas políticas pueden tener un impacto importante y ser más efectivas a nivel social, si se diseñan con nuevas estrategias integrales, teniendo un conocimiento previo de cuáles son las percepciones y motivaciones y a qué problemáticas se enfrentan para modificar prácticas alimenticias y reducir de peso. Algunos puntos clave a considerarse para un control de peso exitoso son:

1) La percepción del sobrepeso y la obesidad como una cuestión estética no desaparecerá por si sola en el ambiente obesogénico actual, es necesario ampliar las investigaciones en este rubro, para implementar herramientas como las utilizadas por las grandes empresas de publicidad, pero enfocándola a la acción social, para ser percibida como una enfermedad y el riesgo real que ésta conlleva; 2) Existen hábitos y costumbres alimenticias que contribuyen a la obesidad, es necesario desmitificar y aclarar cómo llevar a cabo una alimentación saludable y equilibrada, incorporando las señales fisiológicas de hambre y saciedad, así como implementar políticas laborales, que permitan que las personas consuman alimentos en respuesta a dichas señales fisiológicas. 3) Llevar a cabo consultas de nutrición mediante

una participación activa del paciente, identificando sus percepciones en cuanto a sus creencias alimentarias y cómo perciben que se originó su exceso de peso para guiarlos a un mejor control, implementando intervención psicológica para trabajar los aspectos emocionales relacionados a la alimentación; 5) Elaborar campañas de concientización social en el apoyo a personas con sobrepeso y obesidad que estén modificando hábitos alimenticios, promoviendo que los alienten, así como aumentar las opciones de alimentos saludables en reuniones, restaurantes y puestos de comida. Es importante que el personal de salud esté actualizado y exista una unificación de criterios en cuanto al tratamiento, que cuente con nuevas herramientas de apoyo integral que incluyan las percepciones de las personas en los contextos culturales y sociales específicos.

## **Bibliografía**

Aguirre, E. (2010) “El enfoque metodológico mixto y la investigación social” en *Centro de Investigación en Política Criminal*, Universidad Externado de Colombia. En: [http://www.academia.edu/3453280/El\\_enfoque\\_metodologico\\_mixto\\_y\\_la\\_investigacion\\_social\\_-\\_Aguirre\\_2010\\_](http://www.academia.edu/3453280/El_enfoque_metodologico_mixto_y_la_investigacion_social_-_Aguirre_2010_) [Accesado el 18 de Julio del 2014]

Alava, M. (2013) *Mientras más flaca más bonita: La presión social como factor influyente en la imagen corporal ideal en adolescentes mujeres*. Tesis de licenciatura, México. Escuela de Ciencias Sociales, Psicología. Universidad De Las Américas

Atalah, E., Urteaga C. y Rebolledo A (2004) “Autopercepción del estado nutricional en adultos de Santiago” en *Revista Médica Chile*. No.11, enero 2004. [Accesado el 2 de abril de 2014] En: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872004001100007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001100007)

Barquera, S et ál (2010) “Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad” en Secretaría de Salud, enero 2010, México, pp. 1-50.

Barquera, S et ál (2012a) “Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012” *Salud Pública de México*. No.2, 2013, México.

Barquera, S et ál (2012b) “Obesidad en México: Políticas y programas para su prevención y control. *Publicaciones y Fomento Editorial de la Universidad Autónoma de México*, D.F, México.

Barquera, S. et ál (2012c) “Sobrepeso y obesidad en adultos” Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, resultados por entidad federativa, Instituto Nacional de Salud Pública. México. En: <http://ensanut.insp.mx/informes/Chiapas-OCT.pdf> [Accesado el 5 de abril del 2014]

Cánovas, B. et ál. (2001) “Concordancia entre la autopercepción corporal y el IMC calculado en una población voluntaria captada el IV Día Nacional de la Persona Obesa” *Nutrición Hospitalaria*. No.4, Unidad de Nutrición Clínica. Hospital de Ramón y Cajal. Madrid. En: [http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n3/07\\_original\\_03.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n3/07_original_03.pdf) [Accesado el 5 de mayo del 2014]

Contreras, J. (2005) "La obesidad: una perspectiva sociocultural" en *Zainak Cuadernos de Antropología-Etnografía*. Número 27. pp.31-57.

Corti A. (2005) "La estética de la imagen y la tiranía del éxito" en *Revista Electrónica de Psicología Política*. No. 2, abril 2005. Universidad Nacional de San Luis, Argentina. En: [http://www.psicopol.unsl.edu.ar/abril05\\_nota4.htm](http://www.psicopol.unsl.edu.ar/abril05_nota4.htm) [Accesado el 20 de abril del 2014]

Deci, E. y Ryan, R, (1985) "The General Causality Orientations Scale: Self-Determination in Personality" in *Journal of Research in Personality*. University of Rochester.

En: <file:///D:/ja/Downloads/32bfe513dd59438952.pdf> [Accesado el 10 de Marzo del 2014]

DGPLADES (2011). Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (2011). "Índice de Masa Corporal" Secretaría de Salud, México.

En:[http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/INDICE\\_MASA\\_CORPORAL.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/INDICE_MASA_CORPORAL.pdf) [Accesado el 8 de Noviembre del 2013]

Giménez, J. C (2012) "Obesidad y estilos de vida" Cátedra de Medicina Familiar, Universidad de Buenos Aires. En: <http://infomedicos.tumblr.com/post/20690108180/obesidad-y-estilos-de-vida> [Accesado el 7 de febrero de 2014]

González, L. et ál (2007) "La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso" *Revista Chilena de Nutrición* Vol. 34, N°1, marzo 2007, pp. 46-54, Santiago.

En:[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182007000100005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182007000100005) [Accesado el 6 de marzo del 2014]

Gutiérrez et ál (2010) "Diez problemas de la población de Jalisco: Una perspectiva demográfica" Publicaciones del Gobierno del estado de Jalisco. Secretaría General de Gobierno. En: <http://coepo.app.jalisco.gob.mx/PDF/LibroDiezproblemas/Capitulo1.pdf> 24 junio 2012 [Accesado el 20 de septiembre del 2013]

INEGI (2010) Instituto Nacional de Estadística y Geografía, "Estadísticas a propósito del día de muertos, datos de Chiapas".

En: [www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../2010/muertos7.doc](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../2010/muertos7.doc) [Accesado el 9 de noviembre del 2013].

