



**Universidad Autónoma del Estado de México**  
**Centro Universitario UAEM Amecameca**  
**Licenciatura en Nutrición**

**Representaciones sociales de la actividad física, deporte y  
dieta en pacientes con obesidad.**

**TESIS**

Que para obtener el título de  
Licenciada en Nutrición

PRESENTA

**López González Arely Aide**

ASESOR

**Dr. En C.S.C. Casas Patiño Oscar Donovan**

COASESOR

**M. En S.S. Rodríguez Torres Alejandra**

Amecameca, Edo. De México 2019

## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	4
2. 1 Obesidad.....	4
2.1.1 Fisiología de la obesidad.....	4
2.1.2 Causas de la Obesidad .....	6
2.1.3 Diagnóstico Nutricional y Clínico.....	8
2.1.4 Evaluación del Estado de Nutrición.....	9
2.1.5 Tratamiento Nutricional y Deportivo .....	9
2.1.6 Sociología de la Obesidad .....	17
2.1.7 Entorno social .....	18
2.1.8 Complicaciones Sociales de la obesidad a la Salud.....	19
2.2 Actividad Física .....	33
2.2.1 Subcategorías de la Actividad física.....	36
2.2.2 Ejercicio.....	36
2.2.3 Deporte.....	37
2.2.4 Representaciones sociales .....	38
2.2.5 Teoría de las representaciones sociales .....	39
2.2.6 Origen.....	39
2.2.7 Elementos.....	43
2.2.8 Construcción .....	46
2.2.9 Metodología.....	46
III. JUSTIFICACIÓN .....	50
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	53
V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	55
VI. OBJETIVO GENERAL.....	56
6.1 Objetivos Específicos.....	56
VII. ESTADO DEL ARTE.....	57
VIII. METODOLOGÍA.....	63

8.1 Teoría y Métodos .....	63
8.1.2 Diseño del estudio .....	63
8.1.3 Población y muestra.....	63
8.1.4 Variables .....	63
8.1.5 Operacionalización de variables .....	64
8.1.6 Universo de trabajo y muestra. ....	65
8.1.7 Unidades de estudio y observación.....	66
8.1.8 Instrumento de investigación. (Anexo 1) .....	66
8.1.9 Consentimiento informado. (Anexo 2).....	67
8.2 Criterios de inclusión. ....	67
8.2.1Criterios de exclusión.....	67
8.2.2 Desarrollo de proyecto.....	67
8.2.3 Métodos, procedimientos, técnicas e instrumentos .....	67
8.2.4 Límite de tiempo y espacio. ....	69
IX. IMPLICACIONES ÉTICAS .....	69
10.1 Estadística descriptiva .....	70
10.2 Descripción de Resultados .....	71
XI. CONCLUSIONES.....	92
XII. RECOMENDACIONES .....	95
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
XIV ANEXOS.....	110
Anexo 1.....	111
Anexo 2.....	112

## **Dedicatoria**

El presente trabajo está dedicado a Dios ya que gracias a él he logrado concluir mi licenciatura, me ha dado la oportunidad de ser un profesional de la salud a su servicio, por ser un inspirador y darme la fortaleza para continuar en el camino y llegar a este día tan anhelado.

A mi mami porque ha sido un pilar fundamental en mi formación como profesional, por brindarme el amor incondicional, confianza, consejos, oportunidad para lograrlo y hacer de mí una mejor persona.

A mi papi que, aunque ya no está físicamente con nosotros, pero se que desde el cielo siempre me ha acompañado en este proceso tan importante y que hoy también sería para él uno de los más importantes.

Finalmente quiero dedicar este trabajo a todos mis hermanos y amigos, por estar siempre presentes en este proceso tan importante, por apoyarme en todo momento cuando lo necesite y extender su mano en momentos difíciles, por el amor brindado incondicionalmente; gracias a todos los llevo en mi corazón.

## **Agradecimientos**

Quiero expresar mi gratitud al Dr. Donovan Casas a la Mtra. Alejandra Rodríguez y al Mtro. Adán Flores, quienes son personas de gran sabiduría, por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro.

Este proceso no ha sido sencillo, pero gracias a su apoyo incondicional, a las ganas de transmitirme sus conocimientos y dedicación que los ha regido, he logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo de mi tesis con éxito y alcanzar la titulación profesional.

**TÍTULO:**

**Representaciones Sociales de la Actividad Física, deporte y dieta en pacientes con Obesidad.**

## I. INTRODUCCIÓN

La obesidad es un “síndrome heterogéneo o enfermedad crónica multifactorial compleja caracterizada por el aumento de tejido adiposo, influida por factores metabólicos, fisiológicos, genéticos, moleculares, culturales y sociales”

La obesidad se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud pública, por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) han definido a la obesidad como “la enfermedad epidémica no trasmisible más prevalente del siglo XXI” <sup>(1)</sup>. También han definido que la causa más común del sobrepeso y obesidad es un desequilibrio energético entre las calorías consumidas (dieta) y gastadas entre: actividades de la vida diaria, actividad física y práctica deportiva.

La importancia clínica y epidemiológica de la obesidad se centra principalmente en su asociación con el desarrollo de diferentes enfermedades: cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemias y neoplasias, es así que esta enfermedad es multipatológica.

Según la OMS, la obesidad se ha ido duplicando en todo el mundo; ya que en el año 1974 había un total estimado de 105 millones de adultos con obesidad y para el 2014, ese número se había disparado a 640 millones igualmente adultos con obesidad; la cual era una cifra más de seis veces mayor. <sup>(2)</sup>

Anteriormente el sobrepeso y la obesidad se consideraban un problema propio de países con altos ingresos, actualmente ambos trastornos van en aumento en países con ingresos medianos y bajos, y, además, de contar con avances tecnológicos, médicos, así como nutricios, esta enfermedad aumenta en proporciones nunca antes vistas <sup>(2)</sup>.

La obesidad es una enfermedad multifactorial cuya causa principal es el desequilibrio entre las calorías consumidas y utilizadas, debido a dos tipos de factores: intrínsecos y extrínsecos. También existen cuatro factores de riesgo (sedentarismo, tabaquismo, el régimen alimentario poco saludable y el consumo

nocivo de alcohol) estos a su vez incrementa a otros factores biológicos de riesgo como la hipertensión arterial, la hiperglucemia, las dislipidemias y la obesidad, estos factores de riesgo y los cambios de estilo de vida poco saludables son motivo de preocupación en toda la región. Estos cambios en los estilos de vida se ven afectados por otros factores a escala mundial, tales como la urbanización, la globalización alimentaria, el progreso tecnológico y el desarrollo socioeconómico <sup>(3)</sup>. Estas modificaciones en los estilos de vida conllevan grandes consecuencias. La más visible de ellas es el sobrepeso y la obesidad; de los cuales se calcula que, como mínimo, un 50% de los adultos tienen sobrepeso en los países de América. En algunos países como México, Nicaragua y los Estados Unidos, más del 75 % de los adultos presentan sobrepeso y obesidad <sup>(4)</sup>.

La globalización de los alimentos ha promovido un cambio en las preferencias dietéticas por alimentos muy procesados, de alto nivel calórico y deficientes desde el punto de vista nutricional. El régimen alimenticio moderno es rico en grasas y azúcares, y la ingesta de sal es superior a los 5 g/día recomendados. Este exceso de sal en la dieta procede de comidas ya preparadas y diversas fuentes, y es, por, si solo el responsable de casi 10% de las enfermedades cardiovasculares <sup>(4)</sup>.

Según *Ortiz, et al. (2005)* la alimentación en México es abordada desde tres vertientes las cuales son: Las políticas de gobierno, ellas se encargan de impulsar la producción y abasto de alimentos. A partir de estas políticas surgen conceptos importantes como son la seguridad alimentaria, autosuficiencia y la soberanía, mismo que crean el escenario para la implementación de nuevas políticas estratégicas.

La segunda vertiente son los estudios de orden económicos, a partir de ellos se construyen los cambios en el patrón alimentario mexicano; enfatizando en el predominio que tiene la industria alimentaria; así como también el papel que juega el factor de ingresos económicos en el consumo de alimentos en los diferentes estratos sociales. y como tercer lugar tenemos el acercamiento de la antropología que ha contribuido al estudio de los hábitos y costumbres y prácticas culturales que rigen la alimentación en México <sup>(5)</sup>.

La alimentación constituye la base energética de nuestra vida, la energía para cumplir las actividades diarias depende en gran medida de la forma de alimentarnos; nuestra salud se resiente cuando la alimentación es inadecuada, excesiva, insuficiente o desequilibrada. Por esta razón es necesario saber en qué consiste una alimentación saludable, familiarizar a los grupos de personas más vulnerables de padecer obesidad, para que estos se encuentren más concientizados sobre la importancia de llevar un estilo de vida saludable <sup>(2)</sup>.

Finalmente, para examinar de forma sociocultural los factores que influyen en el desarrollo de la obesidad y la configuración que se le ha dado a la dieta, actividad física y el deporte en el colectivo obesogénico, debemos desarrollar a profundidad el origen, funcionamiento y la construcción de las representaciones sociales y cómo influyen en la formación de conductas, toma de decisiones y la interacción social de este colectivo. Siendo esto fundamental para estos grupos estudiados ya que de esta manera les permite asegurar la adaptación en la sociedad para crear nuevos constructos sociales.

Por este motivo es de suma importancia alcanzar a identificar, analizar y clasificar una representación social en estos colectivos, para esto es necesario entender los procesos que muestran la interdependencia entre la actividad psicológica y sus condiciones sociales a través de la objetivación y el anclaje de una representación social <sup>(6)</sup>.



## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2. 1 Obesidad**

La obesidad representa un serio problema epidemiológico en el mundo contemporáneo constituyéndose como un de los mayores desafíos de la salud pública del siglo XXI. La obesidad es el resultado de una interacción entre la dieta y la actividad física y el ambiente en el cual abarca elementos físicos y sociales que estructuran el ambiente obesogénico en el que la tendencia del mundo moderno y la tecnología actual condicionan patrones de trabajo y de transporte más sedentarios.

La transcendencia de la obesidad ha demostrado disminuir la longevidad, la calidad de vida, y la productividad económica al considerarse un factor de riesgo mayor para las enfermedades crónicas<sup>(7)</sup>.

La obesidad, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) es definida como la acumulación anormal o excesiva de grasa, donde el indicador más común que se utiliza para identificar el exceso de peso es el índice de Masa Corporal (IMC)<sup>(8)</sup>.

#### **2.1.1 Fisiología de la obesidad**

La obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial y multicausal, corresponde a una alteración de la correcta función del tejido adiposo, en su capacidad para almacenar grasa. Además, ésta conlleva a una situación de inflamación del citado tejido (lipo-inflamación), íntimamente vinculada a desórdenes metabólicos, que a su vez están estrechamente asociados con el síndrome metabólico.

Asimismo, de forma concomitante y sin que exista una línea divisoria clara entre uno y otro fenómeno, surge la resistencia a la insulina sistémica, formando un vínculo entra la obesidad y sus alteraciones metabólicas que la acompañan.

El adipocito es la principal célula del tejido adiposo y está especializada en almacenar el exceso de energía en forma de triglicéridos en sus cuerpos lipídicos (siendo la única célula que no puede sufrir lipotoxicidad), y liberarlos en situaciones de necesidad energética. Además, desde su descubrimiento como una célula

endocrina sabemos que el adipocito desempeña un rol activo tanto en el equilibrio energético como en numerosos procesos fisiológicos y metabólicos.

En la actualidad existen al menos 600 factores bioactivos son considerados adipoquinas (citoquinas emitidas por el tejido adiposo), se desconoce en gran medida la función, modo de señalización de muchas de las adipoquinas recientemente descubiertas. Con ese gran número de factores bioactivos, leptina y adiponectina siguen siendo las adipoquinas más estudiadas.

La obesidad está asociada con una alteración en el perfil secretados, tanto del tejido adiposo como del adipocito, observando así, una alteración en la ratio leptina/adiponectina.

Por tanto, en un contexto de lipo-inflamación se observa un aumento de los niveles séricos de leptina acompañados de una disminución de adiponectinas que no corresponde con los niveles de tejido graso. Si a esto le sumamos el papel inmunomodulador que desempeña la leptina, y el papel antiinflamatorio y sensibilizador de la insulina a nivel sistémico de la adiponectina, nos encontramos con un perfil secretor que puede explicar en parte las anormalidades metabólicas asociadas a la obesidad, como un estado que conlleva inflamación de bajo grado.

El tejido adiposo se compone de adipocitos y estroma (tejido conectivo reticular que confiere soporte a los adipocitos y a la vascularización e intervención), junto a numerosas células (macrófagos, células T, fibroblastos, preadipocitos, células mesenquimales, pericitos, etc.) que conforman el microambiente celular. Las células inmunes del tejido adiposo también tienen capacidad de secretar factores relacionados con la inflamación, circunstancia que será esencial para determinar el rol que tengan las alteraciones en dicho microambiente en el medio metabólico, pasando de un perfil antiinflamatorio a inflamatorio. En la obesidad la mayoría de las citoquinas de perfil proinflamatorio son emitidas por macrófagos M1 o “clásicamente activados” del tejido adiposo, los cuales encuentran muy aumentado su número por infiltración de monocitos circulantes atraídos por quimio-atrayentes y por proliferación local. Recientemente se ha sugerido que dicha proliferación local a

partir de macrófagos residentes antecede a la infiltración, iniciando la acumulación de macrófagos en el tejido.

El adipocito puede desarrollarse mediante dos procesos: por hipertrofia (aumentando su tamaño) y por hiperplasia (aumentando su número a partir de una célula precursora que pasa por una serie de pasos hasta diferenciarse a su último estadio, desde preadipocito a adipocito maduro). Tradicionalmente se ha considerado que un momento determinado en el incremento de un adipocito, al ir aumentando su volumen de grasa (hipertrofia), alcanzará un umbral de tamaño crítico en el que se dará un proceso de hiperplasia, estimulando a una célula precursora y generando así, una nueva célula adiposa. Actualmente sabemos que un proceso fuertemente regulado por diversos factores y que la sola exposición a una dieta alta en grasa hace que las células precursoras comienzan a proliferar a nivel visceral sin la necesidad de una señal de los adipocitos hipertrofiados. Una vez superado dicho umbral, el adipocito hipertrofiado presentará una disfunción en su actividad caracterizada por disminución de la sensibilidad a la insulina, hipoxia, aumento en los parámetros de estrés intracelular, aumento de la autofagia y la apoptosis, así como la inflamación de los tejidos.

Así observamos que, la hipertrofia en grandes adipocitos se ha relacionado con un aumento de la emisión de factores inflamatorios o alteración de la sensibilidad a la insulina, tanto en modelos animales como humanos. A su vez la grasa visceral se ha relacionado con una mayor fuerza de efectos adversos que la periférica o subcutánea <sup>(9)</sup>.

### **2.1.2 Causas de la Obesidad**

Debido a que la obesidad es considerada una enfermedad multifactorial, influenciada por factores intrínsecos y extrínsecos al individuo. Entre los primeros hallamos los genéticos, fisiológicos y metabólicos, por lo que se refiere a los extrínsecos se encuentran los patrones sociales y culturales <sup>(10)</sup>.

Otro factor que resulta importante para el estudio del aumento de obesidad en México es el estilo de vida de las poblaciones el cual ha vivido un cambio en:

- La modificación de los hábitos de alimentación deficiente consumo de dietas con bajo contenido en fibra.
- El aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasas.
- Al consumo de bebidas azucaradas <sup>(11)</sup>.

Como también el descenso en la actividad física y deporte debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, el tipo de transporte y la creciente urbanización <sup>(12,2)</sup>. El estilo de vida se ha definido como el modo o forma de vida característica de un individuo o grupo <sup>(13)</sup>, que puede estar determinado por cuatro factores que interactúan entre sí y que pueden predisponer a un sujeto a la adopción o no de un estilo de vida saludable, como lo son: **Características cognitivas del individuo** (personalidad, interés, educación recibida), características del **entorno social** en que se desenvuelve el individuo (familia, amigos, ambiente laboral o estudiantil), factores **socio ambientales** (sistema social, cultural, y medios de comunicación) y factores **geográficos** <sup>(14)</sup>.

Debido a estos factores la obesidad es una enfermedad que cabalga entre los límites de lo médico-nutricional, lo psicológico y lo socio-cultural. El hecho de ser “obeso” o no, afecta transversalmente a los individuos y a las sociedades, en base al ámbito sociocultural <sup>(15)</sup>. Estos cambios han afectado las condiciones de salud a nivel individual y colectivo incrementando el riesgo de padecer Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), como parte de las estrategias para la prevención de las ECNT, se ha considerado que la adopción de un estilo de vida saludable <sup>(16)</sup>.

Recientemente el estudio sobre la adopción de un Estilo de Vida Saludable (EVS), ha ganado gran interés debido a los beneficios que éste tiene sobre la salud de los individuos. Se ha establecido que el EVS, son conductas y comportamientos que se practican de forma consciente y mantienen relación con la salud, son aprendidos por la práctica constante, y ejecutados de forma voluntaria <sup>(16)</sup>.

### 2.1.3 Diagnóstico Nutricional y Clínico

Hoy en día se han buscado nuevos métodos para diagnosticar obesidad que hay en las personas que la padecen. Para fines de esta investigación se utilizó el Índice de Masa Corporal (IMC), por ser un recurso práctico y simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza para identificar la presencia de obesidad.

Clasificación de la obesidad de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>(2)</sup>.

IMC	CLASIFICACIÓN
<b>18.5-24.9</b>	NORMOPESO
<b>25.0-29.9</b>	SOBREPESO
<b>30.0-34.9</b>	OBESIDAD GRADO I
<b>35.0-39.9</b>	OBESIDAD GRADO II
<b>&gt;- 40</b>	OBESIDAD GRADO III

La historia clínica es de suma importancia ya que a través de ella podemos conocer su estilo de vida, dieta, actividad física, deporte; igualmente nos permite evaluar los comportamientos del paciente, de la familia y los cambios de los mismos.

Diagnosticar mediante el estado de nutrición a través de: consumo energético, distribución energética, cantidad y tipos de nutrimentos consumidos, esto nos ayudara a tener un mejor monitoreo del tratamiento de seguimiento <sup>(17)</sup>.

La información nutricional personalizada y el seguimiento intensivo por parte del equipo profesional especializado favorecen una buena aceptación y adhesión a los tratamientos o plan de entrenamiento de actividad física y deporte para el manejo de la obesidad <sup>(18)</sup>.

#### **2.1.4 Evaluación del Estado de Nutrición**

La evaluación en pacientes con sobrepeso y obesidad contempla indicadores que serán la base para establecer indicaciones terapéuticas o preventivas; para esto es importante tomar en cuenta los siguientes.

A	Antropométricos
B	<b>Bioquímicos</b>
C	<b>Clínicos</b>
D	<b>Dietéticos</b>

La evaluación integral del paciente con obesidad también contempla evaluación de las emociones, y sobre la actividad física; valoración de la composición corporal es uno de los principales criterios diagnósticos. Mediante el seguimiento periódico del peso, talla, circunferencias y pliegues cutáneos, es posible de una forma poco invasiva, económica y reproducible <sup>(19)</sup>.

#### **2.1.5 Tratamiento Nutricional y Deportivo**

Una **dieta saludable** constituye uno de los principales factores de promoción y mantenimiento de una buena salud durante toda la vida. La **dieta inadecuada** es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles (ENT). Una **buena alimentación** solo se puede lograr a través de la llamada **dieta balanceada**, la cual permite satisfacer nuestras necesidades reales de energía y nutrientes o nutrimentos; además contempla características de cantidad y calidad como bien pueden ser.

**Suficiente:** los diferentes componentes de la dieta deben estar en las cantidades que garanticen la satisfacción de las necesidades reales de energía y de nutrientes o nutrimentos.

**Variada:** incluye diferentes alimentos en cada comida, y que un mismo alimento sea preparado de diversas formas a través de distintas técnicas culinarias, con buenas prácticas higiénicas de preparación y conservación.

**Completa:** es aquella que contiene nutrientes necesarios para el buen funcionamiento del organismo.

**Armónica (equilibrada):** los nutrientes responsables del aporte de energía deben mantener el equilibrio. Deben corresponderse con el recomendado.

\*Proteínas 10 -15 % de la energía diaria total. Su equivalente energético es alrededor de 4 kcal/g.

\*Grasas 15 – 30 %. Su equivalente energético es alrededor de 9 kcal/g. La ingestión de ácidos grasos saturados no debe exceder el 10 % de la energía total, los Mono insaturados el 15 % y los poliinsaturados el 7 %. Se recomienda una relación entre ácidos grasos omega 6 y omega 3.

\*Carbohidratos 55 – 75 %. Su equivalente energético es alrededor de 4 kcal/g. Sus componentes deben estar presentes en cantidades proporcionales, uno respecto a los otros.

**Adecuada:** debe considerar sexo, edad, nivel de actividad física y estado fisiológico del individuo de acuerdo con los requerimientos nutricionales.

**Inocua:** es la dieta cuyo consumo habitual no implica riesgos para la salud (exenta de microorganismos patógenos, tóxicos y contaminantes xenobióticos).

En la utilización metabólica de la energía de los alimentos no solo es de importancia la cantidad que se ingiere, sino también la distribución que de ella se hace en los diferentes tiempos de comida. Esta distribución garantiza una íntima asociación con el logro de un buen estado nutricional y con un rendimiento físico y mental adecuado. Se recomienda la ingestión de alimentos en una frecuencia de 5 veces al día, con una distribución de la energía total de: 20 % en el desayuno, 10% en cada merienda, 30 % en el almuerzo, 30 % en la comida. El desayuno debe constituir una de las comidas principales, porque brinda al organismo la energía necesaria para comenzar las actividades del día. La cena no debe sobrepasar el 30 % de la energía, pues una ingestión excesiva en este horario favorece el desarrollo de obesidad.

Para personas mayores de 50 años de edad o con tendencia al sobrepeso, se recomienda disminuir la cena a menos del 25 % de la energía total del día <sup>(20)</sup>.

Sin embargo, para la evaluación nutricional inicial, se debe tener como objetivo fundamental: identificar el tipo de dieta en sus diversas inflexiones de acuerdo a cada característica y la develación del estado clínico en individuos con obesidad, así como aquellos que estén en riesgo <sup>(21)</sup>.

El *abordaje terapéutico* de adultos con obesidad en el primer nivel de atención, debe ser preventivo y dirigido a la modificación del estilo de vida y a la mejora del patrón de alimentación. Se debe considerar un segundo o tercer nivel de atención cuando se detecta el riesgo o presencia de comorbilidades. El tratamiento debe ser multidisciplinario para lo cual debe considerarse: un *nutriólogo* que realice una evaluación del estado de nutrición y proponga un plan de alimentación y una recomendación de actividad física adecuada, un *médico especialista* que vigile y proporcione tratamiento en caso de patología asociada, un *psicólogo* que proporcione terapia conductual y manejo de las emociones, *entrenador físico o especialista en rehabilitación física* que facilite un esquema de ejercicio adecuado a las condiciones del paciente, que permita cumplir objetivos específicos de cada área, siempre considerando las expectativas del paciente. Durante la evaluación integral del paciente con obesidad, se deben obtener datos clínicos, antropométricos, bioquímicos y dietéticos, para su adecuación a cada tratamiento <sup>(17)</sup>.

Desarrollar un plan de tratamiento para pacientes con obesidad debe ser diseñado de acuerdo a las necesidades nutricionales específicas por su potencial de desarrollo; sin embargo, existe un escaso conocimiento del concepto de dieta saludable y esto repercute en el desarrollo de la obesidad.