INSP (2007) Instituto de Salud Pública "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006" Secretaría de Salud, México. En: <http://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-antteriores-2010/660-encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-2006-ensanutef-2006.html> [Accesado el 20 de octubre del 2014]

INSP (2012) Instituto de Salud Pública, "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012" Secretaría de Salud, México. En: <http://ensanut.insp.mx/> [Accesado el 20 de octubre del 2013]

ISECH (2009) Instituto de Salud de Chiapas "5 pasos para tu salud" Chiapas.

En: <http://salud.chiapas.gob.mx/doc/diptico5pasos.pdf> [Accesado el 10 de noviembre de 2013]

Jiménez J. L et ál (2012) "Motivos para bajar de peso ¿Por qué asistir a un programa de apoyo?" en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2012, pp. 407-412.

Kornblit, A. y Mendes, A. (2000) "La salud y la enfermedad: Aspectos biológicos y sociales" en *Contenidos Curriculares*, Buenos Aires. En: <http://www.cucaicor.com.ar/datos/kornblit-ana-lia-y-mendes-diz-ana-el-proceso-salud-enfermedad.pdf> [Accesado el 19 de Julio de 2014]

López, R. (2011) "Obesidad y desnutrición afectan nuestro estado" en *La Voz de los Altos de Chiapas*. 18 de enero de 2011, Año: XXVI.

Martínez, C. (2012) “El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias” en revista *Ciência & Saúde Coletiva*. No.3, marzo 2012, Rio de Janeiro, Brasil.  
En: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300006&script=sci_arttext) [Accesado el 10 de Julio de 2014]

Montero J. (2001) “Obesidad: Una visión antropológica” Departamento de Humanidades Médicas, Instituto y cátedra de la historia de la medicina, Universidad de Buenos Aires.  
En: <http://www.meducar.com.ar/cursos/files/ANTROPOLOGIA.pdf> [Accesado el 5 de enero de 2014]

Oliva, O. y Fragoso S. (2007) “Consumo de comida rápida y obesidad, el poder de la buena alimentación en la salud” en *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. Vol.4, Número 7, Julio – Diciembre 2013, pp. 176-199.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) “Adherencia a los tratamientos a largo plazo” en Biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud, 2004.

En:[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=18722&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=) [Accesado el 5 de mayo del 2014]

OMS (2012) Organización Mundial de la Salud, “Obesidad y Sobrepeso”, México.  
En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html> [Accesado el 8 de octubre de 2012]

Ortega, M (2014) “La familia como agente promotor de estilos de vida saludable” en *Red Informal de Documentación sobre la Salud Psicosocial de la Familia*. No. 51, marzo 2014, Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia.

En:  
<file:///D:/ja/Downloads/la%20familia%20como%20agente%20promotor%20de%20salud.pdf> [Accesado el 8 de mayo de 2014]

Ortiz, R. y Álvarez, C. (2009) “Informe de epidemiología de la obesidad y las políticas públicas para su prevención” Observatorio de la obesidad, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. 5 de junio de 2009. Universidad de Alicante.

En:[http://web.ua.es/opps/docs/informes/INFORME\\_DE\\_EPIDEMIOLOGIA\\_Y\\_POLITICA\\_DE\\_OBESIDAD\\_OPPS.pdf](http://web.ua.es/opps/docs/informes/INFORME_DE_EPIDEMIOLOGIA_Y_POLITICA_DE_OBESIDAD_OPPS.pdf) [Accesado el 20 de agosto de 2013]

Palmeros F, 1997”Motivación: Conducta y proceso” en *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*.No.3, 1997, Universitat Jaume I, Castellón de la Plana.

En: <http://reme.uji.es/articulos/numero20/1-palmero/texto.html> [Accesado el 16 de enero del 2014].

Quintana, M. (2011) “Comida Chatarra y alimentación saludable: definiciones, composición, diferencias, ventajas y fuentes” XII Jornadas científicas Sanfernandinas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.

En:<http://medicina.unmsm.edu.pe/bioquimica/jornadas%202013/Dra.%20Margot%20Comida%20chatarra%20y%20alimentos%20salud%20Simposio.pdf> [Accesado el 10 de marzo del 2014]

Ratner, R. et ál (2008) “Estilos de vida y estado nutricional de trabajadores en empresas públicas y privadas de dos regiones de Chile” en *Revista Médica de Chile*. 2008, pp. 1406-1414.

Rodríguez, E. y Pérez A (2010)” Factores de dinámica social asociados a obesidad en adultos en México” en *Estudios Económicos*, vol. 25, núm. 2, julio-diciembre, 2010, pp. 337-362.

Royo, B. (2013) “Obesidad” capítulo 2 en *La alimentación y el consumidor*, Escuela Nacional de Sanidad Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Economía y Competitividad.

En:<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=06/11/2013-9d151ea05e>  
[Accesado el 20 marzo del 2014]

Sánchez, J.L y Pontes, Y (2012) "Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso" en *Nutrición Hospitalaria, Cartas científicas*. 2012, pp.2148-2150.

Sananes, L. (2006)"Alimentación fisiológica" en Ciencias de la Salud, Libros en red.  
En:[www.librosenred.com/libros/alimentacionfisiologica.html](http://www.librosenred.com/libros/alimentacionfisiologica.html) [Accesado el 10 de octubre del 2013]

Secretaría de Salud (2012) "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de Salud", México.

En: <file:///D:/ja/Downloads/nom-012-ssa3investigaci%C3%B3n.pdf> [Accesado el 6 de enero del 2014]

Secretaría de Salud (2005) "El plato del buen comer" Norma Oficial Mexicana NOM-043.SSA2-2005, Dirección General de Promoción de la Salud, México. En: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/6\\_1\\_plato\\_bien\\_comer.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/6_1_plato_bien_comer.pdf) [Accesado el 5 de enero del 2014]

SEGOB (2010) Secretaría de Gobernación, "Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares". México.

En: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5150631&fecha=05/07/2010](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5150631&fecha=05/07/2010) [Accesado el 5 de enero del 2014]

Vander, J. y Thelen M. (2000) "Predictor of body image dissatisfaction in elementary-age school girls" en *US National Library of Medicine*. Diciembre 2000, pp. 22-105

Vilaplana, M. (2005) "Dietas Hipocalóricas. Razones bioquímicas para su fracaso" en *Revista de la oficina de farmacia*. No.1, enero 2005.