Diversos estudios demuestran que el consumo de alimentos fuera de casa, en restaurantes de comida rápida, contribuye a configurar dietas con mayor aporte de grasa total de ácidos grasos saturados (carne de cerdo, embutidos, carnes rojas, hamburguesas, leche entera, quesos maduros, quesos cremosos, manteca, yema



de huevo, aceite de coco, aceite de palma, pasteles, bizcochos, dulces, tartas y mayonesa); por lo tanto, esto representa un perfil de mayor riesgo.

Los diferentes factores dietéticos inherentes a la comida rápida, tales como un excesivo tamaño de la ración, una alta densidad calórica, la palatabilidad (apelando a las preferencias de sabores primordiales de grasas, azúcar y sal), un alto contenido de grasas saturadas y trans, un alto índice glicémico y un bajo contenido de fibra pueden provocar aumento en el peso corporal <sup>(22)</sup>.

### **Tratamiento con características dietéticas adecuadas al manejo del paciente.**

Después de revisar las consecuencias negativas de la obesidad para la salud es necesario referirnos a la importancia que juega el tratamiento dietético en su prevención <sup>(23)</sup>. La finalidad del tratamiento dietético es que le permita orientar al personal de salud en la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esto favorecerá la efectividad, seguridad y calidad de atención clínica al paciente con obesidad, contribuyendo al bienestar y modificación de un estilo saludable a los pacientes con obesidad.

El tratamiento dietético de la obesidad tiene como objetivo conseguir una pérdida de peso corporal mantenida en el tiempo que permita disminuir el riesgo que exceso de peso ocasiona para la salud del paciente.

A continuación, se mencionan los objetivos del tratamiento dietético de la obesidad:

- Lograr la pérdida significativa de peso (10% del peso inicial) mediano plazo (6 meses), mantener dicha pérdida a largo plazo (1 año o más), prevenir la ganancia ponderal.
- Disminuir el riesgo cardiovascular y el metabólico asociado al exceso de peso. De igual forma, hay beneficios sobre las complicaciones de la obesidad (síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño, hígado graso, etc).
- Contribuir al descenso de los factores de riesgo cardiovascular asociados a la obesidad (hipertensión arterial, dislipidemias, intolerancia a la glucosa, diabetes mellitus) usualmente se consigue con la pérdida del 5 al 10 % del exceso de peso.
- Reducir las comorbilidades vinculadas al exceso de peso.

## Condiciones que debe cumplir el tratamiento dietético o plan de alimentación.

- \*Disminuir la grasa corporal preservando al máximo la grasa magra.
- \*Ser factible de realizar a largo plazo.
- \*Ser eficaz a largo plazo y mantener un peso saludable.
- \*Prevenir futuras ganancias de peso.
- \*Inducir una mejoría psicossomática, con recuperación de la autoestima.
- \*Aumentar la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente.

## **Tipos de dietas para el tratamiento de la obesidad**

### **Dieta Hipocalórica**

#### Evidencia

\*Una reducción energética en la dieta de 500-100 Kcal diarias puede reducir una pérdida de peso de entre 0.5 y 1 Kg/semana, equivalentes a un 8% pérdida ponderal en un periodo promedio de 6 meses

#### Recomendación

\*Es suficiente un déficit energético de entre 500 y 1000 Kcal diarias sobre necesidades energéticas del paciente con obesidad, para producir una pérdida de peso del 8% en los primeros 6 meses de tratamiento.

\*La disminución en el tamaño de raciones consumidas y de la densidad energética de la dieta son medidas estratégicas efectivas para disminuir el peso corporal en pacientes con obesidad.

### **Dietas que modifican grasas VS Hidratos de carbono**

#### Evidencia

\*En comparación con una dieta baja (DBG) en grasas, una dieta baja en hidratos de carbono (DBHC), consigue una mayor pérdida de peso a corto plazo (6 meses).

\*A largo plazo (1 año o más) una DBHC comporta una pérdida de peso similar a la que alcanza con una DBG.

\*A largo plazo una dieta baja en grasas saturadas produce una mayor disminución de colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL) que una de DBHC.

#### Recomendación

\*Para potenciar el efecto de la dieta en la pérdida de peso no es útil disminuir la proporción de hidratos de carbono e incrementar la de grasas.

\*Para el control de colesterol LDL del paciente con obesidad es eficaz la realización de una dieta baja en grasas, mientras que los niveles de colesterol HDL y los triglicéridos se controlan mejor realizando una DBHC.

### **Dietas con modificación del tipo de hidratos de carbono (enriquecida en fibra)**

#### Evidencia

\*No hay datos suficientes que permitan establecer una evidencia sobre el papel de la dieta enriquecida con fibra o cereales integrales sobre la pérdida de peso.

\*Los suplementos de glucomanano añadidos a la dieta pueden tener un discreto efecto, mediante un mecanismo saciante; lo que favorece la pérdida de peso.

\*El tratamiento de la obesidad con una dieta enriquecida o suplementada con glucomanano, disminuye los niveles de colesterol LDL del paciente con obesidad.

#### Recomendación

\*En el tratamiento de la obesidad, los suplementos de fibra pueden aumentar la eficacia de la dieta en la pérdida de peso.

\*los pacientes con obesidad con alteraciones lipídicas se benefician con la prescripción de dietas enriquecidas con fibra.

### **Dietas hiperproteicas**

#### Evidencia

\*la dieta hiperproteica puede inducir a corto plazo (menos a 6 meses) mayor pérdida de peso que una dieta convencional rica en hidratos de carbono.

\*la dieta hiperproteica no induce a largo plazo (más de 12 meses) una mayor pérdida de peso en una dieta convencional rica en hidratos de carbono.

\*La dieta hiperproteica favorece la preservación de la masa muscular mejor que una dieta rica en hidratos de carbono.

\*No hay evidencia que una dieta hiperproteica tenga eficacia en el mantenimiento de peso

### **Dietas de bajo índice glucémico**

#### Evidencia

\*Las modificaciones del IG o de la CG de la dieta no tienen efecto persistente sobre la pérdida de peso en el tratamiento de la obesidad.

#### Recomendación

\*no se pueden recomendar la disminución de IG y CG como estrategia específica en el tratamiento dietético de la obesidad.

### **Dietas de muy bajo contenido calórico**

#### Evidencia

\*A corto plazo (menor a 3 meses), las dietas de muy bajo contenido calórico (DMBC) (400-800 Kcal/día) originan una mayor pérdida de peso que las dietas de bajo contenido calórico ( $\geq 800$  Kcal/día).

\*A largo plazo (superior a un año) estas dietas no originan una mayor pérdida ponderal que las dietas de bajo contenido calórico.

\*Las DMBC presentan mayor riesgo de efectos adversos que las dietas de bajo contenido calórico.

#### Recomendación

perdido, tras la fase inicial de pérdida de peso con otra dieta.

Recomendación

\*En el tratamiento de la obesidad no se recomienda inducir cambios en la proporción de proteínas de la dieta.

\*Para garantizar el mantenimiento o incremento de la masa muscular, durante una dieta hipocalórica es eficaz aumentar el contenido de proteínas de la dieta por encima de 1.05 g/Kg.

\*Se debe limitar el aporte de proteína de origen animal para prevenir algún riesgo.

\*Las DMBC se podrán utilizar en el tratamiento del paciente con obesidad, atendiendo a una indicación clínica concreta y con un seguimiento nutricional.

Tomado de: Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (Consenso FESNAD-SEEDO). Rev. Española de Obesidad. 2011; 10 (1): 1-80.

HIDRATOS DE CARBONO	PROTÈNAS	LÌPIDOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En adultos sanos las dietas con mayor contenido en hidratos de carbono complejos 50 % del aporte energético total.</li> <li>➤ El porcentaje de hidratos de carbono que se puede recomendar en pacientes con obesidad es de 45 al 55 % del requerimiento energético total. La decisión del valor será bajo el criterio del clínico, basado en la condición metabólica del paciente.</li> <li>➤ Del porcentaje total de hidratos de carbono, en su mayoría deben ser complejos y <math>\leq 10</math> % como azúcares simples.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Las dietas altas en proteínas son adecuadas para obtener pérdida de peso, disminuyendo la masa grasa u atenuar la pérdida de la masa libre de grasa.</li> <li>➤ El aporte de proteína en la dieta mayor a 1.05 g / Kg / día Promueve la retención de masa libre de grasa. Administrar proteína del 20 al 25 % del requerimiento energético total.</li> <li>➤ El aporte de proteína debe ser tanto de origen animal como vegetal. No aportar toda la proteína a expensas de proteína de origen animal por el alto contenido de grasa saturada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La proporción de lípidos del 25 al 35 % del valor energético total.</li> <li>➤ Limitar grasa saturada &lt; 7 %</li> <li>➤ 20 % grasa mono insaturada</li> <li>➤ 10 % grasa poliinsaturada <sup>(24) (25)</sup>.</li> <li>➤ En población mexicana, se recomienda el consumo de agua como bebida de primera elección para la mejora de una vida saludable, seguido de bebidas sin o bajas en calorías, consumo de leche descremada, sobre todo en las de alto valor biológico.</li> <li>➤ Consumo de dietas con bajo índice glucémico para conseguir la reducción de la glucosa plasmática en ayuno y las proteínas glucosiladas.</li> <li>➤ Se recomienda reducir la ingestión de calorías provenientes de grasas sólidas y azúcares agregados, así como limitar el consumo de cereales refinados.</li> <li>➤ Es importante aumentar la práctica de actividad física y el deporte, éstas, combinadas con una dieta saludable son más eficaces para conseguir el control de peso <sup>(17)</sup>.</li> </ul>

### **2.1.6 Sociología de la Obesidad**

Con el advenimiento de la agricultura y, más intensamente, con la llegada de la Revolución Industrial, la obesidad se convierte en la primera de las enfermedades de la civilización. El simbolismo que se le da a la figura humana data desde el período paleolítico donde es representada por una mujer obesa, en ella se expresan las características de una persona con obesidad, las costumbres de una actividad alimentaria y los rasgos más trascendentes de una cultura.

El concepto de obesidad se ve determinado por la cultura el cual se refiere a patrones aprendidos de conductas y creencias, característicos de una sociedad o grupo social. Incluye también valores que van desde la alimentación, los medios de producción, el manejo de su economía, hasta los elementos ideológicos como la estética del cuerpo.

La definición social de obesidad encuadra dentro de las creencias, dependiendo del ojo del observador, como fenómeno subjetivo relacionado con los ideales de la belleza, posición social y económica, comportamiento social, demostración de fuerza y perseverancia.

La obesidad puede comportarse como una condición adaptativa ventajosa o como una enfermedad, según que la acumulación de reservas resulte protectora de la falta de alimentos o que se convierta en una sobrecarga mecánico-metabólica. En la primera situación las reservas se acumulan transitoriamente, sólo durante la época de abundancia de alimentos, mientras que en el segundo se mantienen en forma permanente y casi nunca llegan a ser utilizadas.

Es así que, para esta investigación, se debe entender a la obesidad como un fenómeno social de generación y reproducción de estilos de vida no saludables develado por alta incidencia a través de un proceso patológico de acumulación excesiva en tejido adiposo de forma androide o ginecoide <sup>(26)</sup>.

### **2.1.7 Entorno social**

El problema de la obesidad en la actualidad es estudiado desde el punto de vista social ya que son muchos los factores que integran esta problemática y que hacen que sea multifactorial. Podemos empezar hablando de la alimentación el cual es un símbolo de identidad entre los grupos sociales desde nuestros ancestros; se llevaba un estilo de alimentación llamado por ellos “sagrado”, llamado así por los rituales de que se ofrecían a los dioses, ya que formaban parte de la fuente de energía y pureza que guiaba el espíritu del hombre.

Con esto podemos empezar hablar que siempre ha existido una ambivalencia entre los estereotipos de “*gordura*” y “*delgadez*”. En la mayoría de las sociedades ancestrales, la economía formó parte de subsistencia; ya sea a partir de la caza, pesca, agricultura, ganadería, o recolección de alimentos. Una de las características de la alimentación estaba relacionada con la producción de alimentos; actividad dada para los hombres. Fuera cual fuera el modo de economía; y aunque toda la gente trabajara en la producción de alimentos, el hambre representaba una experiencia común pues los periodos de escasez o de hambruna no eran inusuales. Los cambios estacionales y otras causas naturales provocaban períodos alternativos de relativa abundancia y de escasez. Así puede entenderse que la glotonería, uno de los pecados originales de nuestra sociedad, fuera una práctica social aceptada e incluso valorada entre estas sociedades tribales. Previendo un festín, como una tribu sudafricana decía: “Comeremos hasta que nuestros vientres revienten y no podamos mantenernos en pie”.

La significación social de la comida y el impacto de la primera satisfacción sensorial no resulta sorprendente que la robustez o bien la obesidad sea contemplada como un modo favorable aceptado.

Es así como la alimentación, los alimentos no son solo una necesidad biológica, sino que sus funciones sociales y psicológicas son muy significativas; como los regalos de comida entre los parientes, los clanes, los dioses y los antepasados. La comida juega un papel importante en el ritual de la magia y la hospitalidad; ya que

la acumulación de comida era una señal de prestigio y la obesidad una señal de belleza y de atracción en las mujeres.

En épocas antepasadas y hasta el siglo XX; aun la corpulencia representaba un signo de salud, prosperidad, honorabilidad y hasta en épocas más antiguas eran significado de riqueza.

Ahora bien, partiendo de que la modernidad trae actualización no solo tecnológica sino también médica, es a partir de 1900 donde los médicos empiezan a sugerir que el sobrepeso y la obesidad son un riesgo para la salud y este interés coinciden ya con los registros ya hechos en compañías de seguros que ya tomaban en cuenta el peso corporal como un indicador de riesgo; es así que en la actualidad la obesidad en nuestra sociedad es símbolo de repulsión; ya que los estereotipos y cánones de belleza especialmente en las mujeres han sufrido cambios en comparación con las sociedades ancestrales. De esta forma podemos considerar que los roles de la mujer como profesional son aún más preocupados por su aspecto físico, por un culto a la juventud. y la belleza. Tomando en cuenta este tipo de sociedad donde se adquiere un tipo de estilo de vida es en su mayoría cambiado por la fuerte publicidad, la mercadotecnia y las políticas que han venido implementando <sup>(27)</sup>.

### ***2.1.8 Complicaciones Sociales de la obesidad a la Salud***

En la actualidad la obesidad es un problema de salud de gran impacto, ya que es muy compleja, sus desencadenantes son de tipo social, económico y cultural.

La sociedad en la mayoría de sus expresiones rechaza la imagen del paciente con obesidad y lo desconoce como un integrante cuantitativamente importante, llegando al punto en el que asientos, pasillos, mobiliario, indumentaria, no contemplan en general a personas con estas características.

El exceso de peso se acompaña de discriminación social, que se hace evidente a todo nivel: en cada aspecto de su vida se le recuerda al paciente con obesidad que vive en una sociedad que odia la *gordura*. La clase social es un poderoso predictor de la prevalencia de obesidad, aunque el sentido de la asociación varía con el tipo de sociedad.



Por mencionar un ejemplo para la sociedad norteamericana la obesidad es vista como un símbolo de una moral carente de autocontrol. Sobre lo cual pudiera entenderse a la delgadez como un signo de autocontrol, de poder sobre las comidas. México pudiéramos decir que aún existe un estigma donde se cree que la obesidad es un signo de belleza y predominio de salud en la persona que la padece (28).

Para entender mejor la problemática social de la obesidad mencionaremos algunas de las complicaciones sociales, dentro de las mencionadas condiciones podemos citar: alimentación condicionada, dieta condicionada (modas alimentarias), modificación del patrón alimentario, inactividad física, políticas de salud, factores socioambientales: (familia), trabajo, tiempo de transportación, estrés ambiental (institucional), ingreso económico, factores demográficos, mercadotecnia y medios masivos de comunicación, discriminación, ideología y cultura, factores psicológicos (somáticos) (28).

### *Modas alimentarias*

La alimentación humana a través del tiempo se ha visto influida por el folklore, ya que representa en todas las culturas y en toda la sociedad un gran fenómeno difícil de estandarizar y estudiar. Sin duda las creencias han venido a modificar la alimentación de los individuos, el avance en el conocimiento alimentario ha tenido un gran impacto en lo que comemos, en cada bocado hay una carga de ciencia, tecnología, de cultura e historia de globalización; sin dejar atrás los nutrientes y el placer que provoca; pero todo estos factores ha hecho que la alimentación además de ser una necesidad biológica se convierta en una moda alimentaria que se debe seguir por la población para poder alcanzar algún estereotipo saludable (29).

Por otro lado, es importante conocer los continuos cambios de la alimentación de la población, para poder comprender las características de los determinantes sociales de la misma que influyen en la selección, consumo e inocuidad de los alimentos. De ello deriva la importancia de investigar cuales son los factores que determinan un tipo de alimentación (30).

En este mismo sentido, la conducta alimentaria que el individuo sigue en la actualidad es el resultado de las relaciones entre los grupos socioculturales, biológicos y ecológicos. Estos factores son determinantes para que el individuo se comporte según sus gustos personales; los cuales ya están definidos por la influencia de hábitos adquiridos de la sociedad a la que pertenecen y que desarrolla su vida cotidiana. La forma del qué, cuándo, dónde y por qué comen los individuos, están relacionados con aspectos emocionales y míticos de los alimentos.

Podemos decir, entonces, que la sociedad influye directamente en la elección, demanda, consumo de los alimentos; ahora bien, la configuración de un modelo alimentario da inicio en el núcleo familiar; éste a su vez se ve perpetuado y se desarrolla y va sufriendo algunos cambios que al mismo tiempo se va innovando a consecuencia de las relaciones interpersonales.

Otro factor determinante de la alimentación son las tradiciones, valores y el simbolismo que influye en los hábitos de alimentación directamente. De esta forma podemos afirmar que no solo condicionan los alimentos sino también la preparación, elaboración y forma de consumir los alimentos; además de la distribución y los tiempos de comida.

Hablar de la alimentación es un tema completamente extenso ya que engloba un contexto universal; ya que no sólo la cultura determina un estilo de vida; hay grupos específicos como son el gremio laboral e instituciones públicas que propician también una des configuración de la dieta y la alimentación y que se vuelve un eslabón con mucha fuerza que propicia que el individuo se vea obligado a comer fuera de casa, determinan también una capacidad económica para alimentarse, el costo de los alimentos y el valor nutricional <sup>(31)</sup>.

### *Modificación del patrón alimentario*

México se encuentra en un proceso de desarrollo de cambios socioculturales acelerados, en gran medida asociado a su creciente incorporación a la comunidad económica internacional. En este proceso, considerado habitualmente como un modelo de éxito económico y de modernidad en Latinoamérica, debe analizarse los

aspectos positivos que implica el progreso hacia un status de país desarrollado e industrializado, así como los aspectos negativos asociados a este bienestar alcanzado. Entre los cambios observados en nuestro país, que puede tener una connotación negativa en los habitantes, están aquellos asociados con la dieta, actividad física, deporte y nutrición; ya que se ha observado en las últimas décadas, que la población mexicana está teniendo una modificación en sus patrones de alimentación caracterizada por un consumo creciente alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, azúcares y sodio, entre otros. Aunado a esto se está observando un aumento en las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición como este en este caso la obesidad.

Por otro lado, el estado nutricional no puede ser evaluado y comprendido completamente separado del contexto sociocultural; ya que todos los individuos son parte de una cultura y la cultura para ellos son una guía aprendida de comportamientos aceptables, los modos de alimentación deben ser necesariamente influidos por la cultura <sup>(32)</sup>.

La modificación del patrón alimentario en la actualidad se debe a las costumbres, creencias e ideales religiosas que un grupo social profesa, también se debe a preferencias y aversiones, prácticas en torno a la adquisición, distribución, preparación y consumo de los alimentos. Cabe señalar que todo este contexto ha creado nuevos mitos alimentarios contribuyendo un reto para los profesionales de la salud, quienes tratan de brindar a los pacientes explicaciones lógicas para adoptar nuevos estilos de vida saludables que ayuden a crear nuevas soluciones a cualquier enfermedad que padezcan en este caso la obesidad <sup>(33)</sup>.

La alimentación ha sufrido cambios muy notorios en la forma en la que se alimentaban nuestros antepasados, en relación con la que se tiene en la actualidad. La alimentación moderna es menos natural, es altamente energética; debido al excesivo consumo de alimentos procesados, dejando en un segundo plano la calidad en el consumo de alimentos sanos. Por esta razón es que en la actualidad la alimentación ha creado que la sociedad mantenga un estilo de vida no saludable por ende una dieta condicionada.

Por lo que la dieta debe ser entendida incluso más allá de su aspecto biológico, es decir desde una perspectiva social tal y como lo refieren *Flores, et al (2019)*, quien señala que la dieta no es solamente un implemento biomédico curativo sino que, también, es una práctica social en donde la cultura, las tradiciones, las costumbres, las prácticas, los hábitos, las políticas, las normas y valores de cada grupo social la construyen y configuran, tomando un significado cambiante influido por la región, la época, el modelo económico, las políticas alimentarias y las políticas en salud. De esta forma la dieta se convierte en una herramienta de prevención, combate y rehabilitación con alto impacto en las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles <sup>(34)</sup>.

Es importante mencionar que existen otros factores que han generado una desconfiguración alimentaria en la sociedad esto ha sido por las nuevas estrategias político-económicas, además de los medios de comunicación (impresos y electrónicos). Ya que han creado nuevas modas alimentarias que carecen de todo tipo fundamento científico en favor de la salud nutricional <sup>(33)</sup>.

### *Inactividad física*

La inactividad física es un factor que favorece el desarrollo de la obesidad, mismo que es entiendo como la falta de realizar actividad física durante las horas de vigilia a lo largo del día. Es caracterizada por actividades que sobrepasan levemente el gasto energético basal, como lo son: ver televisión, estar acostado, o sentado <sup>(9) (28)</sup>. La inactividad física es considerada como factor de riesgo independiente de cardiopatía. El estilo de vida sedentario, aunque relativamente moderno, tiene una importancia de tal magnitud en la salud que la OMS estima que es la cuarta causa de mortalidad en el mundo, e influye de una manera importante en la carga mundial de morbilidad <sup>(35)</sup>.

Aumentar la actividad física también genera ventajas psicológicas y sociales como ser insertados en grupos sociales y ser tomados en cuenta <sup>(36)</sup>.

## *Factores socio ambientales*

### *Ambiente obesogénico*

Anteriormente se ha explicado que los factores ambientales son parte fundamental en el aumento de la incidencia de la obesidad; ya sea en países en vías desarrollo o no, la realidad es que el panorama es muy similar en gran parte del mundo; esto ha generado a que el estudio de esta misma ya no se enfoque simplemente del lado biológico sino también social; ya que ahora tenemos la necesidad de estudiar esos factores individuales y colectivos que han generado un aumento desmedido de lo que hoy llamamos **ambiente obesogénico**.

El efecto de los malos hábitos alimentarios individuales, son el resultado de un entorno que promueve la obesidad y que se ha catalogado como lo que hoy conocemos como ambiente obesogénico (AOG).

Existen algunos factores que han ayudado a configurarlo entre los grupos sociales como son: la omnipresente publicidad, de alimentos con altos contenidos energéticos, el etiquetado confuso y desorientador de los alimentos, la falta absoluta de educación y orientación nutricional en toda la población y el ya consagrado predominio de la comida “chatarra” en escuelas y centros laborales, la eliminación de bebederos de agua potable en escuelas; estos sustituidos por las bebidas azucaradas y la reducción notable de la actividad física <sup>(37)</sup>.

Existen algunas condiciones individuales que se han asociado a una mayor vulnerabilidad para desarrollar obesidad; esta condición se ha visto comprometida desde la ingesta energética total que una persona con obesidad practica desde la niñez, la cual se ha ido modificando solo en el tipo de calorías consumidas provenientes de grasas saturadas y azúcares simples, y conjuntamente con la disminución de actividad física que son los principales desencadenantes de la obesidad; ahora bien estos son uno de los factores determinantes individuales que nos han dado la pauta para analizar y estudiar esos ambientes posibles para su intervención.

Para la sociedad la alimentación es un símbolo de identidad es un acto muy arraigado que ha ido moldeando las sociedades a través de su historia. Este hecho aunado a las transformaciones sociales, demográficas y económicas son consideradas responsables de la obesidad. Estos determinantes unidos han creado esa accesibilidad a la moda alimentaria, esa variedad de alimentos esto a expensas de baja calidad en nutrientes y precios muy bajos para aumentar su consumo. Esta evolución alimentaria ha provocado en el cuerpo una acumulación energética excesiva; es precisamente esta adaptación que contribuye a la formación del ambiente obesogénico.

### *Ambiente familiar*

En la actualidad el estilo de vida y la alimentación se ha visto condicionada por la familia ya que es el primer núcleo donde el consumo de energía no está controlado; teniendo como consecuencia que se adapten nuevos estilos de vida no saludables, con alto consumo de alimentos procesados y de baja calidad, alto consumo de grasas saturadas y bebidas altamente azucaradas; dejando muy por debajo el consumo de verduras, frutas y fibra dietética.

Este ambiente es en el que claramente se modifican no sólo el consumo de alimentos sino también la modificación de horarios de comida que en muchos de los casos la eliminación de un tipo de comida importante como el desayuno.

Cabe mencionar que existe otro factor vital que es el aumento de consumo de comidas aumentando la preferencia por la comida rápida, todo esto en conjunto con el estilo de vida sedentario que existe en la familia.

### *Ambiente escolar*

Otro aspecto importante a estudiar es el ambiente escolar ya que en ellos podemos ver que no existe ningún tipo de educación alimentaria que sirva de guía para modificar hábitos de alimentación no saludables. A esto le podemos sumar que en algunas escuelas que cuentan con el servicio de alimentación no está dirigido por personal profesional capacitado en el área. Además de que la alimentación que se

ofrece es demasiada limitada en calidad y muy demandante en contenido calórico, además de un insuficiente consumo de verduras, frutas y fibra. A este hecho podemos sumarle que en las instituciones educativas se encuentran invadidas por los productos de alto contenido calórico, comida rápida y bebidas azucaradas.

Todo ello unido a la falta de infraestructura y espacios para desarrollar actividades físicas deportivas. Por todos estos factores se convierte una institución educativa en un ambiente obesogénico.

### *Ambiente institucional*

Este ambiente se ve comprometido por la alta promoción publicitaria que va dirigida a la adopción de una moda alimentaria que condiciona la inserción a ciertos grupos sociales que dependiendo los lugares de moda alimentaria a los que se asista el individuo le da cierto estatus adquisitivo.

En este caso podemos ver claramente que la práctica de actividad física también es impuesta también como una moda y se le ha dado a un cierto grupo social favorecido. Formando en la sociedad estereotipos de la belleza y salud condicionada por la publicidad. Y la mercadotecnia también es un factor determinante ya que encamina a la adopción de estilos de vida poca saludable <sup>(38)</sup>.

### *Factores psicológicos*

Los individuos “obesos” pueden presentar una menor activación en áreas del cerebro asociadas con la atención y el procesamiento de objetos, lo que podría reflejar una relativa ausencia de valoración objetiva de los estímulos <sup>(39)</sup>.

La relación del individuo con la necesaria alimentación implica factores cognitivos tales como son: percepciones, memoria, pensamientos, emociones, hábitos alimenticios, y la relación del sujeto con el alimento en su vida temprana.

Los esquemas de *abandono/inestabilidad* y privación emocional sumandos a un autocontrol y autodisciplina bajos, desempeñan un papel principal en la

identificación de las diferencias entre las personas obesas que padecen trastorno de atracones y los que no tiene este trastorno.

Los aspectos de identidad colectiva en las personas obesas están asociados con los esquemas Mal adaptativos Tempranos (EMT), esto en relación con los demás; para las personas obesas los estilos de socialización están determinadas por EMT de aislamiento social y privación emocional como recurso para evitar la vergüenza, mientras que la identidad social y relacional están mediadas por el abandono/inestabilidad y normas inalcanzables.

Locus de control: este término se refiere a la medida en que los individuos creen que pueden controlar los acontecimientos que les afectan; este locus puede ser interno externo.

En los obesos; el locus de control no está relacionado con el tamaño corporal, pero si con el bienestar psicológico. El comportamiento de las personas con obesidad está controlado por señales ambientales.

Autoestima: la autoestima en las personas con obesidad se relaciona con los niveles bajos de auto aceptación, el cual tiene mayor incidencia en las mujeres. Esta falta de auto aceptación se ve reflejada en la falta de valoración personal, se sienten disminuidos en sus capacidades y poco valorados, fracasados; en las diferentes etapas de la vida como son: intelectualmente, afecto- emocional y familiar.

Ansiedad: la ansiedad es un trastorno frecuente en las personas obesas que está relacionada frecuentemente con la necesidad elevada en el acto de comer; lo cual favorece el aumento de peso corporal <sup>(40)</sup>.

### *Factores demográficos*

Uno de los factores que también resulta importante analizar para comprender el acelerado incremento de la obesidad en México son la Transición demográfica; este es un proceso por que atraviesa cualquier país del mundo. Este hace referencia al tránsito de un régimen caracterizado por niveles de mortalidad y fecundidad



elevados y sin control, a otro de niveles bajos y controlados, estos mismos vienen acompañados de un aumento de la esperanza de vida <sup>(41)</sup>. Otro determinante que condiciona este problema de salud pública es la transición epidemiológica; este en especial se enfoca en los cambios que existen en los patrones de salud y enfermedad. Se refiere al tránsito de poblaciones con altas prevalencias de enfermedades infecciosas, por pobres condiciones ambientales, a poblaciones con predominio de enfermedades crónicas.

Este proceso es una transición epidemiológica está condicionado por la transición demográfica, por cambios socioeconómicos y el proceso de urbanización y modernización. A este determinante se le suma la transición nutricional que describe los cambios en el régimen alimentario, en el patrón de trabajo, en la actividad física y en el tipo de recreación a la que la población tiene acceso. El proceso de transición nutricional está condicionado por las transiciones demográficas y epidemiológica, cambios en la economía de un país en este caso el aumento de ingresos; también se ve bastante comprometido por el avance tecnológico y la influencia de medios de comunicación masiva y el marketing de los alimentos o establecimientos de comida rápida <sup>(42)</sup>.

### *Discriminación*

El estigma de obesidad consiste en la devaluación que se hace de un individuo por tener obesidad, característica que es visible y particular en una persona.

La discriminación ocurre hacia hombres y mujeres por igual, no obstante, cuando las víctimas de esta discriminación son mujeres, refieren peor calidad de vida, y bienestar, además de autoestima reducida en comparación a los hombres, quienes mencionan que tiene más problemas asociados al ámbito laboral.

Las víctimas del estigma reportan que habitualmente reciben comentarios negativos de terceras personas o el entorno hace supuestos negativos respecto de ellos mismos. Además de estar expuestos a barreras físicas y el rechazo social.

Las personas con obesidad solo por esa condición se enfrentan a inequidades sociales importantes, por ejemplo, en el ámbito económico obtienen salarios inferiores por el mismo trabajo en comparación a sujetos con un peso normal, tiene

menos oportunidades de ascenso y suelen ser víctimas de despidos injustificados. Es muy frecuente que las personas que son víctimas de discriminación reporten mayor ingesta de alimentos, rechazo de la dieta y menor actividad física <sup>(43)</sup>.

### *Ideología y Cultura*

La alimentación es el primer aprendizaje social del individuo, los comportamientos alimentarios son la base de la cultura alimentaria; mejor dicho, las creencias, conocimientos, prácticas y el conjunto de representaciones que son heredadas o aprendidas que están asociadas a la alimentación y que son compartidas entre la gente de un grupo social a otro dentro de una cultura.

Precisamente en la alimentación es donde la ideología y la cultura se unen, pues aunque comer es una necesidad vital, el qué cuando y con quién comer son aspectos que forman parte de un sistema lleno de significados, es así como el acto de comer no se restringe a un imperativo de sobrevivencia; ya que los individuos sobreviven de una forma muy particular, culturalmente forjada y marcada, las diferentes formas de vivir y de comer son diferentes lo que da lugar a una diversidad cultural alimentaria.

Al establecer una diferencia entre comida y alimento señala que la primera o es solo un conjunto de nutrimentos, pues es, además, un modo, un estilo, un hecho o un acto de la alimentarse y este acto; define no únicamente aquello que es ingerido, sino que a aquel que lo ingiere. Comer demasiado, comer poco o no comer nada tienen muchos significados sociales y psicológicos más allá de lo nutricional. En este sentido hablar de la obesidad en mujeres y hombres implica tener presente que la elección de los alimentos o es una acción arbitraria, ya que está unida a la satisfacción de las necesidades del cuerpo o de los deseos y gustos personales y al tipo de sociedad.

La obesidad desde una perspectiva sociocultural es considerada como una consecuencia directa de los cambios que se han dado en los hábitos sociales, donde los desencadenantes tiene mucho que ver con factores sociales, económicos, políticos y culturales <sup>(44)</sup>.

### *Mercadotecnia y medios masivos de comunicación*

En la sociedad actual, con estratificación clasista y orientada por procesos mercantiles dirigidos a estimular la economía consumista, la industria alimentaria interviene a través de diferentes instrumentos entre los que destaca la publicidad, para introducir un concepto nuevo de alimentos y dieta. Esta industria segmenta la oferta y la comercialización de productos alimentarios de consumo masivo, en función de la capacidad económica de los consumidores. Los productos de baja calidad son dirigidos a los sectores con menor poder adquisitivo. Cuanto más bajo es el poder de compra del público al que se dirige, más alto es el contenido de grasas, azúcares y aditivos.

Generalmente los productos industrializados que se consumen en circunstancias de antojos se dirigen a la población con menor capacidad económica y son relativamente más caros y menos recomendables desde el punto de vista nutricional que otros alimentos similares <sup>(32)</sup>.

También se sabe que, en el último siglo de la modernidad en la sociedad se ha visto afectada por la influencia del marketing alimenticio, la publicidad a empresas transnacionales de comida rápida. Sin importar las consecuencias de que haya una condición económica limitada ha insertado todas las modas alimentarias que se practican por cualquier grupo social influyente en el individuo, que ha transgredido en absoluto el nivel socioeconómico al que se pertenece <sup>(45)</sup>.

### *Políticas de salud*

Para terminar de hablar y entender esa configuración alimentaria altamente energéticamente social que existe, es muy importante mencionar cómo influyen las políticas de salud pública que lejos de ayudar a disminuir el gran fenómeno de la obesidad que han propiciado su desarrollo alimentario <sup>(31)</sup>.

La política alimentaria es importante ya que la situación económica de un país condiciona el nivel de vida y el poder adquisitivo de la población, este influye en la variedad de la oferta alimentaria. A través de los precios, y subvenciones, que favorecen el acceso a determinados alimentos que regulan el mercado <sup>(45)</sup>.

Para entender aún mejor el propósito de las políticas de prevención de la obesidad, debemos entender que el objetivo es transformar el ambiente obesogénico y hacer que el consumo de alimentos saludables y la actividad física sean la opción más fácil. Para esto es necesario que el gobierno debe desarrollar políticas y programas e instrumentos regulatorios para impulsar sistemas alimentarios más sostenibles a la nutrición. Esto incluye marcos institucionales adecuados, sistemas de información, generación de evidencias y creación de nuevas capacidades que cuenten además con marcos jurídicos y reglamentados sólidos.

Es necesario tener en cuenta que son las medidas a mediano plazo y largo plazo las que van a generar los cambios más importantes y sostenibles en el tiempo. Estos programas son los que requieren el esfuerzo y compromiso del gobierno mexicano para que pueda permitir asegurar continuidad en el tiempo más allá de los cambios de gobierno y asignar los recursos necesarios para la sostenibilidad de las políticas públicas necesarias para generar una nueva configuración en favor del combate de la obesidad <sup>(46)</sup>.

### **2.1.9 Dieta**

La historia de la humanidad está caracterizada por una serie de cambios en la dieta y en el estatus nutricional. Este cambio ha aumentado considerablemente en los últimos tres siglos. Los cambios en la dieta y el estado nutricional han sido pocos y podría argumentarse que relativamente hubo pocos cambios en la dieta por los primeros millones de años.

El concepto de transición o movimiento de un estado o condición a otra es usado para mostrar la naturaleza dinámica de la dieta, particularmente las variaciones en su estructura general.

Con la transición alimentaria ha habido grandes cambios a lo largo del tiempo en la dieta; durante las primeras etapas de la evolución humana, desde 3 millones de años de antigüedad hasta aproximadamente hace 10,000 años, la subsistencia humana estuvo basada principalmente en un sistema de caza, recolección y pesca. La dieta de estos primeros humanos fue variada, baja en grasas y alta en fibra.

Después de 10 a 12 mil años de esta segunda etapa, la Revolución Industrial y una segunda Revolución agrícola, condujo a una considerable reducción de problemas de hambre, cambios en la dieta y provocó un aumento en la estatura. Este período se vio marcado por un incremento en grasas, carbohidratos, dieta baja en fibra, lo que marcó la diferencia de las sociedades con mayores ingresos como las actuales. Esto conllevó a un incremento en la obesidad y enfermedades crónico degenerativas <sup>(47)</sup>.

El concepto de alimentación se ha diversificado en las representaciones, percepciones, simbolismos, aspectos, variedades, propiedades y experimentos en los que los alimentos se ven involucrados a través de usos realizados por el hombre. El término alimentación, lleva implícita toda una configuración estructural y pragmática socialmente desde la perspectiva antropológica que es diversa, esto debido a que en la medida que se analiza el término uno reconstruye o construye toda una serie de factores y elementos que implican no solo en la ingesta o característica del alimento sino además aquellos procesos y formas en como obtenemos y hacemos uso de nuestros alimentos para cubrir esa necesidad no solo biológica sino cultural y de seguridad alimentaria que nos permita seguir subsistiendo en la dinámica de nuestro entorno cultural <sup>(48)</sup>.

La dieta y la alimentación son términos que se han empleado por la sociedad, así como en la práctica de profesionales en la alimentación, nutriólogos y dietistas, son sinónimos que se han contrapuesto y que conllevan a diversos significados. La dieta es un hábito que es aprendido por la sociedad para la satisfacción biopsicosocial. La alimentación es un proceso que depende del cuidado, selección, transformación, y distribución de los alimentos, es impulsado más por los intereses socio-políticos y económicos el cual rebasa un proceso de transformación. La etapa histórica que ha vivido nuestra sociedad ha determinado y modificado los rasgos de la dieta y la adopción de estilos de vida saludables, estos cambios han hecho que la dieta se vuelva un elemento para lograr ciertos intereses y no verlo como un derecho para la mejora de un estado de nutrición <sup>(47)</sup>.

La dieta es el punto clave para el desarrollo de un estilo de vida saludable en una sociedad, ya que al ser un elemento básico de sustento de bien común se convierte

en la parte fundamental de la vida del ser humano. Con el paso del tiempo la dieta ha sufrido una transición social en su forma de interpretación debido a los comportamientos, cultura, creencias, hábitos que un grupo social comparten en común, ha tomado diferentes enfoques, vista desde un contexto jurídico, político y económico engloba una diversidad de ideales, jurídicamente representa igualdad entre un grupo social, entre ellos genera una sensación desarrollo y bienestar social además de que se promueven aspectos como el de comulgar con una buena alimentación, en el contexto político, se ve representada a través de la seguridad alimentaria a la que un país tiene derecho, esto lo convierte en un arma para combatir el hambre; teniendo en cuenta que para países en vías de desarrollo ha sido un combate desde generaciones anteriores hasta la actualidad ya que ataca desde las regiones donde no existe la seguridad alimentaria y la población se encuentra en extremos de desnutrición o bien combatiendo regiones donde el acceso a la alimentación y nutrición se ve determinada por los medios de comunicación y es aquí donde vemos realmente alarmante las estadísticas tan altas de la población adulta debutando con obesidad <sup>(47)</sup>.

## **2.2 Actividad Física**

Con respecto a Actividad Física (AF) podemos definirla como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía por encima del nivel basal <sup>(49)</sup>. Si bien, no es la única concepción de lo que es, cabe añadir otras definiciones encontradas, como: “Cualquier actividad que involucre movimientos significativos del cuerpo o de los miembros”, “todos los movimientos de la vida rutinaria, incluyendo el trabajo, la recreación, el ejercicio y actividades deportivas”.

Considerando cada una de estas definiciones, diríamos que la actividad física comprende diferentes dimensiones, formas y subcategorías.

Las dimensiones en las que se desenvuelve la actividad física son las actividades ocupacionales, levantarse, caminar, subir escaleras, actividades labores, actividades de casa, de transporte y de tiempo libre, esta última subdivididas

actividades deportiva, recreativas, de entrenamiento de ejercicio, las cuales están consideradas en el **compendium of physical activities tracking Guide**®<sup>(50)</sup> <sup>(51)</sup>.

Cabe mencionar que existen actividades que promueven un mayor gasto energético que otras. Por ejemplo, las personas que laboran construyendo casas, tienen una demanda mayor de energía que otra que labore en actividades de oficina, por lo tanto, habrá personas que sean más activas físicamente que otras<sup>(52)</sup>.

En los últimos 50 años estudios clínicos y experimentales dieron soporte científico a la hipótesis de que los niveles bajos de actividad física y una deficiente aptitud física son factores importantes en la mayoría de las enfermedades degenerativas<sup>(53)</sup>.

En países de bajos y medianos ingresos como México se enfrenta una problemática de salud pública como lo es la obesidad y una carga doble de mortalidad debido a que las muertes son relacionadas con la inactividad física<sup>(54)</sup>.

La inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo. La inactividad física aumenta en muchos países y ello influye considerablemente en la prevalencia de enfermedades no transmisibles (ENT) y en la salud general de la población mundial, por esta razón es que se crea la necesidad de desarrollar recomendaciones de alcance mundial sobre la actividad física con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y reducir el riesgo de ENT se recomienda que:

- Los adultos de 18 a 64 años deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
- La actividad física aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.
- Con el fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física aeróbica moderada, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física aeróbica intensa o bien una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.

- Dos veces por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares <sup>(55)</sup>.

La inactividad física se considera un factor de riesgo importante para desarrollar enfermedades no transmisibles. la Organización Mundial de la Salud (OMS) se recomienda realizar al menos 150 minutos (2 horas y media) por semana de actividad física moderada o 75 minutos (1 y quince minutos) de actividad vigorosa. En México, a través del reporte de la ENSANUT MC (2016), se indica que la población adulta no cumple con la recomendación de actividad física que la OMS indica (realizar al menos 150 minutos de actividad física moderada-vigorosa por semana en cualquiera de los 4 dominios: transporte, tiempo libre, ocupación y hogar) disminuyó ligeramente de (16.0 % a 14.4 % de 2012 a 2016, siendo mayor en hombres (15.2 % vs 13.7 %) que en mujeres (16.7 vs 15.0 %) sin embargo este cambio no fue significativo.

Tanto en hombre como en mujeres, se observó una diferencia significativa entre aquellos que cumplen <840 minutos por semana y los que cumplen 1680 minutos o más por semana de actividad física en ambos años <sup>(56)</sup>.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) por su parte capta información relevante respecto a la actividad física que realiza la población mayor a 18 años en su tiempo libre. Esto lo realiza anualmente desde el 2015 a través del Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF). En la MOPRADEF realizada en noviembre de 2017, el INEGI recabó información de 2336 viviendas de acuerdo a los resultados, sólo el 42.4 % de la población es físicamente activa. Esto significa que más de la mitad de los mexicanos (57.6 %) no realiza actividad física en su tiempo libre.

Esta situación se ha mantenido estable desde 2013. La mayor parte de los encuestados realizaba actividad física por salud (59.6 %), mientras que solo 2 de cada 10 lo hacían por diversión (19 %) o para verse mejor (17.6 %) <sup>(57)</sup>.



### **2.2.1 Subcategorías de la Actividad física**

#### **2.2.2 Ejercicio**

En cuanto a ejercicio, vale la pena decir que es un concepto discutido en la literatura desde principios del siglo XIX, esto se dio debido a que no se hacía una verdadera distinción entre este y actividad física; así mismo el ejercicio era relacionado con ejecuciones vigorosas de actividades físicas aeróbicas y competitivas.

Algo semejante al término de actividad física, ocurre con el término Ejercicio, a este lo podemos definir como una subcategoría de la actividad física, siendo planeado, estructurado y repetitivo, además de tener como propósito mejorar y mantener uno más de los componentes de la aptitud física. No obstante, se pueden considerar otras definiciones, las cuales no están alejadas de la primera. “Es una actividad física de tiempo libre, dirigida con la intención de desarrollar aptitud física”. “Cualquier actividad que involucre la generación de fuerza por los músculos activados”.

El ejercicio está relacionado con la aptitud física y salud, que envuelven una producción metabólica; requieren de un ritmo directo o moderado de transformación de energía potencial metabólica, es decir que trabaja a intensidades submáximas o moderadas con el motivo de proveer aptitud física aeróbica o cardiovascular <sup>(51)</sup>.

El ejercicio físico mejora el rendimiento cardiovascular debido a cambios hemodinámicos, hormonales, metabólicos, neurológicos y de la función respiratoria. Los programas de ejercicio supervisados se recomiendan desde la infancia con el objetivo de estimular el hábito hacia el deporte, una de las medidas más adecuadas para ocupar el tiempo de ocio y mejorar el estado de salud.

Los efectos benéficos del ejercicio se pueden ver reflejados en los diferentes sistemas: a nivel orgánico aumenta la elasticidad y movilidad articular, ganancia muscular, la cual se traduce en aumento del metabolismo, a su vez produce disminución de la grasa corporal. A nivel metabólico disminuye la producción de ácido láctico, la concentración de triglicéridos, colesterol, ayuda a disminuir y mantener un peso corporal saludable, normaliza la tolerancia a la glucosa, aumenta la capacidad de grasas como fuente de energía, mejora el funcionamiento de la insulina.

La práctica regular de ejercicio conlleva a la adopción de hábitos de alimentación sanos, ayuda a la modificación de los factores de riesgo cardiovascular y los cambios para adquirir un estilo de vida saludable <sup>(58)</sup>

### **2.2.3 Deporte**

El deporte es otra subcategoría de la actividad física, especializada, de carácter competitivo que requiere de entrenamiento físico y se realiza a altas intensidades. Su principal característica es su carácter competitivo por lo que se lleva a cabo bajo reglas establecidas por las instituciones y organismos estatales o gubernamentales. Es importante recalcar que a diferencia de del ejercicio y la actividad física su objetivo principal no será mejorar o mantener la salud, sino competir <sup>(59)</sup>.

El deporte para el ocio o recreativo es un fenómeno urbano, más propio de poblaciones sedentarias y típico de países desarrollados. La enseñanza deportiva fomenta el desarrollo corporal; se aprende a dominar el propio cuerpo, a moverse más adecuadamente en el medio en el que nos desenvolvemos y a conocer y dominar una gran diversidad de movimientos <sup>(60)</sup>.

Es fundamental mantener un plan de entrenamiento para comenzar a mejorarla composición corporal, los deportes con menos impacto y menos traumáticos son ideales para personas con obesidad, de esta forma conseguiremos quemar calorías, sin poner en riesgo las articulaciones <sup>(61)</sup>.

El tipo de deporte más recomendado en programas de obesidad es la natación, danza aeróbica en el agua, gimnasia acuática, natación con aletas, en especial por una mayor facilidad para la termorregulación y por sus características biomecánicas muy favorables para el sistema osteomuscular del paciente obeso.