En:[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13070732&pident\\_usuario=0&pident\\_revista=4&fichero=4v24n01a13070732pdf001.pdf&ty=5&accion=L&origen=doymafarma&web=www.doymafarma.com&lan=es](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13070732&pident_usuario=0&pident_revista=4&fichero=4v24n01a13070732pdf001.pdf&ty=5&accion=L&origen=doymafarma&web=www.doymafarma.com&lan=es) [Accesado el 20 de Junio del 2014]

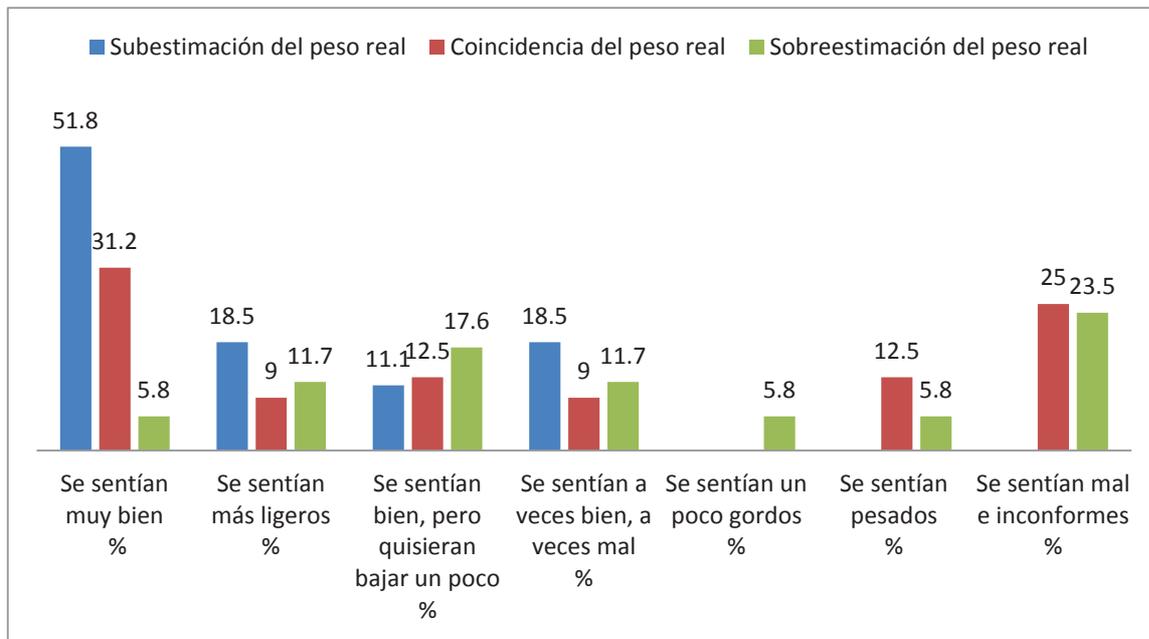
Zaragoza, A. y Ortiz, R. (2012) "Estado nutricional y nivel de actividad física según percepción de los estudiantes de la Universidad de Alicante". En *Revista Española de Nutrición Comunitaria*. 2012, pp.149-153

**ANEXOS**

**Tabla 1.- Características generales de la población estudiada**

	<b>60 personas que asisten a consulta nutricional</b>	<b>34 personas que no asisten a consulta nutricional</b>
<b>Variables</b>	<b>No. de personas</b>	
<b>Sexo</b>		
Hombres	8 (13.3%)	11 (32.3%)
Mujeres	52 (86.6%)	23 (67.6%)
<b>Edad (media)</b>	42 años	38 años
Adulto Joven	23	23
Adulto Maduro	37	11
<b>Estado civil</b>		
Solteros	9 (15%)	14 (41.1%)
Casados	31 (51.6%)	14 (41.1%)
Unión libre	7 (11.6%)	3 (8.8%)
Divorciados	5 (8.3%)	3 (8.8%)
Viudos	2 (3.3%)	-
Separados	6 (10%)	-
<b>Escolaridad</b>		
Sin escolaridad	8 (13.3%)	2 (5.8%)
Primaria	13 (21.6%)	9 (26.4%)
Secundaria	10 (16.6%)	17 (50%)
Preparatoria	8 (13.3%)	5 (14.7%)
Licenciatura	21 (35%)	1 (2.9%)
<b>Nivel socioeconómico</b>		
Clase más baja	18 (30%)	4 (11.7%)
Clase baja	16 (26.6%)	8 (23.5%)
Clase media baja	10 (16.6%)	14 (41.1%)
Clase media	13 (21.6%)	7 (20.5%)
Clase media alta	2 (3.3%)	1 (2.9%)
No dato	1 (1.6%)	
<b>Ocupación</b>		
Burócrata	1 (1.6%)	7 (20.5%)
Ama de casa	19 (31.6%)	2 (5.8%)
Empresario	7 (11.6%)	4 (11.7%)
Estudiante	3 (5%)	2 (5.8%)
Docente	6 (10%)	4 (11.7%)
Oficio	4 (6.6%)	1 (2.9%)
Empleado	7 (11.6%)	6 (17.6%)
Profesionista	11 (18.3%)	6 (17.6%)
Campesino	2 (3.3%)	2 (5.8%)
<b>IMC</b>		
Sobrepeso	30 personas (50%)	17 personas (50%)
Obesidad	30 personas (50%)	17 personas (50%)

**FIGURA 1.- Percepciones de la figura corporal en personas que asisten a consulta nutricional**



## **CAPITULO III**

### **CONCLUSIONES**

El percibir al sobrepeso y a la obesidad como una cuestión de estética o una enfermedad depende del significado que se le da al exceso de peso mediante las pautas culturales e ideológicas que cada persona ha adquirido desde la infancia, al no coincidir el concepto médico del exceso de peso con las ideas populares de la enfermedad (desgaste y daños estructurales corporales centrados en síntomas y causas, es decir sufrir alteraciones y percibir tales modificaciones) descritas por Kornblit y Mendes (2000), es fácilmente percibido como un problema de belleza, ya que la obesidad suele ser asintomática hasta llegar a estadios avanzados.

Los aspectos que conforman la percepción de la imagen corporal determinan las acciones de las personas en cuanto a iniciar o adherirse a un tratamiento de control de peso. El percibirse de un tamaño y peso menor al real (subestimación) estaba relacionado a que se sintieran bien con su cuerpo a diferencia de percibirse con un tamaño y peso mayor al real (sobrestimación) que los hacía sentirse inconformes, según como se perciban influirá en sus conductas.