Otro deporte con ventajas biomecánicas para el paciente obeso y con mayores posibilidades prácticas en nuestro medio es el ciclismo en todas sus modalidades.

El patinaje recreativo, la marcha y la danza son algunas de las modalidades de mayor aceptación en los últimos años. Por su mayor carga las grandes articulaciones en individuos obesos es necesario dosificar adecuadamente el trabajo y estar atentos a los signos de procesos de inflamación y uso excesivo del sistema osteomuscular <sup>(62)</sup>.

#### **2.2.4 Representaciones sociales**

La relación de las representaciones sociales se relaciona con los estilos de vida saludable ya que de ellas depende el comportamiento del individuo en relación a las decisiones tomadas con base en la práctica de una concientización de vida saludable.

Las representaciones sociales que los individuos ejercen respecto a su estado de salud son el punto central para predecir y entender los cambios de comportamientos para explicar cómo es que los individuos cambian sus decisiones, creencias, y representaciones sobre su comportamiento en algún tema; tomando en cuenta que muchas de las causas de morbilidad y mortalidad se pueden prevenir y están íntimamente relacionadas con la práctica de las creencias con respecto a su estilo de vida saludable, actividad física, el deporte y dieta.

Las representaciones sociales son conductas no verbales que se han adquirido a través del tiempo que se dan en función de otras conductas, estas son la causa directa del comportamiento de un sujeto para prevención o actos de riesgo en su salud, cualquier intento de cambio ante estas conductas implica un cambio en las creencias, comportamiento y estas a su vez son necesarias interpretar para tener un panorama claro de los patrones que determinan la conducta del hombre.

La práctica de actividad física está determinada por el entorno macro social, se ve influenciado por la cultura, siendo éste el más importante ya que modificara las conductas y comportamientos entorno al estilo de vida adquirido; por esta razón es importante identificar la percepción y barreras que predisponen la práctica de actividad física con el objetivo de que se mantenga el estilo de vida saludable en la edad adulta y a lo largo de la vida <sup>(63)</sup>. Estudiar cualquier comportamiento que se relacione con la actividad física, implica tener en cuenta factores socioculturales del individuo como las concepciones y percepciones, la primera tiene relación con la creación de ideas que explican y describen el significado que se tiene sobre algún tema específico (actividad física), se construyen por el entorno social y cultural, mientras que las percepciones, son procesos donde se entiende y se comprenden las acciones practicadas y se le da un significado como pueden ser los valores,

tradiciones, estereotipos, vivencias y conocimientos esto a su vez van a construir la representación social que tiene el individuo sobre su estilo de vida <sup>(64)(65)</sup>.

### **2.2.5 Teoría de las representaciones sociales**

#### **2.2.6 Origen**

El término de representaciones sociales tiene un origen que comprende diversos hechos, lugares, términos y conceptos, y autores, principalmente filosóficos, los cuales a partir de 1879 se vieron en la necesidad de derivar, concatenar, estructurar y experimentar, junto con la creación de instrumentos, las diversas significaciones y conceptualizaciones que comenzaron a surgir gracias a la fundación del instituto de psicología en Leipzig, Alemania.

La creación del Instituto de psicología en Leipzig, Alemania se dio por su fundador Wilhelm Wundt siendo uno de los pioneros de la psicología contemporánea e interesado por el desarrollo de una psicología que supera el ámbito de la especulación que primaba en esa época, Wundt tenía una visión hacia la psicología no solo experimentalmente sino también metafísica científica y la psicología social.

Hace una división de la psicología en la distinción básica alemana entre ciencias naturales y ciencias sociales; una vez hecho esta diferenciación, consigue realizar métodos de explicación de fenómenos. Así, teniendo una idea metodológica de reporte introspectivo (experiencial), logra desprender la interpretación de los productos de la experiencia colectiva, influenciado por Lazarus, Steinthal, Herder, Hartmann y Darwin, baso su análisis en el gesto animal para darle dirección a la comunicación entre habla y lenguajes humanos, y que resulto en que la comunicación de gestos proveía las bases indispensables de la vida social.

A través de su análisis comienza por la acción humana indicando que en ella uno de sus procesos primarios tiene que ver con la afectividad como su expresión a través de gestos transfería estados mentales a otro. Esta base sería indispensable para la interacción entre seres humanos <sup>(66)</sup>.

La comunicación afectiva a través de gestos tendría entre sus productos culturales el lenguaje (para el pensamiento humano), los mitos (para la imaginación) y las costumbres (que establecen un marco para los comportamientos). Que con el tiempo estos productos van cambiando y el análisis de este proceso a través de la interpretación podría dar cuenta de lo que sucede interiormente a cada individuo.

Estas ideas influenciaron a pensadores importantes de las ciencias sociales que en particular tiene que ver con las Representaciones sociales, la tradición del interaccionismo simbólico de Mead y las Representaciones colectivas de Durkheim.

Respecto al interaccionismo de simbólico de Mead se encontrarían en el pragmatismo de Jonh Dewey propone que la decisión activa es la que proyecta la acción/el hacer de los individuos, creando así, la inflexión sobre el modelo del arco reflejo y al mismo tiempo se desarrolla la relación entre conocimiento y realidad, por la cual se integra la intersubjetividad <sup>(67)</sup>. Mead realiza su análisis sobre el denominado acto social, el cual involucra símbolos y significados al estar relacionado con el espíritu y la comunicación y, que consecuentemente, esta comunicación crea la realidad. En este sentido, se refiere la intersubjetividad superpuesta en el yo (quien actúa), el mí (quien percata) y el otro (quien evalúa la comunicación entre los dos primeros).

Dado las corrientes que marcaron el origen de las representaciones sociales surgen otras aportaciones que dan lugar a otros desarrollos como la sociología fenomenológica del conocimiento (Schutz, Berger y Luckmann), la Etnometodología de Gárfinkel o la Teoría de las Representaciones Sociales, en otras formulaciones.

Posteriormente en relación a las representaciones Colectivas de Emilie Durkheim. Este autor visita el laboratorio de Wundt y quedó interesado por el carácter con que se realizan los experimentos y por la dimensión experimental (experiencial) y la colectiva para abordar el estudio de lo psicológico.

En 1895 establece las diferencias entre las representaciones individuales y las representaciones colectivas, definiendo la conciencia colectiva como la

trascendencia de la fuerza coactiva percibida en los productos culturales como mitos, religión, creencias, etc., y definiendo a la psicología social como los fenómenos que atañen más al colectivo con la imposibilidad de reducirlo al individuo.

Es hasta décadas posteriores, cuando el psicólogo francés Serge Moscovici retoma este concepto propio de Durkheim, en 1986 le da completamente el enfoque sociológico, por lo que delimita a una definición concreta nombrándolo conceptualmente como “Representación Social”, que es: una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es el sentido común originando el intercambio de comunicaciones del grupo social.

A pesar de que una representación Social es amplia en fenómenos, puede entenderse que es un sistema de referencia que permite dar significado a los hechos. Es decir, que constituye una especie de “anteojos” que brinda una manera de ver los sucesos o conceptos y concebir teorías implícitas aserciones sobre individuos o sobre la vida cotidiana.

Para este autor las representaciones sociales pueden interpretarse en la forma de categorías que permiten clasificar tanto a los fenómenos como a los individuos o bien como imágenes que condensan un conjunto de significados. Más tarde surgen otros estudiosos que dan seguimiento a esta teoría como Denisse Jodelet donde ella afirma que las representaciones sociales se configuran a partir de un fondo cultural que circula en la sociedad y proporciona las categorías básicas a partir de las cuales se constituyen, es decir, provienen de fuentes de determinación que incluyen condiciones económicas, sociales, históricas y el sistema de creencias y valores de una sociedad dada. Aunque se definen por su contenido (informaciones, imágenes, opiniones, actitudes, etc.) a la vez, dicho contenido se relaciona con un fin como ser un trabajo a realizar o alguna otra cuestión enlazada con el pensamiento práctico.

En concreto para Moscovici el principal precepto que sigue una representación social es que se trata de una forma de pensamiento social que se pone en juego en cada instancia comunicacional y que suele poseer el poder de prescribir nuestro accionar y así influye de manera significativa en nuestra vida cotidiana.

Para constituirse como tales las representaciones sociales responden a mecanismos internos y es el que describió dos procesos principales que explican cómo lo social transforma en conocimiento en representación, y como esta representación transforma lo social. Ambos procesos se denominan: Mecanismo de objetivación y mecanismos de anclaje <sup>(68)</sup>.

### **2.2.7 Definición**

La teoría de las representaciones sociales es un entramado de diversos factores en forma discursiva a los que se le atribuyen percepciones de la realidad social para crear una idea de cómo llevar un comportamiento social con relación a, y para que, finalmente, esa idea sea transformada en un acto y pueda desenvolverse, socialmente, sobre esa práctica.

El concepto de Representaciones Sociales aparece por primera vez en la obra de Moscovici en el año 1961, donde expone:

A la representación social como sistemas cognitivos con una lógica y lenguaje propios. No representan simples opiniones, imágenes o actitudes en relación a algún objeto, sino teorías y áreas de conocimiento para el descubrimiento y organización de la realidad

- ✓ Sistema de valores, ideas y prácticas con una doble función; primero, establecer un orden que le permita a los individuos orientarse en un mundo material y social y dominarlo; y segundo permitir la comunicación entre los miembros de una comunidad al proveerlos con un código para el intercambio social y para nombrar y clasificar sin ambigüedades aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal.

Las representaciones sociales no, sólo son productos mentales, sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales; no tienen un carácter estático ni determinan inexorablemente las representaciones individuales. Son definidas como maneras específicas de entender y comunicar la realidad e influyen a la vez que son determinadas por las personas a través de sus interacciones.

Equivalen, en sociedad, a los mitos, y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; puede, incluso, afirmarse que son la versión contemporánea del sentido común.

Las representaciones sociales se caracterizan de manera más genérica como entidades operativas para el entendimiento, la comunicación y la actuación cotidiana; son producidas por las experiencias de la vida cotidiana, por el sentido común <sup>(69)</sup>.

### **2.2.7 Elementos**

Las representaciones sociales cuentan con elementos fundamentales que pueden ser analizadas desde el aspecto didáctico y/o empírico.

Uno de ellos es la información, la cual es el conocimiento que se tiene acerca de algún objeto o fenómeno de naturaleza social y, que, por efecto de las dimensiones conlleva a la riqueza en la explicación por las relaciones cotidianas.

El segundo es el campo de representación, tomando en cuenta el carácter ideológico, es la expresión jerarquizada del contenido de la representación tomando en cuenta las propiedades cualitativas.

Como último elemento, se encuentra la actitud. Ésta contribuye a definir con cierta precisión a grupos y sus tendencias, además de ser el elemento más común de todos. Así, la actitud, constituye la orientación favorable o desfavorable por su implicación comportamental y de motivación.



Moscovici (1979) concluye la teoría de las representaciones sociales afirmando tres condiciones que debe cumplir para la búsqueda correcta de la información y poder relacionarla, de tal manera que la tarea quede completa.

- a) La dispersión de la información, la cual hace referencia a que nunca será suficiente la información acerca de un objeto.
- b) La focalización, que siempre será diversa y que explica la interacción social como forma de atractivo social acorde a los intereses particulares del individuo.
- c) La presión a la inferencia es la respuesta que se exige del individuo de acuerdo con el grupo social y a constructos ideológicos acordes a un objeto, aplicado en las acciones como posturas determinadas.

De esta manera las dimensiones de la dinámica, la objetivación y el anclaje tomaban sentido en torno a la selección y descontextualización de los elementos, formación del núcleo figurativo y naturalización.

**La objetivación** toma la selección y descontextualización hasta formar un núcleo “figurativo” que se naturaliza, constituyendo de esta forma la teoría esquematizada. Es en donde la información superabundante junto con los signos lingüísticos, tratan de **relacionar/acoplar la palabra a la cosa** <sup>(67)</sup>. La objetivación es el proceso porque se hace concreto algo abstracto. Las ideas abstractas, lo relacional, Es materializado en figuras. Se forma una esquematización o núcleo figurativo, una estructura creadora de imagen va a reproducir de forma visible y casi tangible, una idea o estructura abstracta. Se cambia lo indirecto en directo, lo que en la teoría es afirmación general, en la representación se convierte en traducción inmediata de la realidad. En la medida en que el modelo figurativo penetra en el medio social como expresión de lo real aparece como natural.

**La objetivación presenta tres fases:**

1. Construcción selectiva O etapa de selección y descontextualización de los elementos de la teoría. En esta etapa las informaciones son separadas del campo científico al que pertenecen y son apropiadas por el público que las

proyectan como hechos de su propio universo, logrando así “dominarlas”. Se dice que éste es un proceso similar a la asimilación piagetiana ya que los elementos retenidos se transforman a medida que van encajando en las estructuras cognitivas de los sujetos.

2. Esquematización estructurante. Es la formación de un núcleo figurativo, una estructura de imagen que reproduce una estructura conceptual. Los elementos de información ya adaptados a través del proceso de apropiación se organizan proporcionando una imagen coherente y fácilmente expresable del objeto representado. Se alcanza así un esquema figurativo, las ideas abstractas se convierten en formas icónicas, más accesibles al pensamiento concreto.
3. Naturalización. En esta etapa se coordinan cada uno de los elementos del pensamiento que se convierten en elementos de la realidad, referentes del concepto en cuestión. El esquema figurativo adquiere status ontológico como un componente más de la realidad objetiva. Se olvida el carácter artificial y simbólico del núcleo figurativo y se le atribuye existencia fáctica. Se considera que "aquello de lo que se puede hablar existe efectivamente".  
6 de 17 Finalmente, el pensamiento social separa los procesos y los productos, quedándose sólo con el resultado, ignorando el proceso de producción del producto. El modelo figurativo adquiere status de evidencia, integrando una ciencia de sentido común <sup>(68)</sup>.

**El anclaje** El anclaje describe el proceso de asimilar lo nuevo a lo que ya existe. Se refiere al marco de interpretación (sistema de valores y sistema de categorías) del que disponga un grupo y que es la herramienta que necesariamente empleará para entender, interpretar, un objeto nuevo o extraño. Entre ese objeto nuevo y esos viejos sistemas de valores y de categorías se establece una comunicación de significados, que dará lugar a una representación en la que el objeto extraño es reconstruido con sistemas familiares, a la vez que estos sistemas resultan en parte también modificados con esa nueva asimilación. Sistemas de valores dominantes. Una ilustración de este proceso la da Moscovici en su obra sobre el psicoanálisis señalando cómo en las representaciones sociales de éste la sexualidad (libido)

apenas está presente, reflejando ello la oposición de los valores dominantes de la sociedad (por los años 1950) a reconocer en las pulsiones sexuales vectores esenciales de la personalidad. Esa reconstrucción según los valores aceptados refleja un proceso de anclaje. No obstante, se señala una influencia recíproca: desde la aparición del psicoanálisis se han atenuado diversas prohibiciones que regulaban la vida sexual; el psicoanálisis se ha convertido en emblema de liberación de costumbres sexuales y ha tenido una influencia sobre las conductas individuales (70).

### **2.2.8 Construcción**

Como máximo exponente, y creador de la teoría de las representaciones sociales, se encuentra el psicólogo francés Serge Moscovici, quién ha tenido diversos seguidores y, por decir de alguna forma, logró tener generaciones que lo acompañan a través de las múltiples exploraciones y conformaciones que solidifican cada vez más los elementos que componen dicha teoría.

Dentro de estos elementos, existen diversas orientaciones metodológicas referentes al estudio de las representaciones sociales en las que se encuentran destacados autores y estudiosos de las mismas, como lo son desde Moscovici, Jodelet, Flahault, Friedman, Di Giacomo, y entre los que se ven influenciados en comparación metodológica, por mencionar alguno, como Tomás Ibáñez.

A pesar de que Moscovici empleo cuestionarios estructurados y semiestructurados, sugirió las técnicas que pudiesen abarcar las dimensiones de tal teoría.

Él mismo, define las representaciones sociales como “una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos”, por lo que cada sociedad e individuo entiende y comprende algo y lo explica conforme a su propia percepción y experiencia (67).

### **2.2.9 Metodología**

Si bien es cierto, la teoría de las representaciones sociales, elaborada por Moscovici en su libro *La psychanalyse, son image et son publique* en 1961, fue instrumentada

a través de un enfoque plurimetodológico, combinando entrevistas, cuadernos de campo, cuestionarios y análisis de contenido, lo que dio auge a episodios de confrontación crítica que tuvieron, en diversas etapas, el impedimento de su aceptación por diferentes posturas epistemológicas predominantes, sin embargo, en las últimas décadas, ha dado pie a un gran número de corrientes de investigación, diversidad de modelos de aproximación teórica y empírica, enriqueciendo, entre tantas, a la sociología de la salud. A continuación, se muestran la diversidad de aproximaciones y ópticas para las representaciones sociales.

Jodelet (2003), menciona 2 modelos importantes, el primero se enfoca en el modelo del núcleo central y el segundo es el modelo de la escuela de ginebra, en donde ambas se conciben como “tomas de posición”. Por otro lado, la perspectiva desde Banch (2000) tiene dos posturas: la estructural y el procesual.

El estructural hace uso del método experimental y análisis multivariable para identificar la estructura central, el cual busca la organización y estructura del contenido y la estructura, con métodos comunes como técnicas correlacionales y de análisis multivariados o ecuaciones estructurales para lograr encontrar los mecanismos de constitución, las funciones, dimensiones y elementos de la cognición; como representante estructural: Jean Claude Abric. (Gutiérrez, S. 2016).

El procesual aborda los procesos cognitivos (Individual) y los de interacción-contextuales (Social), desde un abordaje hermenéutico, entendiendo y focalizando el análisis de “las producciones simbólicas”, utilizando métodos de recolección y análisis de datos cualitativos, por triangulación, combinando técnicas, teorías e investigadores. Se tiene un abordaje hermenéutico con el fin de reconocer los significados, los sentidos, la cultura de un grupo inmersos en la sociedad.

De esta forma, la elección de una perspectiva metodológica está determinada, en gran medida, por consideraciones empíricas, por lo cual, el acopio y análisis de la información son dos procesos que se interrelacionan, debiendo existir coherencia teórica y metodológica entre ambas.

Dentro de los métodos de recolección de información, según Abric (2001), existen dos grandes tipos de métodos, aquellos denominados interrogativos y los llamados asociativos.

Los interrogativos, entre los más destacados y utilizados para el estudio de las representaciones sociales, se encuentran la entrevista a profundidad/cualitativa, la entrevista semiestructurada/focalizada, el relato de vida, historia de vida, historia oral temática, grupos focales, cuestionarios, tablas inductoras, diseños y soportes gráficos, aproximación monográfica con técnicas etnográficas/encuestas sociológicas/análisis histórico/técnicas psicosociológicas. Mientras que en los asociativos se encuentran asociación libre y carta asociativa.

Gutiérrez, S. (2016) menciona que, como métodos de análisis de información, que también son parte del cumplimiento de los objetivos en todo proyecto de investigación, se encuentran 4 tipos, los cuales, son lo más comunes y más utilizados por los grandes ponentes antes mencionados. Lo anterior se sintetiza en la presente tabla:

En conclusión, la teoría de las representaciones sociales es una teoría fenomenológica incluyente, al contemplar la compleja diversidad de conocimientos y creencias compartidos en una comunidad, la cual considera dichos razonamientos como prudentes, lógicos o válidos en la construcción mental del colectivo, tomando en cuenta, y como producto, la conformación de la realidad derivadas del conjunto e interrelaciones de la capacidad de juzgar los acontecimientos y eventos de forma razonable entre significados, creencias, sentidos, cultura, hábitos, etc., que están inmersos en una sociedad y que tienen el fin último de la creación del sentido común.

En este sentido, como método, la entrevista semiestructurada propone un abordaje del objeto de estudio sobre el sujeto de estudio de manera directa y con un riesgo mínimo en sesgos debido a su focalización en los datos, discursivamente, a obtener y que, posteriormente, se agruparan en campos semánticos o categorías estructurales que incluyen la inducción hacia una representación social con elementos fundamentalmente visibles como lo son: la objetivación en sus tres fases (la construcción selectiva, la esquematización estructurante y la naturalización) y el anclaje en sus elementos (cognición de integración, función interpretativa de la realidad y función de orientación de las conductas y las relaciones sociales).

Como punto metodológico, conviene agregar una micro-etnografía con el fin de conocer, describir, mostrar y contemplar los momentos de acercamiento a los lugares y sujetos de estudio en distintos momentos y en relación al objeto de estudio, dejando como información adicional la contextualización en torno a las representaciones sociales, para las cuales denotan un campo de amplitud y comprensión al fenómeno social que se aborda, según sea el caso, sobre la teoría de las representaciones sociales.

Dado lo anterior, al hablar de representaciones sociales para este estudio, se retomará la construcción, elementos, características, etc., que configuran a la teoría de las representaciones sociales desde la perspectiva estructural comprendida por el modelo estructural de Jean Claude Abric por la cualidad categórica de la dinámica en relación al núcleo y periferia <sup>(67)</sup>.

### III. JUSTIFICACIÓN

Desde hace varias décadas México ha experimentado diferentes transiciones demográficas, epidemiológicas y nutricionales, estas se caracterizan por el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), elevando la prevalencia de Obesidad; siendo esta el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades osteoarticulares.

El sistema de salud en México debe dar prioridad a la atención y combate de la obesidad ya que es el país con la tasa más elevada que va en acelerado crecimiento, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT) encontró que en México las estimaciones de la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adultos mayores de 20 años de edad es de 72.5 %, al categorizar por sexo la prevalencia de obesidad es más alta en el sexo femenino con un 38.6 % y en el sexo masculino la prevalencia es de 27.7 %. Respecto a la actividad física se encontró que 14.4% de los adultos no cumple con las recomendaciones de la OMS de realizar por lo menos 150 minutos de actividad física moderada-vigorosa por semana en cualquiera de los dominios ya sea: transporte, tiempo libre, ocupación y hogar <sup>(56)</sup>.

La obesidad en la actualidad ha perjudicado el estudio médico-epidemiológico ya que ahora resulta insuficiente; además de que es un problema que afecta el desarrollo económico del país, por los altos costos que demanda para su atención, ha reconfigurado el entorno social y familiar, la productividad de los habitantes, disminuyendo el ingreso económico en los hogares mexicanos.

De esta manera afirmamos que el estudio de la obesidad ha dejado de ser un problema médico ya que abarca componentes de la vida social, como la cultura, y la conducta; a raíz de esto la obesidad es el resultado de un estilo de vida poco saludable, que se ve combinado con una mala alimentación, inactividad física y deporte.

Debido a la gran problemática que representa la obesidad y la falta de actividad física y deporte; en el estilo de vida saludable de la población y los pocos resultados que se han logrado con las nuevas estrategias para la prevención y el combate de la obesidad se ha optado por utilizar un nuevo método como son las representaciones sociales las cuales ayudan a comprender la naturaleza del pensamiento, comportamiento derivado de creencias que surgen; las cuales se comparten entre los grupos sociales; en este caso ante el padecimiento de una patología como es la obesidad.

Los pacientes con obesidad tienen cierto conocimiento y creencias respecto a su padecimiento, este proceso se logra gracias a la percepción que se tiene de la patología, mismo que a su vez se va modificando por su ambiente social y cultural.

El estudio de las representaciones sociales en pacientes con obesidad permite comprender y explicar el comportamiento de cada individuo con obesidad; con base en sus decisiones de estilo vida.

Las creencias e ideas que los colectivos comparten con respecto a su padecimiento, permiten recrear la realidad de los obstáculos para combatir la obesidad en la sociedad, ya que toda representación social está compuesta de una figura que se integra de las expresiones de este colectivo; es así como permite crear una reconstrucción social de las causas de la obesidad.

Las representaciones sociales también permiten explicar, predecir y entender el cambio en cada conducta adquirida a través de la vida cotidiana. De esta manera ayuda a generar una relación entre la representación social que se tiene de la obesidad y las causas que la originan; sirven de guía dando paso a la creación de nuevas estrategias de solución ante este gran problema de salud pública que aqueja a México posicionándolo entre los primeros lugares.

Es así como las representaciones sociales ayudan a determinar un estado de salud, por esta razón los estudios hechos con base en los comportamientos, actitudes y decisiones hacia la dieta y la actividad física van ayudar a entender otro



ordenamiento social que influye de manera directa en estos colectivos obesogénicos <sup>(71)</sup>.

El estilo de vida con sus hábitos alimentarios son parte de la estratificación consciente de una vida saludable, y las representaciones sociales de una población son un factor importante de significancia, que va a determinar la transición dietológica que ha tenido durante los últimos años, un consumo de comida con alto contenido calórico y de carga social de asimilación e inclusión, simultáneamente, se ha disminuido la actividad física, por la modernización y la prontitud del tiempo como factor de condición social, es así que estos cambios en los estilos de vida afectan el ambiente de toda una población incluidos sus integrantes.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la actualidad hablar de los métodos tradicionales de intervención orientados a combatir la obesidad han demostrado bajos resultados, esta situación es tan evidente con el incremento de obesidad en México, frente a esto la estrategia de combatir este problema es a través de la actividad física, deporte y la dieta en los pacientes; mismos factores que deben ser estudiados, analizados y comprendidos desde un escenario social, el cual es una forma amplia de crear redes de intervención integral para ayudar a disminuir este problema de salud pública.

Sin embargo, uno de los problemas más frecuentes a la hora de intervenir con estos grupos es la baja adherencia por adoptar un estilo de vida saludable, la explicación de este inconveniente tiene que ver con factores sociales, culturales y psicológicos; los cuales estos últimos se caracterizan por los problemas resultantes de vivir en un ambiente obesogénico.

Esta investigación busca explorar desde una perspectiva cualitativa, a una patología que es la epidemia del siglo XXI, la cual ha condicionado nuevas formas de vivir, enfermar y morir en los colectivos actuales, es así que la obesidad se engloba dentro de panoramas patológicos perpetuos, donde el área de la salud en su postura curativa no ha dado respuesta clara a este fenómeno que azota a nuestro colectivo mexicano.

Este estudio se enmarca en un nuevo paradigma científico, que busca aclarar la realidad del fenómeno obesogénico, al develar el fondo del creador de esta patología, es así que asimilar desde un principio las creencias, signos, significados, que desprenden en un grupo que padece, nos develara la realidad social del problema in situ, para poder entender sin prisas y con evidencia, una solución a esta problemática que no da tregua.

Buscando las causas que ocasionan el aumento de la obesidad en México hemos encontrado que el sedentarismo es una de ellas y la más fuertes ya que ocasiona que haya poca práctica de actividad física, alto consumo de comida rápida, alimentos con alto valor calórico, carbohidratos, azúcares, grasas, bebidas con alto

contenido de azúcar, lo cual ha ocasionado un alza en la prevalencia de esta patología. Estos factores también se ven afectados por la falta de información, los malos hábitos alimenticios y la falta de recursos económicos que impiden que se pueda llevar un estilo de vida saludable.

En la actualidad por la prevalencia que presenta la obesidad la cual va a la par del desarrollo humano y puesto que no hace ninguna distinción tanto económica, social, cultural o lugar geográfico y por su alto costo social. Se ha recurrido a estudiarla desde un punto de vista puramente social a través de las representaciones sociales esto para crear un complemento indispensable para entenderla no sólo como un problema de salud; sino también como un resultado de la expresión propia de una cultura.

La obesidad por ser una patología que no tiene un solo origen es de suma importancia estudiarla desde diferentes áreas la nutricional, médica, a partir de la psicología y la más importante la sociocultural, ya que a partir de ella entenderemos que el comportamiento, la opinión y el cambio de conducta de los individuos influye demasiado en el desarrollo de la obesidad.

La categoría de representación social, como constructo, permite la comprensión de las prácticas socioculturales de los individuos y las colectividades, estas a su vez visibilizan la influencia de los procesos socioculturales en las formaciones de los contenidos representacionales. A demás la comprensión de la cultura en su necesaria articulación con lo social, aporta un camino hacia la comprensión de los procesos, donde se construyen y resignifica la realidad social. Es en ello justamente donde radica esencialmente la conveniencia de las representaciones sociales, como categoría para la comprensión de la obesidad <sup>(72)</sup>. De esta forma es cómo surge la importancia de saber y analizar.

## **V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

**¿Cuáles son las representaciones sociales del paciente con obesidad respecto a la dieta, actividad física y deporte?**

## **VI. OBJETIVO GENERAL**

- ✓ Analizar las representaciones sociales que los pacientes con obesidad tienen entorno a la actividad física, deporte y dieta.

### **6.1 *Objetivos Específicos.***

- ✓ Clasificar las representaciones que los pacientes con obesidad tienen sobre la actividad física, deporte y la dieta.
- ✓ Describir las representaciones que los pacientes con obesidad tienen sobre la actividad física, deporte y la dieta.

## **VII. ESTADO DEL ARTE**

### **Introducción**

Esta investigación ha sido centrada en el abordaje de la temática que estudia la relación existente entre la actividad física, el deporte y la dieta en personas que presentan algún grado de obesidad desde la teoría de las Representaciones Sociales, debido a las prevaletentes condiciones sociales y de salud en México mismas que reflejan un escenario permeado por la creciente epidemia de obesidad a la luz del sedentarismo; en la salud de estas personas son notorios los negativos efectos causados por la inadecuada o inexistente actividad física y deporte. De continuar ignorando la importancia de los mencionados efectos adversos en la salud, seguirán avanzando a niveles que sobrepasen todo control de atención en la salud pública.

Por lo cual esta investigación pretende analizar la percepción de las personas a través de las representaciones sociales, estableciendo senderos para mejorar las condiciones de actividad física y deporte a fin de hacer frente la mencionada epidemia de obesidad en México.

### **Método.**

La información mostrada en el presente Estado del Arte es la resultante de una sistemática, metodológica y exhaustiva revisión, realizada en distintos metabuscadores de peana científica tales como: Redalyc, Scielo y Ebscohost.

La mencionada pesquisa de información, se basó en el análisis de un total de 10 artículos de carácter científico las investigaciones que abarcaron los periodos comprendidos del año 2006 al 2016 después de una exhaustiva revisión y análisis, fueron seleccionados 6 artículos representativos sobre: Las representaciones sociales de la actividad física, el deporte y la dieta en personas con obesidad, artículos que representan una valiosa aportación a esta investigación y ha permitido conocer y clasificar el actual estado de las investigaciones científicas realizadas sobre los mencionados contextos, en los diferentes ámbitos de su procedencia como son: Internacional y Nacional.

Para presentar los resultados obtenidos a través del análisis de las investigaciones en comento, se instauró un sistema cronológico con respecto a la fecha de publicación, iniciando por los más antiguos y concluyendo con los más recientes, así también se organizaron respecto al rubro del ámbito de su procedencia. Ver figura -- Algoritmo de método y procedimiento del Estado del Arte.

Representaciones sociales de la Actividad Física, el Deporte, la Dieta y la Obesidad.

### **Ámbito Internacional.**

En el ámbito internacional, las pesquisas de esta categoría de análisis abarcaron el periodo comprendido del 2006 al 2016, presentándose 5 artículos, por otra parte, en el ámbito nacional, la referida búsqueda de artículos se centró al año 2014 con 1 artículo, el cual contribuyó de enorme manera en el desarrollo de la investigación, siendo estos los siguientes:

En la República de Colombia, Parales, Q (2006) realizó el estudio “Representaciones sociales del comer saludablemente: un estudio empírico en Colombia” señaló que: El comer saludablemente es tema apropiado para el estudio de representaciones sociales: ¿cómo la gente transforma conocimiento científico en heurísticas sociales? La aparición de productos y palabras, por ejemplo, nutrasweet, olestra, fibra, colesterol, libre de grasa, light, vegetarianos, omega tres, etc., obliga a las personas a familiarizarse con lo desconocido para tener control sobre lo que sucede en el ambiente. El comer es entonces un asunto histórico y cultural; conlleva transformaciones en sistemas de conocimientos y prácticas... Las representaciones del comer incluyen creencias, ideologías, identidades, prácticas culturales; el comer revela identidad, conflictos y pasado... El comer saludablemente muestra las dinámicas de traducción de la ciencia en sentido común y la asimilación en lo cotidiano de objetos relativamente novedosos por parte de grupos sociales. Cómo distintos grupos sociales estructuran su entendimiento del comer saludablemente es un requisito fundamental para promover y comunicar salud <sup>(73)</sup>.

En Colombia Cuadra et al (2012) efectuaron la investigación “Representación social de deporte y educación física en estudiantes con obesidad” en la cual señalan que los modelos tradicionales de intervención orientados a combatir la obesidad han demostrado bajos resultados, situación que se ha hecho evidente con el incremento

de las tasas de obesidad en la población. Frente a esto, la estrategia planteada por la Organización Mundial de la Salud (2004) considera actuar sobre las dietas y la práctica de actividad física de la persona. Las representaciones sociales constituyen un pensamiento social que permite la comunicación y el accionar en el mundo cotidiano, incluyendo creencias, nociones, imágenes, metáforas, teorías subjetivas y actitudes que posibilitan interpretar el mundo, comprenderlo, organizarlo y actuar en el mismo (Flick, 2004; Mora, 2002) <sup>(74)</sup>.

Alvis, G. et al (2013) Llevaron a cabo en Colombia la investigación “Determinantes sociales en el deporte adaptado en la etapa de formación deportiva. Un enfoque cuantitativo” en la cual indican que el deporte adaptado ha creado una malla envolvente, convirtiéndose en un proceso facilitador, que se visualiza como una herramienta que da respuesta a los problemas sociales y de salud a nivel nacional e internacional... reduciendo la percepción inclusiva dada a partir del siglo XVII a través del cual se generó aceptación social; reforzando la postura de que el deporte tiene su máxima expresión en las condiciones de salud, alejándose de una relación adiestradora e impositiva, para pasar a convertirse en una herramienta de la palabra y del acto, que motiva el fortalecimiento de valores y el reconocimiento de la diferencia (3,7) <sup>(75)</sup>.

Collipal y Godoy realizaron en el 2015 el estudio “Representaciones Sociales de la Obesidad en Jóvenes Preuniversitarios y Universitarios” en relación a la actividad física para prevenir la obesidad, Salinas & Vio (2003) elaboraron una guía de vida activa cuyos mensajes simples son: caminar a lo menos 30 minutos diarios; realizar ejercicios de estiramiento; recrearse de manera activa, haciendo ejercicio; realizar pausas activas en el trabajo; realizar como ideal 30 min de ejercicio físico más intenso por lo menos tres veces a la semana y adecuar su intensidad al ritmo personal. La actividad física es un componente clave del balance energético... así como también una vida más saludable (Torun et al., 1996) <sup>(76)</sup>.

En el año 2016 Yurimay, Q. et al llevaron a cabo el trabajo de investigación “La Teoría de Representaciones Sociales, su aplicación en los estudios de salud y enfermedad: el caso de la obesidad” en el cual dijeron ver que la persona con obesidad tiene repercusiones psicológicas y sociales importantes, que constituyen



un hito representativo de su salud física y mental, ser obeso constituye en la actualidad un estigma social, motivado al culto por la estética y la delgadez y el rechazo a la obesidad, no se motiva la verdadera causa por la cual una persona debe conservar su peso adecuado (30). La nueva visión de la obesidad reclama un abordaje investigativo bajo un paradigma diferente al enfoque empírico - analítico y determinístico que se ha mantenido hasta la actualidad (31). Esto se explica por el hecho que las nuevas generaciones de investigadores se han dado cuenta que la obesidad es un problema complejo que surge, predominantemente, por la influencia de fenómenos políticos, sociales, económicos, culturales y conductuales, interrelacionados entre sí, los cuales configuran modos, condiciones y estilos de vida obesogénicos en la sociedad y en las personas que la conforman <sup>(77)</sup>.

### **Ámbito Nacional**

En los Estados Unidos Mexicanos en el año 2014 Casas, P. et al., efectuaron el estudio “Significado de la dieta en pacientes con obesidad” para tal efecto señalaron que la representación social tiene por misión primero describir, luego clasificar y, por último, explicar toda la apropiación y reproducción de significados relacionados a un objeto en estudio, cabe mencionar que el hombre está situado dentro de una cosmovisión social compleja, donde la cultura es y ha sido una creación colectiva interiorizada ideológicamente en cada individuo que forma la estructura social y da funcionamiento a la sociedad, esta cultura ideológica forma el universo real del individuo y la colectividad, y una manera de acercamiento a esta realidad es a partir de la RS.

En nuestro país, las tendencias de sobrepeso y obesidad en las diferentes encuestas nacionales muestran un incremento constante de la prevalencia al largo tiempo. De 1980 a la fecha, la prevalencia de obesidad y sobrepeso en México se ha triplicado alcanzando proporciones alarmantes (Olaiz, 2006; Ledikwe, 2003; Villa, 2004; Márquez, 2011). El sobrepeso y la obesidad se han convertido en el factor de riesgo modificable más importante del país <sup>(78)</sup>.

Los artículos referidos fueron de enorme utilidad para el desarrollo de la investigación, pues permitieron conocer los puntos nodales de la misma tal es el

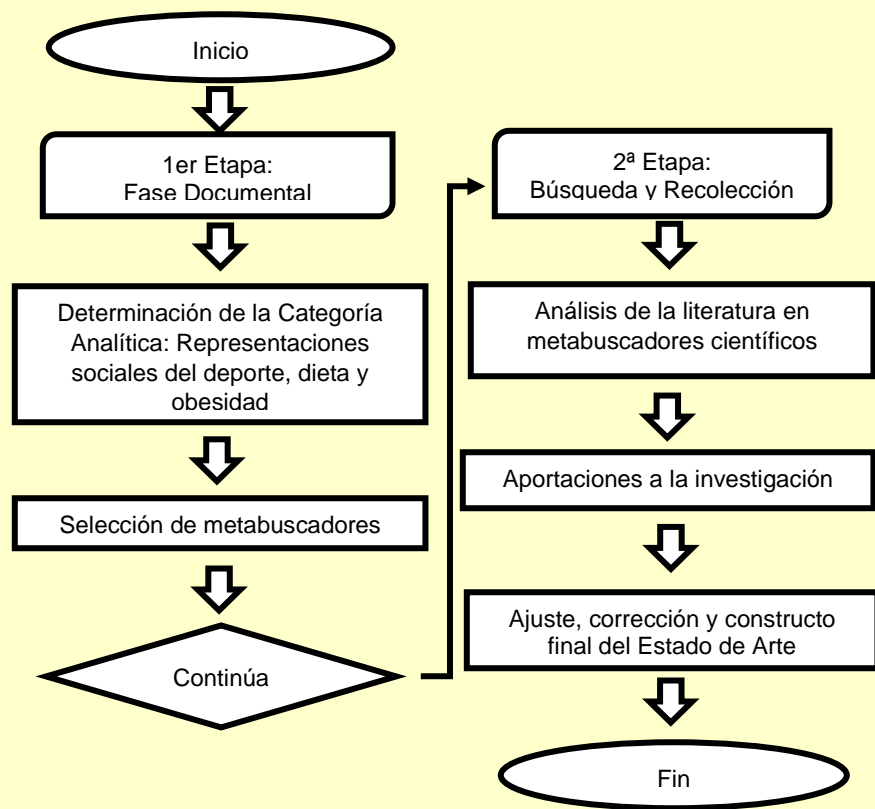
caso de las aportaciones de, Parales Q (2006), Alvis, G. et al (2013) y Yurimay, Q. et al (2016) quienes contribuyeron al razonamiento, entendimiento y constructo del marco teórico respecto a las representaciones sociales y la actividad física, deporte y dieta.

De la misma forma, es importante establecer que el curso propio de todo proceso patológico, genera a las personas que los padecen y en diferente grado, condiciones de incapacidad tanto física como psicológica y social, las mencionadas condiciones pueden ser de carácter temporal o incluso permanente. Tal es el caso de los pacientes que presentan obesidad, quienes, a partir de algún grado de obesidad, su estado de salud los conlleva a una disminución en su capacidad de autosuficiencia, patología en la cual es muy marcada la necesidad de una adecuada atención tanto en calidad de vida como en la modificación de su composición corporal.

Por tanto, en el sentido de la asistencia que reciben las personas que presentan obesidad o cualquier otra condición patológica, la atención debiese consistir: En el conjunto integral de acciones realizadas en pro de la mejoría del estado de salud y que incluya no solo un manejo desde el orden Biomédico, sino también desde una perspectiva del orden social.

Lo anterior nos permita conocer ampliamente no solo su estado de salud o enfermedad sino también saber cuáles son necesidades específicas en esos momentos aciagos, con la finalidad de influir positivamente en su calidad de vida, la mencionada atención desde la perspectiva social, debe ser aplicada en todos los entornos donde el paciente con obesidad vive y convive sean estos el entorno Familiar, el Social, laboral y el Clínico.

**Figura. - Algoritmo de método y procedimiento del Estado del Arte.**



Simbología	
	Inicio del algoritmo
	Fin del algoritmo
	Entrada a los pasos / procesos
	Pasos / procesos aplicados
	Conector
	Líneas de Flujo

## **VIII. METODOLOGÍA**

### **8.1 Teoría y Métodos**

El estudio es de tipo cualitativo, se aplicó una entrevista semiestructurada individual. La población de estudio estuvo conformada por 28 pacientes con Índice de Masa Corporal (IMC) de 30.0 – 39.9 Kg/m<sup>2</sup>, considerada como obesidad grado I y II, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud.

#### **8.1.2 Diseño del estudio**

Estudio cualitativo transversal analítico interpretativo con estudio de caso.

#### **8.1.3 Población y muestra**

El universo de la muestra fue de 45 personas con obesidad del corporativo De la Riva Investigación Estratégica SC. De las cuales, 28 pacientes fueron los que cumplieron con los criterios de inclusión.

#### **8.1.4 Variables**

Variable independiente

- Obesidad, actividad física, deporte y dieta.

Variable dependiente

- Representaciones sociales

### 8.1.5 Operacionalización de variables

#### *Variables independientes*

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Representaciones sociales sobre actividad física y deporte.	Las representaciones sociales son: comportamientos practicados por el hombre que representa un proceso de transición para prevenir la enfermedad y prolongar la salud, el cual se ve reflejado a través del beneficio físico, mental y social por medio de un estilo de vida saludable y practica de actividad física; con el objetivo de aumentar la esperanza de vida.	Identificación y jerarquización de representaciones sociales a través de la técnica de saturación de discursos.	Cualitativa ordinal

*Variable dependiente*

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN												
OBESIDAD	La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa.	<p>Índice de masa corporal</p> <p><b>Clasificación de la OMS del peso corporal en función del IMC.</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>IMC</th> <th>CLASIFICACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>18.5-24.9</td> <td>NORMOPESO</td> </tr> <tr> <td>25.0-29.9</td> <td>SOBREPESO</td> </tr> <tr> <td>30.0-34.9</td> <td>OBESIDAD GRADO I</td> </tr> <tr> <td>35.0-39.9</td> <td>OBESIDAD GRADO II</td> </tr> <tr> <td>&gt;- 40</td> <td>OBESIDAD GRADO III</td> </tr> </tbody> </table>	IMC	CLASIFICACIÓN	18.5-24.9	NORMOPESO	25.0-29.9	SOBREPESO	30.0-34.9	OBESIDAD GRADO I	35.0-39.9	OBESIDAD GRADO II	>- 40	OBESIDAD GRADO III	Cuantitativa Continúa.
IMC	CLASIFICACIÓN														
18.5-24.9	NORMOPESO														
25.0-29.9	SOBREPESO														
30.0-34.9	OBESIDAD GRADO I														
35.0-39.9	OBESIDAD GRADO II														
>- 40	OBESIDAD GRADO III														

**8.1.6 Universo de trabajo y muestra.**

28 pacientes con diagnóstico de obesidad grado I y grado II, del corporativo De la Riva Investigación Estratégica SC.

La muestra se obtuvo por conveniencia del estudio y del investigador, por medio de la saturación de discursos.

### **8.1.7 Unidades de estudio y observación**

El estudio se realizó a 2 pacientes con diagnóstico de obesidad grado I y 26 pacientes con obesidad grado II del Corporativo De la Riva Investigación Estratégica SC. Por pertinencia del estudio y permisos de realización de estudio acorde a aceptación de comité bioético.

### **8.1.8 Instrumento de investigación. (Anexo 1)**

Se realizó un Instrumento del tipo entrevista semiestructurada con categorías de análisis, las etapas en las cuales se construyó este instrumento son las siguientes:

1.-Trabajo de campo en el cual se obtuvieron palabras clave en referencia a Actividad física, Deporte y Dieta en un grupo de 28 pacientes con obesidad grado I y II.

2.-Posteriormente se englobaron palabras clave en torno a Actividad física, Deporte y Dieta, de ahí se generaron categorías analíticas, con lo cual se conformó la validez de constructo en el instrumento.

3.-Se realizó un banco de preguntas, tomando como eje de éstas las categorías analíticas de Identidad dietética; construcción de significado, Actividad dietética; prácticas y usos, Actividad física; el comportamiento habitual en relación al padecimiento, Deporte; prácticas y hábitos como estilo de vida, estas preguntas fueron valoradas y evaluadas en pertinencia, por tres expertos en el área de la investigación cualitativa, que en ronda de tres revisiones se obtuvo un instrumento final, con lo cual se tiene validez interna,

4.-Se aplicó a una muestra de 28 pacientes con obesidad grado I y II, y se adecuó el instrumento, en sintaxis.

5.-Es así, que se obtuvo un instrumento con ítems, el cual se precedió a su aplicación en la muestra.

### **8.1.9 Consentimiento informado. (Anexo 2)**

Acorde a las implicaciones éticas que se describen en el capítulo XIV.

### **8.2 Criterios de inclusión.**

- Pacientes con diagnóstico de obesidad grado I y grado II del Corporativo De la Riva Investigación Estratégica SC.
- Cumplir con el Índice de masa corporal como diagnóstico de obesidad grado I y II de acuerdo a los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud.
- Haber firmado la carta de consentimiento informado
- Pacientes que deseen participar en el estudio.

#### **8.2.1 Criterios de exclusión.**

- No cumplir con el Índice de masa corporal como diagnóstico de obesidad grado I y II.
- No haber firmado la carta de consentimiento informado

#### **8.2.2 Desarrollo de proyecto.**

El estudio se realizó en el Corporativo De la Riva Investigación Estratégica SC a pacientes con obesidad grado I y grado II. El estudio de investigación de Representaciones sociales se desarrolló para conveniencia de la coordinadora del área.

#### **8.2.3 Métodos, procedimientos, técnicas e instrumentos**

- Se acudió al corporativo de la Riva Investigación Estratégica SC para solicitar la autorización para la aplicación del instrumento de investigación, presentando una copia de la entrevista semiestructurada.
- Una vez autorizado, con el tiempo respectivo, se procedió a fijar los días para la aplicación de la entrevista y organización en conjunto con el personal del corporativo para obtener a los pacientes a estudiar.