Los síntomas, molestias y la presencia de otras enfermedades relacionadas con el peso juegan un papel muy importante para que el exceso de peso sea percibido como un problema, en ausencia de síntomas, molestias o estudios de laboratorio elevados, se está percibiendo en menor medida como una enfermedad. El esperar a presentar síntomas o enfermedades para tener una acción de control de peso, contribuye a dejar avanzar la enfermedad.

En las observaciones realizadas se encontró una subvaloración del riesgo que tiene para la salud el sobrepeso y la obesidad. La obesidad es percibida como un problema grave de salud una vez que está muy avanzada relacionada a figuras corporales voluminosas características de la obesidad grado II o III. Habiendo una normalización del exceso de peso en el sobrepeso y la obesidad grado I asociada mayoritariamente a un problema estético. Percibir al sobrepeso y la obesidad como una cuestión estética, ha contribuido a que algunas personas se sientan insatisfechas con su como si fuera un problema de belleza o autoestima.

La diferencia significativa entre los distintos motivos para bajar de peso de los participantes del estudio, radicó en el origen de éstos, una desmotivación en la que no se quiere bajar de peso, se sienten bien con su figura o no se perciben con sobrepeso y obesidad influenciará en que no se lleve a cabo ningún tipo de acción para modificar su estado nutricional.

Una motivación extrínseca en la que quieren bajar para verse mejor estéticamente, por indicación médica, por presión para controlar una enfermedad ya existente, por miedo a enfermarse o para conseguir una pareja, tendían a tener más ambivalencias, no se llevaba a cabo el tratamiento como se indicó y tiende a abandonarse con más frecuencia. Una motivación intrínseca, en la que se relacionaba con el interés mismo de estar más saludables, sentirse con más energía y vivir más tiempo, es la que permite llevar a cabo acciones que mejoraran la salud y la calidad de vida del paciente.

Las situaciones de alto riesgo para no llevar a cabo un control de peso exitoso, como ir a eventos sociales y consumir alimentos que no estaban en su plan de alimentación, consumir alimentos por cuestiones emocionales, ver que otros consumían lo que no podían comer y

que se les antojara y lo consumieran, eran más comunes en quienes tenían motivaciones extrínsecas o estaban desmotivados.

Para las personas con sobrepeso y obesidad modificar hábitos alimenticios y reducir de peso se vuelve una tarea compleja, pues necesitan que diversos factores intervengan como apoyo para que lo logren. En diversas ocasiones tiene que luchar en contra del ambiente obesogénico, las opiniones de la sociedad, el no tener apoyo familiar, el tener al alcance muchas soluciones de reducción no efectivas, equilibrar sus emociones, asistencias nutricionales no actualizadas o con pocas estrategias de apoyo psicológico.

Se cree que el hecho de que el paciente asista a consulta, significa que está motivado y listo para llevar a cabo todas las indicaciones por medio del profesional de salud, lo cual en muchas ocasiones no es así, la ambivalencia de querer bajar de peso y no modificar hábitos de alimentación, ha sido un obstáculo para el cambio. Identificar la motivación, los motivos para bajar de peso, las barreras que se les están presentando permitirá que el control de peso sea más efectivo. Si identificamos que está en una etapa de contemplación o preparación se deberán llevar a cabo estrategias para que logre llegar a la etapa de acción y este motivado a desarrollar nuevos hábitos y comportamientos alimentarios.

Conocer las percepciones de las personas con exceso de peso acerca de su figura corporal, la enfermedad, sus causas, impedimentos y motivaciones, antes de realizar un diseño de estrategias, permitirá tener un amplio conocimiento de su visión y desde ahí generar nuevas soluciones a partir de la problemática de la población. Adentrarse a las percepciones y motivaciones de las personas con sobrepeso y obesidad, nos permitirá

comprender la problemática por medio de su visión y desde ahí diseñar estrategias integrales y más efectivas para el control de peso.

## **RECOMENDACIONES**

Diversas asociaciones sin fines de lucro luchan contra el sistema y las políticas macro estructurales que juegan un papel muy importante para la generación de la obesidad. Modificar las grandes estructuras no es una tarea fácil pues están implícitos intereses políticos y económicos influenciados por las grandes empresas alimentarias. Sin embargo pueden realizarse cambios importantes en las instancias de salud, consultorios de nutrición y la sociedad en general en pro de su salud.

Para un alcance masivo es necesario que la educación y promoción de una correcta valoración de la figura corporal así como una información veraz acerca de los riesgos y las recomendaciones para la reducción de peso, sean elaboradas como aquellas que realizan las grandes empresas alimentarias para la publicidad de sus productos, mediante un grupo de expertos en persuasión y mercadotécnica, enfocados a un fin social, para tener resultados similares y un impacto considerable en la población. A nivel local en los consultorios nutricionales es indispensable contar con estrategias de intervención psicológicas para acompañar el proceso de control de peso.

El núcleo familiar juega un papel muy importante en la prevención de la obesidad con la creación de hábitos y conductas alimenticias desde la infancia, es indispensable enfocarse en las familias que esperan un hijo para la creación de hábitos saludables, mediante información efectiva acerca de la lactancia materna y nutrición infantil y hacer hincapié en lo dañino del consumo de fórmulas lácteas y alimentación chatarra. Así mismo cuando se encuentra una persona adulta en un control de peso, el apoyo familiar es clave para llegar a

la meta, es esencial formar una red de apoyo del paciente con todos los integrantes de su familia y que se asuma un compromiso colectivo de modificar hábitos alimenticios, con esto tendrá más posibilidades de éxito que si tiene que luchar con los antojos y las burlas de su núcleo familiar.

Dar información a los padres acerca de la importancia de llevar a cabo las señales de hambre y saciedad de sus hijos, todos nacemos con la capacidad de regular el ciclo alimentario, cuando por desinformación o temor a que los niños no crezcan adecuadamente se les obliga a consumir más alimentos de lo que su organismo está determinando como suficiente, se va perdiendo la capacidad de reconocer las señales fisiológicas e inicia el desequilibrio que más tarde puede ocasionar ingerir más alimentos de lo que se necesitan y por otras razones diferentes al hambre.