- Una vez obtenidos los pacientes, se les hizo llegar personalmente un consentimiento informado con las especificaciones detalladas de dicha investigación.
- Una vez obtenida la población que cumplió con los criterios de inclusión, se aplicó una entrevista semiestructurada individual a cada paciente, la cual fue grabada en tiempo récord de audio con el fin de presentar material fiel y fidedigno.
- Lo anterior fue aplicado a cada uno de los pacientes que laboran en el corporativo antes mencionado.
- Una vez obtenida la información necesaria, se procedió a la Operacionalización de la información proporcionada.
- El investigador, por otra parte, clasificó la información acorde a variables de análisis.
- Se dedicó a reproducir y escuchar las entrevistas, con el fin de analizar, clasificar, discutir y comprender el significado que las Representaciones Sociales están formulando.
- Se realizó explicaciones, definiciones, significados y relaciones de las entrevistas con el fin de interpretar las respuestas tanto individual como colectivamente.
- Una vez obtenidas ciertas interpretaciones, se procedió al análisis colectivo de la información.
- Se realizó una clasificación de las representaciones sociales de manera detallada.
- Posteriormente, se realizó un escrito, proporcionando los resultados de la investigación, describiendo detalladamente las Representaciones Sociales resultantes de la investigación incluyendo fragmentos de testimonios comprendidos en la misma y de manera anónima.
- Se procedió a la documentación de toda la investigación de forma escrita (digital).
- Se presentó todo el material de forma organizada y completa.

- Se someterá a revisión, ante un grupo selecto de expertos en el tema, con el fin de dar validez y credibilidad a la investigación presente.
- Una vez validada, se presentarán resultados ante un equipo de profesionales expertos en el tema con la finalidad de la obtención del grado de Licenciatura.

El instrumento que se aplicó para la recolección de datos fue una entrevista semiestructurada basada en categorías analíticas, por cada entrevistado aportó datos referentes a las representaciones sociales de la actividad física, deporte y dieta en pacientes con obesidad. Para análisis discursivo recurrimos al software IRAMUTEQ ya que nos interesa acercarnos a la realidad sin perder la concepción de los individuos como actores autónomos y creativos.

La recolección de las entrevistas aplicadas fue bajo la autorización de la carta de consentimiento informado, los datos obtenidos fueron completamente confidenciales.

#### ***8.2.4 Límite de tiempo y espacio.***

Se planificó un cronograma de actividades de acuerdo a los contenidos que se espera obtener durante el desarrollo de este proyecto de investigación.

### **IX. IMPLICACIONES ÉTICAS**

El presente estudio se realizó conforme a las normas éticas propuestas en el reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud Título primero y haciendo referencia en su artículo 3º apartado II que hace referencia al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; Así como en su artículo 10, para Coordinar y Promover el Desarrollo Científico y Tecnológico.

En su título segundo que habla de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, en su artículo 13, en el cual que como conforme el respeto a la dignidad de todo ser humano y protección de sus derechos y bienestar. Con respecto en el artículo 17 esta investigación queda incluida como investigación con riesgo mínimo

ya que se basa en la aplicación de exámenes físicos, e incluirá la aplicación de un consentimiento informado, tal y como se explica en su artículo 20, 21 y 22. Todo sustentado con la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

## **X. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

### ***10.1 Estadística descriptiva***

La muestra de la presente investigación está conformada por una población de veintiocho sujetos (n 28) de entre los cuales se encontraron 13 hombres (46.42%) y 15 mujeres (53.57%) mismos que padecen Obesidad grado I o II distribuidos de la siguiente manera:

En Obesidad grado I se encontraron 2 hombres (7.14%) en relación con la Obesidad grado II se encontraron 11 hombres (39.28%) y 15 mujeres (53.57%).

Al respecto y conforme a los datos estadísticos aportados por la ENSANUT 2016 MC. Al categorizar por sexo en la mencionada encuesta se observa que la prevalencia de obesidad (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) es también más alta en el sexo femenino (38.6%, IC 95% 36.1, 41.2) que en el masculino (27.7%, IC95% 23.7, 32.1), con lo anterior se puede observar una clara relación de los datos obtenidos en esta investigación con la situación nacional de la obesidad.

Para interpretar la asociación discursiva de pacientes con obesidad grado I y obesidad grado II, respecto a la actividad física, deporte y dieta, es necesario comenzar con el análisis descriptivo de las categorías analíticas, las cuales pueden entenderse de una mejor manera como el núcleo de la estructura y su función en las representaciones sociales y, dar paso a la interpretación de la escena social de los pacientes.

## 10.2 Descripción de Resultados

**Tabla No. 1 discursos de pacientes con Obesidad grado I y II**

Categoría	Palabra o frase
Identidad dietética:	<p>E1, E2, E3, E4, E6, E7, E9, E10, E11, E14, E16, E17, E20, E22, E24, EE27, E28 “...Comer... por porciones...sanamente... saludablemente... verdura... balanceado... consciente... equilibradamente... frutas... verduras... pescado... cosas que no engordan... guisado... arroz... frijoles..... a mis horas... elementos del buen comer... poco pero bien... bien... sano... saludablemente... agua... equilibrado...”, E1, E9, E10, E13, E17, E18, E21, E22, E23, E24, E25, E26 “...Sacrificio... algo que no me gusta... es negativo... no me gusta llevar dietas... restricción... difícil... dejar de comer... arrepentimiento... privarme de todo lo que me gusta... me conflictúa el tiempo... es algo complicado... solo me dura un día... evitar carne roja... restricción de alimentos... papitas... refrescos... dulces... chocolates... helados... comer por comer... No comer... evitar... limitarse de... privarme de... dejar de comer... restringirme de... chatarra... pan... grasas... harinas... lo que me gusta... refresco... alimentos ricos... carne roja...”, E2, E4, E8, E12, E14, E15, E16, E21, E22, E26, E28 “...sentirme... mantenerme... bienestar... estar bien... cuidar salud... cuidar alimentación... estar sano... fuerte... contento... mejor... cuidarme... feliz... a gusto... en forma... vitalidad... buena calidad de vida... vivir...”, E1, E5, E8, E14, E18, E19, E21, E23, E24, E27, E28 “... Alimentarse... llenar sensación de hambre... a las necesidades... suficientes nutrientes... saludable... satisfacer hambre... cubrir la necesidad alimentaria...”, E3, E7, E8, E10, E11, E12, E16, E17, E23, E23, E26 “...Cuidar alimentación... nuestra salud... cuidar salud...”, E2, E4, E5, E8, E9 E11, E14, E15, E19, E21, E23, E27, E28 “... Llevar control... de mis</p>

	<p><i>alimentos... lo que tomo... lo que como... llevando control...”, E2, E6, E10, E11, E19, E22, E23, E26, E28 “...Disciplinarme... adaptarme... que hueva llevar una dieta... lo que sea... lo que haya... lo que encuentro...”, E4, E10, E12, E20, E21, E25, E26 “...Cuidar cantidad de calorías... cuidar horas de comida... lo que tu cuerpo necesita...”</i></p>
<p>Actividad dietética:</p>	<p>E2, E3, E4, E6, E9, E12, E13, E15, E16, E23, E24, E26 “...comer... en compañía... con una buena platica...con hijos...con compañero...amistades... familia... en el trabajo... en la casa... lo que encuentro... calle...”, E3, E4, E11, E12, E19, E22, E23 “...comer... taco... carbohidratos... pan... galletas... café... carne... arroz...”, E3, E8, E9, E10, E14, E18, E22, E23, E25, E27, E28 “...trato de comer... sano... bueno... que me guste... saludablemente... compartir... convivir... disfrutar...”, E15, E16, E18, E19, “...tener horarios de... desayuno... comida.. cena...”, E8, E9, E18, E19, E20, E23, E26, E28 “...la base de mi alimentación... ensalada... verdura... sopa... fruta... huevo... arroz... agua... guisado...”, E4, E5, E6, E14, E16, E27 “...si no hay una buena dieta puede causar... enfermedad... obesidad... diabetes... enfermedades más feas...”</p>
<p>Actividad física</p>	<p>E3, E4, E6, E9, E11, E12, E24, E25, E28 “...hacer ejercicio ayuda... quemar calorías... bajar de peso... mantenerse en movimiento... prevenir enfermedades... no tener obesidad...”, E3, E4, E6, E8, E10, E11, E12 “...la actividad física es ...caminar, movimiento... hábito... rutina... diario...”, E12, E13, E15, E16, E17, E19, E21, E22, E24 “...practicar deporte es... yoga, natación... basquetbol... futbol... gimnasio...”, E2, E4, E5, E6, E7, E9, E11, E13, E14, E18, E19, E28 “...el deporte te...mantiene... sano... saludable... bueno... bien</p>

	<i>físicamente...”, E15, E16, E18, E20, E21, E22, E23 “...no realizo actividad físico...por... tiempo... trabajo...flojera... soy dormilón...”</i>
Deporte	<i>E1, E2, E4, E5, E6, E8, E12, E14, E16 E19, E24, E27 “...el deporte te lleva... rendimiento... movimiento... beneficios... divertirse... disciplina... compromiso...”, E1, E2, E3, E5, E6,E7, E8, E1, E12, E15, E16, E17, E25, E27, E28 “... el deporte te ayuda...bajar de peso, tener buen cuerpo... buen físico... feliz... contento... mantener un estilo de vida...”, E4, E5,E6, E8, E9, E10, E14, E19, E29, E22, E23 “...practicar deporte es... natación...futbol...correr... gimnasio...ciclista...”, E12, E16, E19, E20, E22, E23, E24, E28 “...el aspecto negativo... falta de tiempo... trabajo... inseguridad... peligros en la calle..”</i>

Fuente propia.

Figura No. 1 Identidad



La categoría Identidad, entendida como la relación perceptiva entre sujeto y objeto, es decir la relación entre la percepción del paciente con obesidad grado I y II en torno a la dieta, se relaciona al discurso como “...**Comer... por porciones... equilibradamente... Balanceado...**”. Está ligado a la estructura de **educación**, La dieta equilibrada es la manera de alimentarse que aporta alimentos variados en cantidades adaptadas a nuestros requerimientos y condiciones personales <sup>(79)</sup>.

La relación entre la dieta y las enfermedades no transmisibles han dado pauta a la necesidad de definir, con mayor precisión, lo que es una dieta saludable en términos de alimentos y nutrientes. Las principales características de lo que hoy en día consideramos una dieta saludable están bien establecidas.

Las investigaciones en nutrición han demostrado que las dietas que mejor se adaptan a estos objetivos son las que se basan en el consumo de verduras, frutas cereales y leguminosas, utilizando un consumo moderado de alimentos de origen animal.

Actualmente existe una disponibilidad de alimentos suficiente para poder llevar a cabo una dieta saludable, y pese a esta facilidad nos encontramos con una contradicción a la hora de hacer la elección de alimentos. La habilidad para elegir una dieta equilibrada es algo que se va aprendiendo; Además la población está cada vez más sensibilizada ante la necesidad y el deseo de mantener una buena salud; que muestran cierto interés a la hora de modificar su estilo de vida <sup>(80)</sup>.

Uno de los principales condicionantes para que la dieta sea nutricionalmente equilibrada es que estén presentes en ella la energía y todos los nutrientes necesarios, en las cantidades adecuadas y suficientes para cubrir las necesidades nutricionales de cada persona y así evitar deficiencias. Debe haber variedad en la dieta, balance entre los diferentes alimentos para que de esta forma el consumo excesivo de alguno de ellos no desplace o sustituya a otro que también sea necesario.

Uno de los objetivos es que la información sobre dieta, salud, enfermedad se convierta en algo que aporte a la población al seleccionar la cantidad y el tipo de alimentos que le permitan una dieta optima de acuerdo a las necesidades de cada persona <sup>(81)</sup>.

El discurso “**...comer... cosas que no engordan...**” está relacionado con la estructura de la **ideología**, la cual es una de las estructuras más importantes ya que de la ideología, costumbres y cultura depende que practiquen buenos hábitos de alimentación. Durante mucho tiempo en el tratamiento de la obesidad, sólo han sido considerados los términos de “gordo”, no considerado como una patología con aspectos psicológicos, que influyen en el comportamiento de las personas obesas.

En la actualidad debido a los avances médicos se ha considerado la obesidad como una patología que con ella comienza una “batalla contra la grasa”. Con este término crea en las personas obesas insatisfacción, no solo de su apariencia física sino también de todo lo que contenga grasa: esta batalla se traduce a la presión social, que conlleva la creación de estereotipos que describen a la persona obesa, tanto para la población general como para la persona que padece esta patología <sup>(82)</sup>.



El discurso “**...elementos del buen comer...**” está relacionado con la estructura de la **educación**. En México se tiene una guía de alimentación que forma parte de la promoción y educación para la salud en materia alimentaria, la cual establece criterios para la orientación nutritiva. Esta guía es el plato del bien comer; este facilita la identificación de los tres grupos de alimentos (verduras y frutas, cereales y tubérculos, leguminosas y proteínas de origen animal), la combinación y variedad de la alimentación, la selección de menús diarios y aporte de energía y nutrientes a través de la alimentación correcta <sup>(83)</sup>.

El discurso “**...sacrificio... arrepentimiento... privarme de lo que me gusta...**” está relacionado con la estructura de **ideología**. Esta estructura forma parte de la cultura que han profesado y que les ha orillado a practicar un estilo de vida no saludable, este se relaciona directamente con la aversión que tiene con el consumo de una dieta adecuada y saludable.

La publicidad determina el tipo de alimentación que deben consumir acercándolos cada vez más a un sinfín de franquicias de comida rápida que los limita a consumir comida altamente energética, los individuos se ven atraídos por los sabores y colores tan extravagantes que la comida presenta y esto a su vez les causa satisfacción. Las personas con obesidad cuando se encuentran en un punto de tener que cambiar sus hábitos de alimentación en automático lo relacionan con el sacrificio que deben hacer al restringir ciertos alimentos con alto contenido energético y que además son alimentos que les produce una gran satisfacción.

Para ellos el consumo de comida rápida tanto en cantidades como en calidad es un acto normal ya que es una forma de configurar su estilo de vida, además del valor que tiene el llevar una dieta no saludable; el consumo excesivo de su alimentación les permite pertenecer a un estrato social que los acepta con esas características de gordura <sup>(84)</sup>.

El discurso “**...Es negativo... restricción... difícil... dejar de comer... privarme de... restringirme de...**” está relacionado con la estructura de **prohibición**.

En los últimos años se ha instalado la creencia popular en torno a la cantidad del consumo de alimentos o incluso de los productos llamados “light” y los supuestos beneficios que te ofrece el limitar el consumo de algunos alimentos; de cierta manera esto puede resultar contraproducente.

Las restricciones de cierta forma pueden favorecer la pérdida de peso; siempre y cuando se haga bajo la supervisión del personal de salud. Aunque las restricciones de la forma en que la llevan a cabo los pacientes con obesidad resultan desfavorecedoras; ya que traen consigo un aumento de ansiedad y puede alterar el equilibrio en la ingesta de los nutrientes necesarios para una dieta saludable.

Para el paciente con obesidad una de las interrogantes más comunes en ellos, son los alimentos que pueden elegir cuando inician alguna dieta, comienzan haciendo alguna selección de los mismos y restricción de los mismos. Y al principio podría resultarles adecuado hacer restricción de algunos alimentos, pero con el tiempo esta situación se vuelve insostenibles y empiezan a tener episodios de ansiedad. Por esta razón, cuando se someten a un régimen de alimentación por un profesional, para ellos el real es “dejar de comer lo que más les gusta” <sup>(85)</sup>.

El discurso “**...buena calidad de vida... cuidar alimentación... suficientes nutrientes...**” Está relacionado con la estructura de **salud**. La alimentación es más que una necesidad fisiológica, es también un hábito de vida influenciado por circunstancias tanto externas como internas al individuo. La relación entre una adecuada alimentación y la salud está ampliamente demostrada por la investigación.

La alimentación se entiende el acto de dar o recibir alimentos, mientras nutrición es el proceso de asimilación y metabolización de los alimentos ingeridos o administrados. Así la dieta es la alimentación habitual que realiza una persona y el régimen es la regulación metódica de la dieta con objeto de conservar o restablecer la salud <sup>(86)</sup>.

El discurso “**...llevar control... de mis alimentos... lo que como... lo que tomo...**”. Está relacionado con la estructura de **salud**. La ingesta de nutrientes modula la salud y capacidad funcional tanto a corto y a largo plazo, por esta razón la importancia de llevar un registro dietético resulta bastante útil.

Aunque el control de los alimentos que las personas obesas llevan a cabo es muy simbólico ya que no cuentan con la información suficiente de realizar como tal un registro dietético. Hoy en día existen muchos métodos para realizar un registro dietético que les ayude a mejorar su ingesta alimentaria diaria; en este sentido realizar un registro dietético también necesita, por parte del individuo, un alto nivel de motivación y contar con una gran carga de esfuerzo que supone la actividad <sup>(87)</sup>.

Además, anotar el registro de comidas y bebidas consumidas durante el día es una práctica eficiente para lograr un estilo de vida saludable y prevenir o retrasar el progreso de la obesidad. es una forma más saludable de no sentirse frustrada por restringir el consumo de ciertos alimentos.

El registro dietético siempre ayudará a estar pendiente del progreso que tienen en la pérdida de peso corporal y a la vez desarrollar una habilidad nueva de combinar los alimentos que se incluyan en el plan de alimentación ejecutado <sup>(88)</sup>.

**Figura No. 2 actividad dietética en el paciente con obesidad**



La categoría Actividad dietética en el paciente con obesidad, es entendida como la relación entre la percepción del paciente con la obesidad tipo I y II en torno a su dieta, en relación a los discursos “**...comer... en compañía... en la casa... en el trabajo...**”. Está ligado a la estructura de **sociedad**.

La cultura alimentaria nos permite revalorar a los alimentos como un elemento de funcionalidad o disfunción que establece la sociabilidad, contribuye a la armonía entre algunos grupos e individuos, además de que representa valores, costumbres, y tradiciones, así como lo hace ver *Pilcher; Jeffrey M. (2001)* en su frase “*Vivan los tamales, la comida y la construcción de la identidad mexicana*” y en algunos grupos o sociedades se distingue como un símbolo que en sus diversidades y características representa unidad, tradición, status, distinción. En ciertos casos conlleva una carga de significados espirituales o de éxito al ser considerado un elemento de transferencia de actitudes, sentimientos negativos o positivos con los demás <sup>(89)</sup>.

De acuerdo con *Pilcher; Jeffrey M. (2001)*, señala las vinculaciones entre lo que la gente es y lo que come, tiene profundas raíces en su historia destacando las influencias manifiestas de género, raza, y clase sobre ciertas preferencias en materia de comida desde la época prehispánica hasta la actualidad. Incluso como grupo o comunidad se configura en la evolución de la cocina y su relación con la identidad nacional <sup>(90)</sup>. Las formas de comer se usan tanto como elemento para mostrar la pertenencia a un estrato social, como para aparentar la pertenencia a otro y por lo tanto así dejar el de origen <sup>(91)</sup>.

El discurso “**...comer... lo que encuentro... en la calle... carbohidratos... tacos... galletas...**” está relacionado con la estructura de **conducta**.

Los hábitos alimentarios se pueden describir como patrones rutinarios de consumo alimentario, son tendencias a elegir y consumir determinados alimentos y excluir algunos otros. Comprende un conjunto de habilidades que desempeña el papel de mecanismos de decisión los cuales organizan y orienta la conducta ordinaria por consiguiente nuestro comportamiento alimentario: lo que comemos y el modo de como lo que comemos, es decir, el consumo cotidiano de alimentos. En este ámbito han sido definidos como línea de conducta por la que se seleccionan, utilizan y consumen un conjunto de productos <sup>(89)</sup>. La supervivencia de un grupo depende en buena parte de la satisfacción de sus necesidades alimentarias, de ahí que sea normal la búsqueda de comida constituya una de los aspectos más diversos y comunes en cualquier cultura y grupo social <sup>(92)</sup>. Dentro de los hábitos alimentarios que se asocian directamente al aumento de peso corporal son el comer fuera del hogar en forma frecuente; de la misma se han reportado que las comida en locales establecidos, restaurantes y reparto de comida rápida, son factores que tienen un impacto negativo en la salud de los consumidores.

Este factor resulta realmente preocupante ya que el hábito de comer fuera de casa se ha aumentado tanto en la mayor parte del mundo; ya sea en países desarrollados, así como los que se encuentran en vías de desarrollo como México.

y esto debido en gran parte a los cambios en los estilos de vida no saludables que la población ha venido adoptando a causa de la publicidad y mercadotecnia <sup>(93)</sup>.

El discurso “**...tener horarios de... desayuno... comida... cena...**”. Está relacionado con la estructura de **educación**.

Las conductas diarias, regulan el consumo de alimentos, esta actividad desempeña un papel importante en el aumento de consumo de alimentos; un ejemplo claro de esto son los horarios establecido que se encuentren dentro de la actividad dietética de cada individuo, esto le permite realizar una distribución en tiempo y en cantidades de los alimentos, permite realizar una adecuada selección de los grupos de alimentos de los que se pueden hacer uso en cada horario establecido.

El objetivo primordial de los horarios establecidos radica en que permite hacer una distribución equilibrada en el plan de alimentación, además que mejora el ciclo de digestión ya que se distribuyen en el tiempo exacto que necesita cada alimento para ser degradada y utilizado por el organismo. Además, fomentan a que se adquieran hábitos saludables de alimentación y con ello un estilo de vida saludable <sup>(94)</sup>.

*EL discurso “**...trato de comer... sano... bueno... que me guste... saludablemente...**”.* Está relacionado con la estructura **ideología**. El contexto social es determinante en la medida que puede desencadenar una evolución en los hábitos alimentarios de los individuos. Los hábitos alimentarios son la expresión de creencias y tradiciones, están ligados al medio geográfico y a la disponibilidad alimentaria. Nacen en la familia se refuerzan en un medio escolar, se contrastan en la comunidad en contacto con el medio social <sup>(95)</sup>.

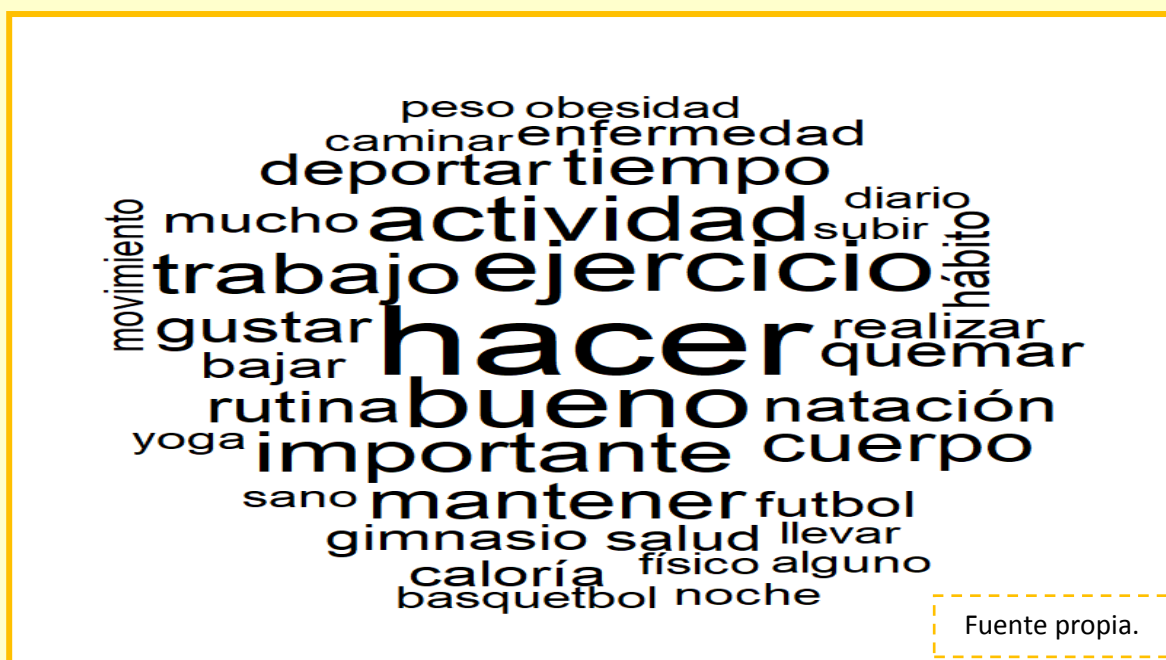
*El discurso “**...si no hay una buena dieta puede causar... enfermedad... obesidad... diabetes... enfermedades más feas...**”.* Está relacionado con la estructura **salud**.