En consulta nutricional así como en las campañas de salud es necesario dejar de recomendar el consumo de alimentos por medio de horarios e implementar recomendaciones acerca de la alimentación fisiológica para rehabilitar el ciclo alimentario, informándoles acerca de cómo reconocer las señales de hambre y saciedad y facilitar que en áreas de trabajo y escuelas, tengan tiempos suficientes para permitir que las personas puedan consumir alimentos basándose en éstas señales.

Analizar los datos antropométricos del paciente así como dar información acerca de los riesgos y el plan de alimentación en la consulta nutricional no han sido suficientes. Evaluar el tipo y etapa de motivación que tiene el paciente en el momento que acude a consulta, son elementos importantes para poder guiarlo a llevar a cabo acciones en pro de su salud, en el que el paciente tome un papel activo en la consulta y no solo sea receptor.

Es necesario impulsar las campañas que revelan las características de los productos alimenticios industrializados, vigilan las políticas públicas y el desempeño de las empresas alimentarias favoreciendo al consumidor y supervisando que no se afecten sus derechos. Es indispensable que las personas tengan información acerca de cómo interpretar los etiquetados de los productos industrializados, tanto en los ingredientes como en la composición, para que decidan de manera consciente por la calidad nutricional de éstos y no por las características publicitarias del producto.

Elaborar campañas para que las personas perciban que tienen sobrepeso y obesidad y los riesgos que éstas condiciones conllevan para su salud, no es tarea fácil, sin embargo es necesario para que inicien acciones en pro de su salud. Una vez que las personas se dispongan a iniciar una reducción de peso, es indispensable desenmascarar aquellas soluciones inmediatas por medio de productos, aparatos, cremas, geles, licuados, etc., que no van a solucionar su problema, pues si bajan, hay una gran posibilidad de que recuperen su peso al no haber una modificación real de sus prácticas alimenticias, si no también que aumente la frustración y se haga más difícil llegar a la meta. En cuanto a los consultorios de nutrición regulados, es necesario unificar información y actualizarla, así como implementar nuevas estrategias que permitan una mayor participación del paciente para llevar a cabo un control más exitoso.

Llevar a cabo el modo de “entrevista motivacional” en la consulta, permite tener metas más claras y un mejor enfoque que la asistencia indirecta que se realiza comúnmente. La entrevista motivacional se centra en el paciente y en guiarlo a un cambio en el comportamiento, ayudando al paciente a que vaya explorando y resolviendo ambivalencias.

## LITERATURA CITADA

Abad, F. et al (2012) “Percepción de la propia imagen corporal en pacientes obesos o con sobrepeso” en *Revista de Enfermería*. No.2, Agosto 2012, La Laguna, Tenerife. En: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/16/15> [Accesado el 20 de abril del 2014]

Arana, B. y Millán, G. (2012) “Primer encuentro Binacional México-Colombia, de prevención y control de la obesidad” en *Viva Salud, Gaceta informativa del Instituto Nacional de Salud Pública*. Año 4, número 3. Mayo-Junio 2012, pp. 34-40

Barquera, S et al (2012a) “Obesidad en México: Políticas y programas para su prevención y control”. *Publicaciones y Fomento Editorial de la Universidad Autónoma de México*, D.F., México.

Barquera, S et al (2012b) “Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012” *Salud Pública de México*. No.2, 2013, México.

Barquera, S. et al (2012c) “Sobrepeso y obesidad en adultos” Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, resultados por entidad federativa, Instituto Nacional de Salud Pública. México. En: <http://ensanut.insp.mx/informes/Chiapas-OCT.pdf> [Accesado el 5 de abril del 2014]

Barrio, P. y Mejía A. (2010) “Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad” en *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria*, No.6, Junio de 2010, México. En: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-40/creencias-percepciones-las-personas-obesas-acerca-obesidad-13150989-originales-2010> [Accesado el 5 de enero del 2014]

Bensimhon, D., Kraus W. y M. Donahue, (2006) “Papel de la Actividad Física en el Tratamiento de la Obesidad” en *Sociedad Iberoamericana de Información Científica*. Marzo

2003, Duke University Medical Center and Duke Clinical Research Institute, Durham, EE.UU.

En: <http://www.intramed.net/UserFiles/85700.pdf> [Accesado el 5 de Agosto del 2013]

Brosens, C. (2009) "Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad" en *Evidencia. Actualización en la práctica ambulatoria*. No.3, Julio/Septiembre 2009. En: <http://www.foroaps.org/files/bgfbre.pdf> 2010 [Accesado el 18 de mayo del 2014]

Cabrera, G. (2000), "El modelo transteórico del comportamiento en la salud" En *Revista de la facultad nacional de salud pública*. No. 2, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. En: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12018210.pdf> [Accesado el 20 de abril del 2013]

Camacho, J. (2003), "El ABC de la terapia cognitiva" en Fundación Foro, Formación, Asistencia, Prevención e investigación en Salud Mental.

En: <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf> [Accesado el 5 de abril del 2014]

Cánovas, B. et al. (2001) "Concordancia entre la autopercepción corporal y el IMC calculado en una población voluntaria captada el IV Día Nacional de la Persona Obesa" *Nutrición Hospitalaria*. No.4, Unidad de Nutrición Clínica. Hospital de Ramón y Cajal. Madrid. En: [http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n3/07\\_original\\_03.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n3/07_original_03.pdf) [Accesado el 5 de mayo del 2014]

Costa, J. y Gil, J. (2004) "Social interactions and the contemporaneous determinants of individuals' weight" en *Fundación de Estudios de Economía Aplicada*. No. 19, Junio 2011, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España.

En:<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0003684042000280562#preview> [Accesado el 15 de mayo del 2014]

Deci, E. y Ryan, R. (1985), "The General Causality Orientations Scale: Self-Determination in Personality". In *Journal of Research in Personality*, pp. 109-134.

García, E. (2007). "Teoría de la Mente y Ciencias Cognoscitivas". Dpto. Psicología Básica II. Procesos Cognitivos, Universidad Complutense, Madrid.

En:<http://eprints.ucm.es/8607/1/ASINJA.%2520Teoria%2520de%2520la%2520mente.pdf>

[Accesado el 20 de Enero del 2014]

González, D. (2008). "Psicología de la motivación". Edición de María Emilia Remedios Hernández, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, Cuba.

González, L. et al (2007) "La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso" *Revista Chilena de Nutrición* Vol. 34, Nº1, marzo 2007, pp. 46-54, Santiago.

En:[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182007000100005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182007000100005)

[Accesado el 6 de marzo del 2014]

Gutiérrez et al (2010) "Diez problemas de la población de Jalisco: Una perspectiva demográfica" Publicaciones del Gobierno del estado de Jalisco. Secretaría General de Gobierno. En: <http://coepo.app.jalisco.gob.mx/PDF/LibroDiezproblemas/Capitulo1.pdf> 24 junio 2012 [Accesado el 20 de septiembre del 2013]

Sananes, L. (2006) "Alimentación fisiológica" en Ciencias de la Salud, Libros en red.

En:[www.librosenred.com/libros/alimentacionfisiologica.html](http://www.librosenred.com/libros/alimentacionfisiologica.html) [Accesado el 10 de octubre del 2013]

Harris, C. et al, (2007) "BMI-based body size guides for women and men: development and validation of a novel pictorial method to assess weight-related concepts". in *International Journal of Obesity*. August 2007, pp. 336–342.

INEGI (2010) Instituto Nacional de Estadística y Geografía, "Estadísticas a propósito del día de muertos, datos de Chiapas".

En: [www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../2010/muertos7.doc](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../2010/muertos7.doc)

[Accesado el 9 de noviembre del 2012].

ISECH (2009) Instituto de Salud de Chiapas "5 pasos para tu salud" Chiapas.

En: <http://salud.chiapas.gob.mx/doc/diptico5pasos.pdf> [Accesado el 10 de noviembre de 2013]

Lara, B. et al. (2011) "Percepción materna de sobrepeso-obesidad infantil y riesgos de salud en Nuevo Laredo, Tamaulipas, México" en *Salud Pública de México*. No.3, Mayo/Junio 2011, Nuevo Laredo, México.

En:[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342011000300010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342011000300010&script=sci_arttext)  
Accesado el 20 de Marzo de 2014]

Lara, R. et al. (2012) "La autopercepción corporal y el IMC como indicadores del estado nutricional de estudiantes universitarios" en *Nutrición Clínica y Dietética*. No. 2, Universidad Autónoma del Carmen, Campeche.

En:[http://www.nutricion.org/publicaciones/revista\\_2012\\_32\\_2/AUTOPERCEPCION-CORPORAL.pdf](http://www.nutricion.org/publicaciones/revista_2012_32_2/AUTOPERCEPCION-CORPORAL.pdf) [Accesado el 10 de marzo de 2014]

Lethbridge, J. (2003) "Forces and Reactions in the Health Care" in *Public Services International Research Unit (PSIRU)*, University of Greenwich, London.

En:<http://www.gurn.info/en/topics/health-politics-and-trade-unions/reforms-in-the-health-care-systems/reforms-in-the-health-care-systems-2/forces-and-reactions-in-the-health-care-lethbridge-jane-psiru-2003> [Accesado el 20 de febrero de 2014]

López, R. (2011) "Obesidad y desnutrición afectan nuestro estado" en *La Voz de los Altos de Chiapas*. 18 de enero de 2011, Año: XXVI.

Mendizábal, T. y Delgado, D. (2009). "Actitudes y Percepciones de Mujeres con Sobrepeso u Obesidad Sobre Los Alimentos y el Sobrepeso en un Comedor Popular" Documento de la conferencia en el Congreso Latinoamericano de Nutrición: SLAN. Enero de 2009.

Moreno J. et al. (2007) “Analizando la motivación en el deporte: un estudio a través de la teoría de la autodeterminación” en *Apuntes de Psicología*. No. 1, Universidad de Sevilla, España.

En: <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/113/115> [Accesado el 18 de Julio de 2014]

Moreno J. et al. (2009) “Complementando la teoría de la autodeterminación con las metas sociales: un estudio sobre la diversión en la educación física” en *Revista Mexicana de psicología*. No. 2, Julio 2009. Universidad Miguel Hernández de Elche. En: <file:///D:/ja/Downloads/Complementando%20la%20teor%C3%ADa%20de%20la%20autodeterminaci%C3%B3n.pdf> [Accesado el 18 de Julio de 2014]

Oliva, O. y Fragoso S. (2007) “Consumo de comida rápida y obesidad, el poder de la buena alimentación en la salud” en *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. Vol.4, Número 7, Julio – Diciembre 2013, pp. 176-199.

OMS (2012) Organización Mundial de la Salud, “Obesidad y Sobrepeso”, México.

En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html> [Accesado el 8 de octubre de 2012]

OMS (2014a) Organización Mundial de la Salud, “Obesidad y sobrepeso”, México. En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> [Accesado el 15 de Julio de 2014]

OMS (2014b) Organización Mundial de la Salud, “Actividad Física”, México. En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/> [Accesado el 8 de Junio de 2014]

Ortiz, R. y Álvarez, C. (2009) “Informe de epidemiología de la obesidad y las políticas públicas para su prevención” Observatorio de la obesidad, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. 5 de junio de 2009. Universidad de Alicante.

En:[http://web.ua.es/opps/docs/informes/INFORME\\_DE\\_EPIDEMIOLOGIA\\_Y\\_POLITICA\\_DE\\_OBESIDAD\\_OPPTS.pdf](http://web.ua.es/opps/docs/informes/INFORME_DE_EPIDEMIOLOGIA_Y_POLITICA_DE_OBESIDAD_OPPTS.pdf) [Accesado el 20 de agosto de 2012]

Padilla, G. et al, (2007) "Percepción del peso corporal y estrategias utilizadas para controlarlo, en adultos costarricenses" en *Revista Costarricense de Salud Pública*. No.31, diciembre de 2007, Costa Rica.

En:[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292007000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292007000200009&script=sci_arttext) [Accesado el 28 de agosto de 2013]

Palacios, A. (2010) "Representaciones sociales de la ciudad y la otredad" en *Revista Austral de Ciencias Sociales*. No.18, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. [Accesado el 9 de julio de 2014]

En: [http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-17952010000100003&script=sci\\_arttext](http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-17952010000100003&script=sci_arttext)

Pérez, J. y Gómez, A. (2009) "Entrevista Motivacional" Apuntes de docencia. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Universidad de Chile.

Quintana, M. (2011) "Comida Chatarra y alimentación saludable: definiciones, composición, diferencias, ventajas y fuentes" XII Jornadas científicas Sanfernandinas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.

En:<http://medicina.unmsm.edu.pe/bioquimica/jornadas%202013/Dra.%20Margot%20Comida%20chatarra%20y%20alimentos%20salud%20Simposio.pdf> [Accesado el 10 de marzo del 2014]

Ramos, N. (2002) "Hambre, saciedad y apetito. Su repercusión en el estado de nutrición de los individuos" en *Nutrición Clínica*. No. 4, Universidad Autónoma Metropolitana.

En:[http://misentornos.com/asp\\_folder\\_gallery/images/documentos\\_articulos/obesidad\\_articulos/hambre\\_saciedad\\_y\\_apetito.pdf](http://misentornos.com/asp_folder_gallery/images/documentos_articulos/obesidad_articulos/hambre_saciedad_y_apetito.pdf) [Accesado el 28 de marzo de 2014]

Rodríguez, E. y Pérez A. (2010) “Factores de dinámica social asociados a obesidad en adultos en México” en *Estudios Económicos*, vol. 25, núm. 2, julio-diciembre, 2010, pp. 337-362.

Ruiz, V. y Ruiz, J. (2006) “Dimensiones Psicosociales de la obesidad” en *Gaceta Urbana*. No. 3.

En:[http://www.hablemosclaro.org/Repositorio/biblioteca/b\\_94\\_Dimensiones\\_psicosociales\\_de\\_la\\_obesidad.pdf](http://www.hablemosclaro.org/Repositorio/biblioteca/b_94_Dimensiones_psicosociales_de_la_obesidad.pdf) [Accesado el 10 de marzo del 2014]

Sánchez, D. et al. (2011) “Teoría de la autodeterminación y comportamientos prosociales en jóvenes jugadores de fútbol” en *Institut Nacional d'Educació Física de Catalunya*. Generalitat de Catalunya, No.103, Enero-marzo 2011. En: <http://www.revista-apunts.com/es/hemeroteca?article=1463> [Accesado el 18 de Julio del 2014]

Silvestri, E. y Stavile, A. (2005) “ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD, Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario” Posgrado en Obesidad a Distancia, abril de 2005, Universidad Favaloro, Córdoba. En: <http://www.nutrinfo.com/biblioteca/monografias/ob05-02.pdf> [Accesado el 20 de abril del 2014]

Secretaría de Salud (2013) “Muévete, Chécate, Mídete” Gobierno del estado de Chiapas. En:<http://salud.chiapas.gob.mx/Portal/informacion/promocion/checate-midete-muevete-la-familia/> [Accesado el 9 de Julio del 2014]

Vargas, L. (1994) “Sobre el concepto de percepción” en *Alteridades*.No.8 Universidad Autónoma Metropolitana, México. En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004> Accesado el 15 de abril del 2013]

Villalobos, V. et al. (2012) “Instrumentos para evaluar el cambio de hábitos relacionados con el control d peso”. En *Revista Salud Pública y Nutrición*. No.1, Enero/marzo. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey.

En: <http://www.respyn.uanl.mx/xiii/1/comunicaciones/instrumento.htm> [Accesado el 29 de noviembre del 2013]

Wells, Jonathan (2012) “¿Investigadores en obesidad deben pensar cómo capitalistas?” en *SciDev.Net*. Londres, En <http://www.scidev.net/es/opinions/-investigadores-en-obesidad-deben-pensar-como-capi.html> [Accesado el 7 de Junio del 2013]

Zaragoza, A. y Ortiz, R. (2012) “Estado nutricional y nivel de actividad física según percepción de los estudiantes de la Universidad de Alicante” en *Revista Española de Nutrición Comunitaria*. 2012, pp.149-153

**ANEXOS**

**FIGURA 1. Clasificación del peso corporal basado en el IMC**



Fuente: Harris et ál. (2005) Women's and men's BSG images, weight classifications and perceptions by respondents. Weight classifications are based on measured BMI; weight perceptions, held by a majority of respondents (>50%), are indicated by the lines below each body.

**Guía de entrevista a personas con sobrepeso u obesidad que asistieron a consulta nutricional:**

**PERCEPCIONES Y MOTIVACIONES DE INDIVIDUOS EN CONTROL DE PESO.**

**-DATOS ANTROPOMÉTRICOS**

PESO:

ESTATURA:

EDAD:

IMC:

**-DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:**

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDAD:

SEXO:

OCUPACIÓN:

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

a) 0 a 2699

b) 2700 a 6799

c) 6800 a 11599

d) 11600 a 34999

e) 35000 a 84999

f) 85000

## SECCIÓN A

A1.- ¿Cómo definiría el sobrepeso?

A2.- ¿Cómo definiría a la obesidad?

A3.- ¿Cuáles serían los criterios que utilizaría para decir si una persona tiene sobrepeso o tiene obesidad sólo con verla?

A4.- ¿En su familia hay personas que presenten sobrepeso u obesidad? ¿Cuál?

A5.- ¿Considera usted que tiene sobrepeso u obesidad?, ¿Cuál?, ¿Desde cuándo?

A6.- ¿Hubo algún evento específico que recuerde que pueda haber contribuido para tener sobrepeso u Obesidad? ¿Cuál?

	DESAYUNO	COLACIÓN (entre el desayuno Y la comida)	COMIDA	COLACIÓN (entre la comida y la cena)	CENA
A7.- ¿En qué lugar consume sus alimentos?					
A8.- ¿Quién lo acompaña regularmente?					
A9.-Describa todos los alimentos consumidos el día de ayer:					
A10.- ¿Quién prepara los alimentos?					
A11.- ¿Cuenta con horas libres para tomar sus alimentos?					

A12.- ¿Existe alguna diferencia entre lo que consume de lunes a viernes a el fin de semana?

A13.- ¿Consume alimentos por cambio de ánimo? ¿En qué momento?

A14.-	SI O NO	FRECUENCIA
¿Consume refrescos?		
¿Consume jugos? ¿Naturales o envasados?		
¿Consume galletas?		
¿Consume papitas?		
¿Consume dulces, chocolates?		

A15.- ¿En qué lugar suele comprar sus alimentos? ( supermercado, mercado, tienda de abarrotes)

**SECCIÓN B:**

B1.- ¿Qué tratamientos conoce para bajar de peso?

B2.- ¿Qué métodos ha llevado a cabo para reducir su peso?

Tratamientos para bajar de peso	Duración	¿Cuánto bajo?	¿Recupero peso?	¿Cuánto Peso recupero?	¿En cuánto tiempo lo recupero??

B3.- ¿Para reducir de peso, se ha quitado usted mismo/a ciertos alimentos? ¿Qué alimentos?

B4.- ¿Cuáles fueron las dificultades que presentó al llevar el plan de reducción?

B5.- ¿En qué momentos sintió ansiedad durante el control de peso? ¿Qué hacía para no estar ansioso/a?

B6.- ¿Cree que el llevar el plan de alimentación es más costoso económicamente?

B7.- ¿Cuáles cree que han sido las causas que hayan provocado su sobrepeso u obesidad?

B8.- ¿Por qué cree usted que a algunas mujeres / hombres nos cuesta trabajo adelgazar?

### **SECCIÓN C**

1C.- ¿Identifica las señales de hambre en su organismo para comer (sensación de vacío, gruñidos, etc.)? o ¿se guía por las horas del reloj para realizar su desayuno, comida y cena?

2C.- ¿Suele consumir sus alimentos cuando aparecen estas señales de hambre en su organismo o deja pasar más tiempo en comer?

3C.- ¿Consume alimentos aunque no tenga hambre? ¿Porque?

4C.- ¿Cómo distingues las sensaciones de saciedad en su organismo?

5C.- ¿Deja de comer sus alimentos cuando se encuentra satisfecho?

## SECCIÓN D:

Figura 1. Mujeres

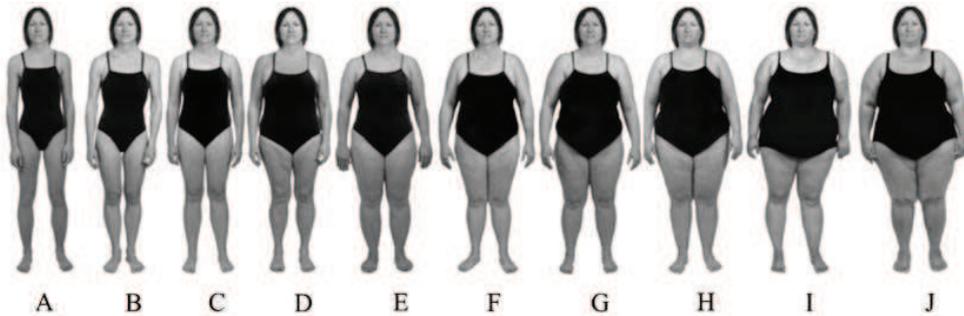


Figura 2. Hombres



1D.- Ubíquese en la Figura 1 o en la 2 (dependiendo si es mujer u hombre) y dime la letra que corresponda a la imagen del cuerpo con la que te identificas.

2D.- Ubíquese en la Figura 1 o en la 2 (dependiendo si es mujer u hombre) y dime la letra que corresponda a la imagen del cuerpo que desearías tener.

3D.- ¿Cómo se sientes con tu cuerpo?

4D.- ¿Cuál cree que sería su peso ideal?

5D.- ¿Considera que la obesidad es una enfermedad?

6D.- ¿Cree que tiene riesgo de tener complicaciones? ¿Cuáles?

## SECCION E:

1E.- ¿Por qué motivo quiere adelgazar?

2E.- Si pudiera determinar en una escala del 1 al 10 que tan motivado se siente, ¿qué número elegiría?

3E.- ¿Qué lo motiva a llevar a cabo su control de peso?

4E.- ¿Qué considera mejor y más efectivo, los planes de alimentación en los que bajas paulatinamente o aquellos en los que bajas mucho en poco tiempo?

5E.- ¿Cree usted que en su caso —ha batallado con el peso? ¿Por qué?

6E.- ¿Qué síntomas o signos le permitirían reconocer a la obesidad como un problema?

7E.- ¿Usted tiene alguno de estos síntomas?

8E.- ¿Cuáles son sus impedimentos para llevar a cabo su reducción de peso?

9E.- ¿Qué razones le harían cambiar de hábitos alimentarios?

10E.- ¿Qué razones le harían no cambiar de hábitos alimentarios?

11E.- ¿Qué lo ha ayudado, qué ha funcionado para su control de peso?

12E.- ¿Cuáles serían los beneficios de bajar de peso para usted?

13E.- ¿Se siente comprometido a seguir su plan para bajar de peso?

14E.- ¿Si hay ciertos alimentos que no debe consumir durante su proceso de reducción, puede controlarse y no consumirlos?

15E.- ¿Cuáles son las situaciones difíciles o de riesgo, en las que no lleva a cabo su tratamiento?

17E.-¿Qué podría hacer en esas situaciones para controlarlas?

18E.- ¿Cuenta con el apoyo de su familia, amigos, pareja, para llevar a cabo su control de peso?

¿De qué manera lo apoyan?

## **SECCIÓN F:**

1F.- ¿Cuáles son los alimentos que consumía con mayor frecuencia en su infancia?

2F.- ¿En la edad más temprana de su infancia que recuerde, tenía que comerse todo lo que estaba en el plato, o podía dejar comida y no pasaba nada?

3F.- ¿Cuándo era niño/a podía comer cuando tenía hambre o a una hora específica determinada por la familia?

4F.- ¿Cuáles son las creencias familiares acerca de la comida?

5F.- Cuando llega a una comida familiar o de amigos, aunque no tenga hambre, ¿tiene que comer para quedar bien con ellos?

6F.- ¿Hay personas con las que usted cuenta para hacer ejercicio o ir a caminar?

7F.- ¿Hay personas que la hayan criticado por sus intentos de adelgazar?, ¿qué le han dicho?

## **SECCIÓN G:**

1G.- ¿A qué se dedicas actualmente?

2G.- ¿Cuántas horas pasas trabajando?

3G.- ¿En tu trabajo por lo regular se encuentras sentado, o se mueves de un lugar a otro y está activo?

4G.- ¿Qué hace regularmente después de terminar su jornada diaria de trabajo?

5G.- ¿Utilizas coche, taxi, bicicleta, autobús o caminas para desplazarte?

6G.- ¿Qué actividades realizas para divertirte?

7G.- ¿Asistes de manera periódica a algún centro deportivo?

8G.- ¿Realizas algún ejercicio? ¿Qué ejercicio realizas? ¿Cuánto tiempo le dedicas y con qué frecuencia?