La piedra angular que fomenta a tener una buena salud es: una buena nutrición, una dieta adecuada, y bien balanceada combinada con una actividad física regular,

en el lado contra puesto a estos factores encontramos que si hay una mala nutrición puede conducir a una reducción de la inmunidad, una mayor susceptibilidad a enfermedades, deterioro físico, y mental y una productividad reducida. Es de vital importancia promover una alimentación saludable, y garantizar una nutrición adecuada para todos.

La nutrición debe ser considerada una cuestión pública, una responsabilidad del Estado. Los consumidores deben estar empoderados de elegir dietas y alimentos saludables con medidas de protección social sensibles a la nutrición, educación nutricional y un etiquetado y promoción efectivas y precisas <sup>(96)</sup>.

**Figura No. 3 actividad física en el paciente con obesidad**



La categoría Actividad física en el paciente con obesidad, entendida como la percepción del paciente con la obesidad tipo I y II en torno a la práctica de la actividad física, en relación a los discursos “...**hacer ejercicio ayuda... quemar calorías... bajar de peso... mantenerse en movimiento... prevenir enfermedades... no tener obesidad...**”. Está ligado a la estructura de **salud**.

En la actualidad existen muchos estudios que confirman que practicar actividad física es un factor que se asocia a beneficios al estado de salud. Realizar actividad física no sólo beneficia la salud sino también favorece el desarrollo intelectual y social tanto en la vida adulta como también desde la niñez; además que modifica la conducta de los individuos favorece a llevar una vida plena y psicológicamente estable <sup>(97)</sup>.

Adquirir un nivel de actividad física activo favorece al desarrollo adulta ya ayuda a disminuir el riesgo de desarrollar patología como son la; sobrepeso, obesidad hipertensión, diabetes, enfermedades cardiorrespiratorias. Favorece a la mejora de la salud ósea y funcional; además de ser un determinante en el gasto energético y de esta forma se vuelve fundamental para alcanzar un equilibrio calórico y control de peso corporal <sup>(98)</sup>.

La actividad física vista desde el lado social; tiene efectos positivos sobre la calidad de vida. Ya que permite obtener un desempeño educativo, o el desarrollo personal y profesional son aún mayores. Asimismo, representan una valiosa estrategia para el bienestar, la salud, la educación y las políticas de inclusión por su contribución a los fines sociales del estado <sup>(99)</sup>.

El discurso “**...practicar deporte es... yoga... natación... futbol... gimnasio...**”. Está relacionado con la estructura **ideología**. Respecto a esta estructura es importante aclarar que para las personas con obesidad la idea de lo que es deporte es muy ambigua ya que existe una pluralidad de conceptos que se han tomado en cuenta para la realización del deporte en toda la población mexicana; y que este factor no sea limitante para su práctica.

Es bien sabido que el deporte es una actividad reglamentada de carácter competitivo y precisamente debido a estas características se dice que sólo personas de carácter profesional lo pueden practicar, a decir verdad, no es así; debido que el deporte es una actividad que se puede configurar a un campo de acción muy amplio, ya que genera dispersión de recursos <sup>(100)</sup>.



Por esta razón el deporte se ha adaptado una definición que puede ser adaptable a la actividad social. Puede ser propia de forma recreativa, sin dejar de ser competitiva ya que puede desarrollarse de forma individual o por equipo, esto con el fin de ser tanto competitivo lúdico o de alto rendimiento <sup>(101)</sup>. De esta forma aclaráramos las actividades como nadar, el fútbol el ciclismo, etc. sí son actividades propias de la categoría del deporte porque no pierden su esencia competitiva, pero no por esta razón es un limitante para su práctica de forma recreativa y de esta forma alcanzar beneficios individuales a la salud. Actualmente el concepto de deporte se hace abierto para abarcar las nuevas prácticas y las actitudes que las personas adoptamos ante ellas <sup>(102)</sup>.

**El discurso “...el deporte te...mantiene... sano... saludable... bueno... bien físicamente...”. Está relacionado con la estructura salud.**

Bien cierto es que la actividad física no quita la enfermedad, pero permite al individuo enfermo una mejor adaptabilidad a la misma o incluso reinsertarse a la sociedad.

El ejercicio físico contribuye a disminuir los efectos del envejecimiento y proporcionar beneficios en diferentes funciones. No existen límites de edad para los beneficios del ejercicio, y entre esos se pueden mencionar el incremento del tono y la masa muscular, por lo tanto, también la fuerza; la mejoría de las condiciones hemodinámicas y de la mecánica ventilatoria <sup>(103)</sup>. Con la práctica del ejercicio físico se obtienen efectos saludables y adaptaciones fisiológicas que duran hasta un tiempo después de finalizada la práctica del ejercicio. Las personas sedentarias, en particular, tienen que ir aumentando progresivamente tanto la intensidad como la duración del entrenamiento hasta conseguir objetivos fijados y saludables. El entrenamiento es la actividad deportiva sistematizada de larga duración, graduada de forma progresiva a nivel individual, cuyo objetivo es confirmar las funciones fisiológicas y psicológicas; para superar tareas aún más exigentes <sup>(104)</sup>.

La práctica regular del ejercicio tiene resultados saludables y adaptaciones fisiológicas que duran hasta un tiempo después de finalizada la práctica del

ejercicio. La alimentación, conjuntamente con el entrenamiento juega un papel primordial en el rendimiento deportivo para mantener altas reservas de glucógeno que son fundamental para un mejor rendimiento físico y deportivo <sup>(105)</sup>.

El discurso “***...no realizó actividad física por... tiempo... trabajo...flojera... soy dormilón...***”. Está ligado a la estructura **Ideología**.

Sustentar esta estructura es hablar sobre el concepto que cada individuo le da a la actividad física de acuerdo a sus alcances, a sus ideales e incluso depende de la cultura que profesen. Es importante hacer una diferencia entre el aprender, conocer y el querer; Aprender supone experiencias que tiene como consecuencia conocer, experimentar, emocionarse, sentir, y que dan como resultado una nueva forma de conocimiento; este mismo es una evolución, adaptación , creación partiendo de un mismo punto y la parte del querer radica en el tener el deseo, la voluntad o la intención de poseer o logra algo satisfactorio y existe un hecho muy importante en esta conjunción de términos que a través de esto se tiene la oportunidad de poder expresar la verdadera imagen de lo que se alcanza como individuo empoderado de sí mismo <sup>(106)</sup>. Desarrollar estas tres etapas para la práctica deportiva y la actividad física hace que se experimente esa sensación de querer más de lo saludable para el organismo y para una vida plena. Manifestar este sentimiento de necesitar el ejercicio en la puede ser de ayuda para las personas sedentarias; pues el sólo hecho de comenzar y moverse con regularidad, incitará a sentir lo mismo después, es decir, a no querer dejar de experimentar en la vida diaria lo que la actividad ofrece y de esta forma ya no será una obligación por cumplir el hecho de ejercitarse a diario <sup>(107)</sup>.

Es de esta forma que empezar por aprender a utilizar la actividad física para beneficio propio una vez hecho esto, se progresa a una segunda etapa del conocimiento que es realmente saber que existen otras cosas, que pueden gustarte o no, con lo que se puede sentir identificado o no, pero que no se ha experimentado. Esto no es negativo, sino al contrario, esta es la base para el verdadero aprendizaje, lo que crea la curiosidad, motivación y capacidad de aprender <sup>(106)</sup>.

Figura No. 4 deporte en el paciente con obesidad



Fuente propia.

La categoría deporte, entendida como la relación perceptiva entre sujeto y objeto, es decir la relación entre la percepción del paciente con la obesidad tipo I y II en torno a la práctica de deporte, en relación a los discursos.

**“... el deporte te ayuda...bajar de peso... mantener un estilo de vida... tener buen físico... buen cuerpo...rendimiento... movimiento... beneficios... disciplina... compromiso...”.** Está ligado a la estructura **salud**.

Los beneficios de la actividad física y el deporte son innumerables, entre ellos esta uno de los más importantes que es la disminución de las enfermedades crónico no trasmisibles las cuales pueden afectar el estado de salud desde la niñez y arrástralo hasta la vida adulta donde se asocia con otros factores como la práctica de un estilo de vida saludable el cual también es prevenible <sup>(108)</sup>. La práctica del deporte continuo

está asociado una disminución del tratamiento terapéutico de la obesidad; de ahí que sea importante que el individuo sea totalmente activo físicamente, ayudando a preservar la salud, y obteniendo beneficios como son: el mejorar la condición física, mayor rendimiento en resistencia, velocidad y capacidad física, uno de los más importantes en las personas obesas que es el de disminuir el peso corporal de forma continua y mantenerlo a lo largo de la vida y la base fundamental que son la adopción de un estilo de vida saludable <sup>(109)</sup>.

El discurso “**...el deporte te ayuda... ser feliz... contento... divertirse...**”. Está ligado con la estructura **Psicológica**.

El deporte es un concepto que la gente cree saber, hasta que se le es cuestionado su significado; y este tiene muchas acepciones, así como beneficios que gran parte de la gente obesa desconoce. Para unos es equivalente solamente a tener una buena condición física y para otros es: disfrutar de un sentimiento de gozo, felicidad; esto producto de conseguir una buena imagen corporal.

Para los adultos con obesidad el deporte solo se limita a actividades deportivas profesionales y que los beneficios están ligados solo a un cambio de imagen corporal, de belleza y estética: siendo que esto abarca aspectos mentales, psicológicos y cognitivos; ya que favorece la seguridad del desarrollo de la personalidad en la socialización, independencia, empoderamiento personal, y profesional, felicidad, alegría, plenitud en la vida y algo muy importante elevar la autoestima y aceptación <sup>(100)</sup>. El discurso “**...practicar deporte es... natación... fútbol... correr... gimnasio... ciclista...**”. Está ligado a la estructura **Ideología**.

El deporte es un elemento fundamental del sistema ideológico, que contribuye al desarrollo de la igualdad, crea hábitos favorecedores de la inserción social y fomenta la solidaridad. El deporte conforma un elemento determinante de la calidad de vida y de la utilización activa y participativa del tiempo de ocio; además que constituye una materia sobre la que inciden varias competencias. También la actividad deportiva forma parte una manifestación cultural.

Esto hace referencia a que las actividades deportivas demandan reglas, competencia y un mayor rendimiento en comparación con la actividad física y el ejercicio físico pero que a pesar de esto son actividades que se pueden practicar libremente y no solo se limitan a la parte profesional del deporte como lo es practicado por los atletas profesionales <sup>(110)</sup>.

En la actualidad se puede ver un progreso en el concepto del deporte, donde este ya no está militarizado o ser etiquetado puramente profesional; y se le otorga una mayor autonomía a las comunidades dentro de este ámbito donde el deporte ha pasado a formar parte del día a día de los individuos <sup>(111)</sup>.

El discurso “**...el aspecto negativo... falta de tiempo... trabajo... inseguridad... peligros en la calle...**”. Está ligado a la estructura **social**.

El deporte es uno de los fenómenos más populares de nuestro tiempo, en él se producen y expresan algunos de los grandes valores de la sociedad contemporánea <sup>(112)</sup>. La práctica deportiva, como toda actividad humana, se construyen dentro del marco de las relaciones sociales de los individuos; el cual está estrechamente vinculado a la realidad social y cultural, hasta el punto que se transforma con ella, las manifestaciones deportivas se consideran como un producto de la sociedad o sociedades concretos desde los cuáles vienen pautadas las características que las conforman. En sí que el deporte es un instrumento de transmisión de cultura que va a reflejar los valores básicos del marco cultural en el que se desenvuelve. Como producto social y se convierte en un elemento clave de socialización <sup>(99)</sup>.



Conectamos cada una de las palabras mediante enlaces; en este caso son las palabras que se encuentran en el núcleo, esta a su vez se puede conectar con cualquiera de las que se encuentran fuera del núcleo y así formar una representación social clara de la actividad física, deporte y dieta en pacientes con obesidad.

La parte de la conexión de palabras es importante ya que podemos relacionar claramente la obesidad con las representaciones que los pacientes obesos tienen respecto a la actividad física, deporte y dieta; esto a su vez son determinantes en la configuración de su estilo de vida, la forma de practicarlo y realmente observamos cuales son las barreras que les impide modificar sus conductas no saludables. Las representaciones sociales son la herramienta más importante que tenemos, puesto que en ella tenemos la oportunidad de crear nuevas redes de ayuda, como son: nuevos tratamientos para combatir este grave problema de salud pública, permitirá estudiar y dar nuevas soluciones desde el área nutricional pero también entenderemos la parte social de la enfermedad y de esta manera se podrá elaborar un trabajo multidisciplinario, que les permitirá a los pacientes a alcanzar su bienestar integral, practicando nuevas conductas de salud que mejoraran su estilo de vida, que sea el parte aguas para modificarlo a un estilo de vida saludable, encaminado a mejorar la calidad de vida de la población.

De esta forma podemos observar cómo es que los individuos crean una idea en torno a un tema de importancia en este caso su salud y esa idea tiene un significado; conjuntamente ese significado gira entorno a la práctica de su conducta alimentaria. Es claro ver que para los individuos es de suma importancia hablar de su salud, de igual manera están conscientes de los factores no saludables que practican, pero también, podemos ver que aún y cuando alcanzan a dimensionar la magnitud de su conducta, necesitan de orientación nutricional específica que los guíe a fomentar un estilo de vida saludable.

Hoy en día todas las personas tienen acceso a la práctica de deporte, pero cabe mencionar que la idea desfasada que tiene sobre la forma de llevarlo a cabo ha sido distorsionada por la mercadotecnia y la publicidad a ciertos estereotipos deportivos,

que sin duda obligan a la población a colocarse en algún estrato de clase social y esta forma se ve limitada el acceso y práctica de la actividad física y deporte.

En la actualidad nadie duda de la importancia que tienen la actividad física y deporte en nuestra sociedad, tanto en su faceta de espectáculo como su dimensión práctica en el ámbito del ocio. El deporte es hoy en día un fenómeno de extraordinaria importancia social, también forma parte de los estímulos, situaciones, experiencias, y emociones a los que cualquier ciudadano de las sociedades más avanzadas se puede exponer. Hoy en día el deporte es presentado como un gran instrumento para el desarrollo integral del ser humano.

Hablar de actividad física y deporte significa hablar de los innumerables beneficios que la práctica físico deportiva genera en cada una de las áreas de desarrollo del individuo; entre ellos es importante mencionarlos como son: área física (mejora de salud y prevención de enfermedades en distintos sistemas fisiológicos, mejora de habilidades motrices), psicológica (mejora de la autoestima y el auto concepto, aumento de la sensación de competición, mejora las situaciones de estrés, trastornos de sueño, depresión) y social (mejora relación con los demás, cooperación, sentimiento de equipo, reforzamiento de entidades colectivas). El deporte no es solo un producto, sino una construcción del individuo, su amplia extensión en la vida social hace que en muchas ocasiones asumamos sus exigencias apoyados en una especie de “naturalización”.

Cabe mencionar que el deporte forma parte de lo que llamamos una cultura definida como el sistema de creencias y valores, costumbres, conductas y artefactos compartidos que los miembros de una sociedad usan en interacción entre ellos mismos y que son transmitidos a través del aprendizaje; que no solo mejora el estado de salud de las personas, sino que también configuran un entorno social <sup>(113)</sup>  
(114).



## **XI. CONCLUSIONES**

De acuerdo al análisis cada una de las categorías comparativas integradas por los discursos de los individuos entrevistados con obesidad, respecto a la identidad dietética, actividad dietética, actividad física y deporte, se puede llegar a las siguientes conclusiones.

Las Representaciones Sociales obtenidas de los discursos que representa cada categoría muestran que la identidad dietética está relacionada con el tipo de alimentación que es parte del estilo de vida de los individuos, hablar de las representaciones sociales de la actividad dietética está íntimamente relacionada con la cultura alimentaria de una sociedad, en ella podemos observar el impacto que tiene la falta de tiempo que se le dedica a la alimentación ya sea dentro del hogar o bien en los ambientes laborales y sociales; también está muy relacionada con la influencia de la globalización en el país, la mercadotecnia y la publicidad de comida rápida y con alto nivel energético; estos factores a su vez no solo ayudan a modificar la actividad dietética tradicional sino que también es causante de destruir una cultura alimentaria tradicional existente, lo cual se puede observar en las modificaciones de los horarios de comida en la familia; como resultado de la falta de tiempo y la comodidad. En esta investigación más de la mitad de los individuos estudiados no cumplió con las recomendaciones diarias recomendadas en el consumo de alimentos.

La mayoría de los individuos entrevistados señaló que su espacio de trabajo es el lugar donde puede llevar a cabo su alimentación, que les aporte como el mínimo de nutrientes para ser considerada saludable; también hacen mención que la influencia de la estructura y la función del ámbito laboral influyen directamente en la práctica de su estilo de vida. Los individuos estudiados son capaces de identificar que su tipo de alimentación no es el más adecuado y que para ellos es necesario recibir algunas propuestas que den la oportunidad de cambiar y practicar hábitos saludables que les ayuden a combatir su padecimiento y poder modificar su conducta alimentaria de riesgo en un estilo de vida saludable.

Respeto a las Representaciones sociales de la práctica de actividad física de los individuos entrevistados, responden a la relación que tiene la actividad física con sus actividades domésticas y de rutina, también es identificada por algunas actividades de deporte; en este sentido no limitan a la actividad física a un área meramente biológica o no sólo la relacionan con los beneficios que tiene la actividad física en la salud; sino que ven a la actividad física como un campo lleno de posibilidades de movimiento que les favorece a adquirir nuevos conocimientos de expresión y de relacionarse en un entorno social.

En este sentido se observó que la actividad física se ve afectada por algunos factores como son: el socioeconómico; dentro de ellos los del ámbito familiar como el ingreso económico, la falta de tiempo, actividades domésticas, etc. Que son una de las principales barreras para la práctica de actividad física; la estructura familiar restringe las prácticas de actividad física de los integrantes de la familia, las condiciones económicas de los padres, el poco tiempo de ocio para la familia y también la inseguridad que se vive que impiden el desarrollo de la actividad física.

Por otro lado, manifiestan que realizar actividad física se obtiene cierto bienestar físico y emocional para las personas que lo practican; dando a entender que las personas que practican más actividad física disfrutan de otras actividades en un ambiente social y tiene la oportunidad de desarrollar otro tipo de actividades y capacidades individuales o interpersonales.

Cabe mencionar que las Representaciones sociales del deporte tienen que ver directamente con procesos como son la salud; ya que en ella mencionan que el deporte se relaciona con los beneficios que tiene para el combate y la disminución de enfermedades como la obesidad; otros de los procesos que se relaciona la práctica de deporte es la estructura psicológica en ella los individuos mencionan que ayuda a desarrollar sensaciones de gozo y felicidad que favorecen a la autorrealización personal e inserción de un grupo social. Además de que ayuda a configurar en las personas una cultura deportiva como parte del desarrollo de la identidad personal ante la salud.

Una vez analizadas y comprendidas cada una de las categorías que ayudaron a identificar cuáles son las Representaciones sociales de la actividad física, deporte y dieta en pacientes con obesidad, podemos concluir que las principales aportaciones que deja esta investigación, es que la obesidad además de ser una problemática biológica, también es social; dada por las consecuencias que reflejan que el colectivo que la padece sufre desigualdades sociales como son las estrategias de prevención y control que deberían ser abordadas desde una perspectiva social en la vida de las personas. Abordar el estilo de vida saludable en los individuos de forma colectiva más que individual y de esta forma mostrarles a las personas que la práctica de un estilo de vida saludable ofrece nuevas oportunidades de vida y mejora su estado de salud.

Cabe mencionar que para los individuos un factor que impide practicar deporte es el nivel educativo, ya que cree que el nivel de estudio determina una personalidad saludable y de esta forma comienzan los estigmas que afecta psicológicamente a una persona con obesidad.

Otro factor que denotan como limítrofe en la práctica de deporte así también como el de una alimentación saludable es el espacio de trabajo ya que por ser un ambiente que facilita el intercambio de conductas nuevas entre los individuos, es el lugar idóneo para aprender nuevas costumbres en este sentido el de dejar a un lado la adopción de un estilo de vida saludable.

Generar nuevas estrategias como son la promoción de activación física y deporte en instituciones educativas y laborales, orientación sobre una alimentación saludable, brindar nuevos criterios que ayuden a fomentar la adopción de un estilo de vida saludable y la importancia del mismo en la vida diaria; que sea accesible en toda la población; que está libre de limitaciones de estratos sociales y capacidad adquisitiva. De esta forma se podrá lograr la creación de nuevas políticas públicas de salud que ayuden a disminuir el aumento de la obesidad y mejorar las acciones para la prevención y atención de los colectivos que se encuentren en riesgo de padecer obesidad.

## **XII. RECOMENDACIONES**

- Realizar investigación cualitativa referente a Nutrición.
- Aportar nuevos elementos que permita elaborar un proceso más amplio para la construcción en la investigación cualitativa.
- Seguir ampliando el estudio de las Representaciones sociales ya que permite tener un mejor acercamiento en las poblaciones estudiadas.

### XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Sánchez F, Sanz B. Importancia de la dieta en la obesidad. Real Academia Nacional de Farmacia [Internet]. España; [consultado marzo 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/ES/monoranf.v0i0.1568>
- 2.- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra; [actualizado 2016, consultado marzo 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/es>
- 3.- Morales J. Obesidad un enfoque multidisciplinario. Pachuca, Hidalgo; Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo: 2010.
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Las enfermedades no transmisibles en la región de las américas: todos los sectores de la sociedad pueden ayudar a resolver el problema. Informe temático sobre enfermedades no trasmisibles. [Internet]. Paho-policy; [actualizado 2018, consultado octubre 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/paho-policy-brief-1-sp-web1.pdf>
- 5.- Ortiz A, Vázquez V, Montes M. La alimentación en México: enfoques y visión a futuro. Estudios sociales. 2005; 13 (25): 9-24.
6. Villarroel E. Las representaciones sociales: una nueva relación entre el individuo y la sociedad Fermentum. Rev. Venezolana de Sociología y Antropología. 2007; 17 (49): 434-454. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70504911>
- 7.- Rivera J, Hernández M, Aguilar C, et al. Obesidad en México, Recomendaciones para una política de Estado. Academia Nacional de Medicina. 2013; 6- 536.
- 8.- Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. [En línea]. México: Secretaría de Salud; 2013. [Consultado abril 2016]. URL disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/348803/Estrategia\\_con\\_portada.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/348803/Estrategia_con_portada.pdf)

- 9.- Carmona W, Sánchez A, González J. Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. Rev. Chil. Nutr. 2017; 44 (3): 226-233.
- 10.- Cantú P, Moreno D. Obesidad: Una perspectiva epidemiológica y sociocultural. Rev. Salud Pública Nutr. 2007; 8 (4):1-5.
- 11.- Peña M, Bacallao J. La obesidad en la pobreza: Un nuevo reto para la salud pública. Washington: Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 2000.
- 12.- 18.- Rodríguez R, Salazar J, Cruz A. Determinantes de la actividad física en México. Estud. Soc. 2013; 41 (21): 186-209.
- 13.- National Center for Biotechnology Information. [Internet]. U.S: National Library of Medicine; 2016. [Consultado abril 2016]. URL disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/D008019>
- 14.- Hellín P. Hábitos físico-deportivos en la Región de Murcia: implicaciones para la elaboración del currículum en el ciclo formativo de Actividades Físico-Deportivas. [Tesis]. Murcia: Universidad de Murcia facultad de educación; 2003.
- 15.- Medina F, Aguilar A, Solé–Sedeño J. Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: Reflexiones necesarias desde la salud pública. Nutr. Clín. Diet. Hosp. 2014; 34(1): 67-71.
- 16.- Montoya G, Luis Ramón L, Salazar L, Ramón A. Estilo de vida y salud. Educere. 2010; 48 (14): 13-19.
- 17.- 35.- 12.- Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Exógena. [En línea]. México: Secretaría de Salud; 2012. [Fecha de acceso septiembre 2018]. URL disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046\\_GPC\\_ObesidadAdulto/IMSS\\_046\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GPC_ObesidadAdulto/IMSS_046_08_EyR.pdf)

- 18.- Durá T. Influencia de la educación nutricional en el tratamiento de la obesidad infanto-juvenil. Nutr Hosp. 2006; 21 (3): 307-312.
- 19.- Pérez A, García M. Dietas Normales y Terapéuticas. México: Ediciones Científicas, La Prensa Médica Mexicana: 2012.
- 20.- Mariño A, Núñez M, Gámez A. Alimentación saludable. Centro de Rehabilitación Integral CEDESA. La Habana Cuba. [Internet]. La Habana Cuba. [Consultado marzo 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actamedica/acm-2016/acm161e.pdf>
- 21.- 34.- Pfizer. Valoración del estado nutricional [Internet]. Clínica Universitaria: Universidad de Navarra; [Actualizado 20 de junio 2019; consultado febrero 2019]. Disponible en: [https://www.pfizer.es/salud/prevencion\\_habitos\\_saludables/dietas\\_nutricion/valoracion\\_estado\\_nutricional.html](https://www.pfizer.es/salud/prevencion_habitos_saludables/dietas_nutricion/valoracion_estado_nutricional.html)
- 22.- Vicente G, Benito J, Casajús A, Ara Ignacio, Aznar S, Castillo M et al. Actividad Física, ejercicio y deporte en la lucha contra la obesidad infantil y juvenil. Nutr Hosp 2016; 33 (9): 1-21.
- 23.- García J, Álvarez M. Prevención y dietoterapia de la obesidad. Offarm, Dietética. 2002; 21 (7): 1-5.
- 24.- Guía de Práctica Paciente con obesidad. Intervención Dietética. [En línea]. México: Secretaría de Salud; 2013. [Fecha de acceso abril 2019]. URL disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-684-13/ER.pdf>
- 25.- Gallardo M. Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (Consenso FESNAD-SEEDO). Rev. Española de Obesidad. 2011; 10 (1): 1-80.
- 26.- Quirós G. Gordofobia: Efectos psicosociales de la violencia simbólica y de género sobre los cuerpos. Una visión crítica en la Universidad Nacional, Heredia. [Tesis]. Heredia, Costa rica: Universidad Nacional; 2019.

- 27.- Contreras J. La obesidad: Una perspectiva sociocultural. Zainak [Internet]. 2005 [Consultado marzo 2019]; 27: 31-52. URL disponible en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/zainak/27/27031052.pdf>
- 28.- Cristi C, Celis C, Ramírez R. ¡Sedentarismo e inactividad física no son lo mismo!: una actualización de conceptos orientada a la prescripción del ejercicio física para la salud. Rev. Med Chile. 2015; 143: 1089-1090.
- 29.- Universidad Autónoma de México. ¿Cómo ves? [Internet]. Revista de Divulgación de la Ciencia de la UNAM. México; [Actualizado 15 agosto 2019: consultado agosto 2019]. Disponible en: <http://www.comoves.unam.mx/numeros/articulo/8/la-moda-alimenticia>
- 30.- Belalcázar D, Tobar L. Determinantes sociales de la alimentación en familias de estratos 4, 5 y 6 de la localidad de Chapinero de Bogotá D.C. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2013; 31 (1): 40-47.
- 31.- Martínez A. La consolidación del ambiente obesogénico. Estud. Soc. Rev. Aliment. Contemp. Desarro. Reg. 2017; 27 (50) 1-32.
- 32.- Fausto J, Valdez R, Aldrete M, López M. Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México Investigación en Salud. 2006; 8 (2): 91-94.
- 33.- Murillo G, Pérez L. Los mitos alimentarios y su efecto en la salud humana. Med. Int. Méx. 2017; 33 (3): 392-402.
- 34.- Flores A, Maya M, Rodríguez A, Casas D, Sánchez Y. Representaciones sociales de la dieta en pacientes con diabetes mellitus controlada y descontrolada. Interfaces Científicas Saúde e Ambiente Aracaju. 2019; 4 (2): 73-90.
- 35.- González J. Hacia una fisiología del sedentarismo. Arch. Med. Deporte. 2013; 30 (2):74-75.



- 36.- Ramírez W, Vinaccia S, Suárez G. El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica. Rev. Estud. Soc. 2004; 18: 67-65.
- 37.- Calvillo A. El ambiente obesigénico entre el poder legislativo y el ejecutivo: manifiesto por la salud alimentaria. El poder del consumidor, Consumers International. [Internet]. México; [consultado abril 2018]. Disponible en: [https://mx.boell.org/sites/default/files/manifiesto\\_salud-alimentaria\\_1.pdf](https://mx.boell.org/sites/default/files/manifiesto_salud-alimentaria_1.pdf)
- 38.- Miguel M, Garcés M. La obesidad juvenil y sus consecuencias. Revista de Estudios Juventud. [Internet]. México; [consultado febrero 2019]. Disponible en: [http://www.injuve.es/sites/default/files/revista112\\_6.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/revista112_6.pdf)
- 39.- Lopera D, Restrepo M. Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. Revista de Psicología Universidad de Antioquía. 2014; 6 (1):91-112.
- 40.- Ortega M. Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. Rev. Med Hered. 2018; 29: 111-115.
- 41.- Welti-Chanes C. La demografía en México, las etapas iniciales de su evolución y sus aportaciones al desarrollo nacional. Papeles de Población. 2011; 17, (69): 9-47.
- 42.- Figueroa D. Obesidad y pobreza: Marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. Saùde Soc. São Paulo. 2009; 18 (1):103-117.
- 43.- Gómez D, Ortiz M, Saiz J. Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los Equipos de Salud: una revisión de la literatura. Rev. Med. Chile. 2017; 145: 1160-1164.
- 44.- Pérez-Gil S. Cultura alimentaria y obesidad. Gac. Méd. Méx. 2009; 145 (5):392-395.
- 45.- Pascual A. Las causas estructurales de la integridad alimentaria en África del Este: Un acercamiento a los factores socioeconómicos, políticos y culturales que

obstaculizan el acceso al alimento en la región. [Internet]. Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación IUDC-UCM. 2014 [Consultado febrero 2019]. URL disponible en: <http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/cd2/index/assoc/ocud0044.dir/ocud0044.pdf>

46.- Políticas y programas alimentarios para prevenir el sobrepeso y la obesidad: Lecciones aprendidas. Organización Mundial de la Salud, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Ginebra; [Actualizado 2018; Consultado agosto 2019]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/i8156es/l8156ES.pdf>

47.- Ibarra L. Review: transición Alimentaria en México. Razón y Palabra. 2016; 20 (94): 162-179.

48.- Moreno D, Cantú P. Perspectiva antropológica-conceptual sobre la alimentación y obesidad. Rev. Salud Pública Nutr. 2010;11 (3): 1-8.

49.- Aplicación de la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud: Una guía de enfoques basados en población para incrementar los niveles de actividad física. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra; [Consultado noviembre 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/PAGuide-2007-spanish.pdf?ua=1>

50.- The Compendium of Physical Activities Tracking Guide. [Consultado enero 2019]. Disponible en: [http://prevention.sph.sc.edu/tools/docs/documents\\_compendium.pdf](http://prevention.sph.sc.edu/tools/docs/documents_compendium.pdf)

51.- Sánchez J. Definición y Clasificación de Actividad Física y Salud. [Consultado marzo 2019]. Disponible en: <https://g-se.com/definicion-y-clasificacion-de-actividad-fisica-y-salud-704-sa-N57cfb271785ca>

52.- Ferguson B. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 9th. Ed. USA Philadelphia: American College of Sport Medicine; 2014.

53.- Plan Nacional Argentina Saludable Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles Ministerio de Salud de la Nación [En línea]. Argentina: Ministerio de Salud; 2013. [Consultado noviembre 2018]. URL disponible: <https://es.slideshare.net/GESAD/manual-director-de-actividad-fsica-de-la-repblica-argentina>

54.- Rivera J, Hernández M, Aguilar C, Murayama C. Obesidad en México Recomendaciones para una política de estado. [Internet]. Dirección General de publicaciones y fomento: Instituto Nacional de Salud Pública editorial; 2013 [actualizado 2015; consultado 24-10-2018]. Disponible en: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>

55.- Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud [En línea]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2010. [Consultado noviembre 2018]. URL disponible en: [https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/es/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/)

56.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 [en línea]. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2016. [Consultado marzo 2016]. URL disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

57.- Más de la mitad de los mexicanos no realiza actividad física: INEGI. [Internet]. México: Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles; 2018 [Consultado-02-2019]. URL disponible en: <http://oment.uanl.mx/mas-de-la-mitad-de-los-mexicanos-no-realiza-actividad-fisica-inegi/>

58.- Carrera A. Beneficios del deporte en la salud: Estudio centrado en el Running. 2018 [Tesis]. Universidad Pública de Navarra; 2015. URL disponible en: <http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/18694/Alicia%20Carrera%20Hern%C3%A1ndez.pdf?sequence=1>

- 59.- Agudelo L. Diferencias entre actividad física, ejercicio y deporte. SCRIBD [Internet]. [Actualizado 2013-06-05; consultado marzo 2019]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/145762349/Actividad-Fisica-Deporte-Ejercicio>
- 60.- Casis L, Zumalabe J. Fisiología y psicología de la actividad física y el deporte. 1ª edición. Elsevier: España; 2008.
- 61.- La importancia del deporte en la obesidad [En línea]. España: Omicrono; 2015. [Consultado noviembre 2018]. URL disponible: <https://omicrono.elespanol.com/2015/05/la-importancia-del-deporte-en-la-obesidad/>
- 62.- Corazza R. Actividad física y Obesidad. [Tesis]. Mar del Plata: Universidad FASTA, Facultad de ciencias de la Educación; 2015. Disponible en: [http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1136/EF\\_2015\\_007.pdf?sequence=1](http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1136/EF_2015_007.pdf?sequence=1)
- 63.- Estévez F, Tercedor P, Delgado M. Recomendaciones de actividad física para adultos sanos. Journal of Sport and Health Research. 2012; 4 (3):233-244.
- 64.- Hernández J, Forero C. Concepciones y percepciones sobre salud, calidad de vida, actividad física en una comunidad académica de salud. Revista Cubana de Enfermería. 2011; 27 (2):159-170.
- 65.- Ramírez W, Vinaccia S, Suárez G. El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica. Revista de estudios sociales 2004; 18: 67-75.
- 66.- Sobre la Teoría de las representaciones Sociales. Ciencias Sociales, Home [Internet]. [Publicado 2008-04-19; Consultado mayo 2019]. Disponible en: <https://significado.wordpress.com/2008/04/19/sobre-la-teora-de-la-representaciones-sociales/>
- 67- Flores A. (2019). Teoría de las Representaciones Sociales (Artículo en Edición).

68.-Lacolla L. Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos. Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa [Internet]. [Publicado 2005-12; Consultado mayo 2019]; 1 (3): 1-17. Disponible en: <http://revista.iered.org/v1n3/pdf/llacolla.pdf>

69.- Matarán A. Las Representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa. Geo enseñanza. 2008; 13 (2); 243-248.

70.- Amutio A, Apodaca P, Arias A, Basabe N, Caballero A, Campos M, Carrera P, Casado E, Eceiza A, et al. Psicología social, cultura y educación. [Internet]. [Publicado 2004; Consultado mayo 2019]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Dario\\_Paez/publication/285580199\\_Psicologia\\_a\\_Social\\_Cultura\\_y\\_Educacion\\_Libro\\_descatalogado\\_2014/links/565f878708ae1ef929855c68/Psicologia-Social-Cultura-y-Educacion-Libro-descatalogado-2014.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Dario_Paez/publication/285580199_Psicologia_a_Social_Cultura_y_Educacion_Libro_descatalogado_2014/links/565f878708ae1ef929855c68/Psicologia-Social-Cultura-y-Educacion-Libro-descatalogado-2014.pdf)

71.- Alfonso I. Las representaciones sociales. Psicología-online [Internet]. Link to media ©psicología-online. [Publicado 2018-02-13; Actualizado 2019; Consultado junio 2019]. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/las-representaciones-sociales-2604.html>

72.- Morales A, Brito Z. Prevalencia y situación de la obesidad: ¿Cómo se construye su representación social? Revista Ciencia UNEMI. 2014; 7 (12): 9-15.

73.- Parales C. Representaciones sociales del comer saludablemente: un estudio empírico en Colombia. Univ. Psychol. 2006 5 (3): 613-626.

74.- Cuadra D, Georgudis C, Alfaro R. Representación social de deporte y educación física en estudiantes con obesidad. Rev. Latinoam. Cienc. Soc. Niñez Juv. 2012; 10 (2): 983-1001. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77323978015>

75.- Alvis M, Neira-Tolosa N. Determinantes sociales en el deporte adaptado en la etapa de formación deportiva. Un enfoque cuantitativo. Revista de Salud Pública. 2013 15 (6): 809-822.

76.- Collipal E, Godoy M. Representaciones Sociales de la Obesidad en Jóvenes Preuniversitarios y Universitarios. *Int. J. Morphol.* 2015; 33 (3): 877-882.

77.- Quintero Y, Villarroel J, Parga L, Bastardo G, Coromoto A, et al. La Teoría de Representaciones Sociales, su aplicación en los estudios de salud y enfermedad: el caso de la obesidad. *Rev. Fac. Cienc. Salud.* 2016; 3 (2): 138-148.

78.- Casas D, Márquez O, Rodríguez A. SIGNIFICADO DE LA DIETA EN PACIENTES CON OBESIDAD. *Revista Ciencia desde el Occidente.* 2014; 1 (1): 66-73.

79.- Albero R, Alcázar V, Cabrerizo L, Camarero E, I de Cos A, del Olmo D, Fabre E, et al. Nutrición en atención primaria. [Internet]. Novartis. Madrid: Jarpyo Editores; 2001. [Consultado mayo 2019]. Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/novartis/nutricionap.pdf>

80.- Gómez C, Barragán B, Díaz J, Rodríguez D, Villarino M, et al. Recomendaciones en Alimentación y Nutrición para pacientes Oncohematológicos. [Internet]. AEAL. Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia. Madrid: NestleHealthScience; 2011 [Consultado mayo 2019]. Disponible en: [http://www.aeal.es/nueva\\_web/wp-content/uploads/2015/07/aeal\\_explica\\_alimentacion\\_nutricion.pdf](http://www.aeal.es/nueva_web/wp-content/uploads/2015/07/aeal_explica_alimentacion_nutricion.pdf)

81.- Carbajal A, Ortega R. La dieta mediterránea como modelo de dieta prudente y saludable. *Rev. Chil Nutr.* 2001; 28 (2): 224-236.

82.- Ruiz I, Santiago M, Bolaños P, et al. Obesidad y rasgos de personalidad. [Internet]. 2010 [Consultado mayo 2019]; 12: 1330-1348. Disponible en: [http://www.tcasevilla.com/archivos/obesidad\\_y\\_rasgos\\_de\\_personalidad.pdf](http://www.tcasevilla.com/archivos/obesidad_y_rasgos_de_personalidad.pdf)

83.- Caire G. Conozca el plato del buen comer. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo. [Internet]. CIAD A.C, CONACYT. [Actualizado 2016

mayo 06; Consultado mayo 2019]. Disponible en:  
<https://www.ciad.mx/notas/item/1409-conozca-el-plato-del-buen-comer>

84.- Gilbert. Marco Teórico, Clasificación de Restaurantes. Tesis. [Internet]. UDLAP; 2008. Disponible en:  
[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lhr/corro\\_a\\_gf/capitulo2.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lhr/corro_a_gf/capitulo2.pdf)

85.- Gorski A. Restricción de alimentos contra dieta saludable. [Internet]. NUTRIGLAM. Infobae; [Actualizado 2019 Julio 04; Consultado junio 2019]. Disponible en:  
<https://www.infobae.com/tendencias/nutriglam/2016/11/28/restriccion-de-alimentos-vs-dieta-saludable/>

86.- López P. Alimentación y Actividad física. Universidad de Murcia [Internet]. 2002 [Consultado junio 2019]: 1-15. Disponible en:  
<https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/5173/1/Alimentaci%c3%b3n%20y%20actividad%20f%c3%adsica.pdf>

87.- Ortega R, Pérez C, López A. Métodos de evaluación de la ingesta actual: registro o diario dietético. Rev Esp Nutr Comunitaria. 2015; 21: 34-41.

88.- González C, Valbuena R, Aracena J, et al. Manual del instructor de estilo de vida. [Internet]. PREVENGAT2: Un Programa Para Prevenir La Diabetes Tipo 2: U.S. Department of Health and Human services, Centers for Disease Control and Prevention; [Consultado junio 2019]. Disponible en:  
[https://www.cdc.gov/diabetes/prevention/pdf/spanish/t2/Resumen\\_del\\_programa.pdf](https://www.cdc.gov/diabetes/prevention/pdf/spanish/t2/Resumen_del_programa.pdf)

89.- Álvarez L, Álvarez A. Estilos de vida y alimentación. Gazeta de Antropología. 2009; 25(1). Disponible en: [https://www.ugr.es/~pwlac/G25\\_27Luis\\_Alvarez-Amaia\\_Alvarez.pdf](https://www.ugr.es/~pwlac/G25_27Luis_Alvarez-Amaia_Alvarez.pdf)

- 90.- Moreno David. Cultura Alimentaria. Revista de salud Pública y Nutrición [Internet]. 2019 [Consultado junio 2019]; 18 (1). Disponible en: <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn>
- 91.- Bertrán M. Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2010; 20 (2): 387-411.
- 92.- Gracia M. Alimentación y cultura en España: una aproximación desde la antropología social. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2010; 20 (2): 357-386.
- 93.- Schnettler B, Peña J, Mora M, Miranda H, et al. Estilos de vida en relación a la alimentación y hábitos en la región Metropolitana de Santiago de Chile. Nutr Hosp. 2013; 28 (3): 1266-1273.
- 94.- Rubio R, Bourges H, Cervantes L, Chalte A, Tapia K. Diseño de planes de alimentación para el escolar y buenas prácticas de higiene [Internet]. Secretaría de Educación Pública. México: 2009 [Consultado junio 2019]. Disponible en: [https://www2.sep.df.gob.mx/petc/comedores-escolares/alimentacion\\_recomendable.pdf](https://www2.sep.df.gob.mx/petc/comedores-escolares/alimentacion_recomendable.pdf)
- 95.- Robles V. La alimentación en la sociedad actual [Internet]. © DocPlayer.es: 2019 [Consultado junio 2019]. Disponible en: <https://docplayer.es/12432941-La-alimentacion-en-la-sociedad-actual-tema-ii.html>
- 96.- Boletín de laboratorio y vigilancia al día; Nutrición y situación alimentaria actual. Instituto de salud Pública de Chile [Internet]. 2016 [Consultado junio 2019]; 6 (3):1-17. Disponible en: <http://www.ispch.cl/sites/default/files/documento/2017/01/BoletinNutricion.pdf>
- 97.- Guía sobre la actividad física y la reducción del sedentarismo. Marca. com [Internet]. [Actualizado 2015; Consultado junio 2019]. Disponible en: <https://www.marca.com/blogs/espanasemueve/2015/03/19/guia-sobre-la-actividad-fisica-y-la.html>



98.- Camargo D, Gómez E, Ovalle J, Rubiano R. La cultura física y el deporte: fenómenos sociales. Rev. Fac Nac Salud Pública 2013; 31 (1): 116-S125.

99.- Jofré I. Desarrollo de la Actividad física y Deportiva, fomento público y responsabilidad social empresarial. [Tesis]. Santiago, Chile: Universidad de Chile; 2014. Disponible en: [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115608/dejofre\\_i.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115608/dejofre_i.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

100.- Rodríguez C, López F, León L, Casado M, et al. Ocio y deporte: de modelos a estrategias de acción. [Internet]. Universidad pablo de Olavide: 2003 [Consultado junio 2019]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/311427930\\_Ocio\\_y\\_Deporte\\_De\\_Modelos\\_a\\_Estrategias\\_de\\_Accion](https://www.researchgate.net/publication/311427930_Ocio_y_Deporte_De_Modelos_a_Estrategias_de_Accion)

101.- Hellín P. Hábitos físico-deportivos en la región de Murcia: implicaciones para la elaboración del curriculum en el ciclo formativo de actividades físico-deportivas. [Tesis]. Murcia: Universidad de Murcia; 2003. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/10788;jsessionid=8E9E2BBEA71A84C642427EE9C52B6FF4>

102.- Cintra O, Balboa Y. La actividad física: un aporte para la salud. Revista digital Buenos Aires. 2011; (159): 1-11.

103.- Unidad 1. Entrenamiento deportivo: resistencia y flexibilidad [Internet]. Departamento de educación física. México: Blog dirigido a los alumnos del I.E.S. Ciudad Jardín [Consultado junio 2019]. Disponible en: <https://educacionfisicasiteblog.wordpress.com/ud-1-4o/>

104.- Sánchez J. Efectos del ejercicio físico y una dieta saludable. Nutr. Clín. Diet. Hosp. 2009; 29 (1): 46-53.

105.- Granada I. La sociedad del desconocimiento en la actividad física y el deporte. Encuentros Multidisciplinares. 2010; 12 (36): 34-45.

106.- Gottau G. Siento la necesidad de hacer ejercicio [Internet]. Webedia. México: Vitónica; 2010 [Consultado junio 2019]. Disponible en: <https://www.vitonica.com/entrenamiento/siento-la-necesidad-de-hacer-ejercicio>

107.- Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la actividad física? [Internet]. Ginebra: 2018 [Actualizado 2019; Consultado junio 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

108.- Gil P, Contreras O. Enfoques actuales de la educación física y el deporte. Retos e interrogantes: el manifiesto de antigua Guatemala. Revista Iberoamericana de Educación. 2005; (39): 225-256.

109.- Vidarte J, Vélez C, Sandoval C, Alfonso M. Actividad física: estrategia de promoción de la salud. Rev. Hacia la Promoción de la Salud. 2011; 16 (1): 202-218.

110.- Pérez E. Actividad física, deporte e ideología. Ley sobre Actividad física y Ley sobre el Deporte [Internet]. [Actualizado 2013; Consultado junio 2019]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/741991/actividad-fsica-deporte-e-ideologa>

111.- Cayuela M. los efectos sociales del deporte: ocio, integración, socialización, violencia y educación. Centre de Estudios Olímpicos UAB [Internet]. Barcelona. 1997 [Consultado junio 2019]. Disponible en: [https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/5400/WP060\\_spa.pdf](https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/5400/WP060_spa.pdf)

112.- Águila C. Del deporte a la sociedad: sobre valores y desarrollo del ser humano. Jornadas para Formadores de Deportista en Edad Escolar. [Internet]. Diputación de Almería. [Consultado junio 2019]. Disponible en: [http://www.dipalme.org/Servicios/Informacion/Informacion.nsf/1C9C7FA4EB0BD193C1257E54002B5648/\\$file/Cornelio%20Aguila.pdf](http://www.dipalme.org/Servicios/Informacion/Informacion.nsf/1C9C7FA4EB0BD193C1257E54002B5648/$file/Cornelio%20Aguila.pdf)

113.- Mederos I. Funciones político-ideológicas de la cultura física y el deporte. Revista Digital. Buenos Aires [Internet]. [Actualizado 2013; Consultado junio 2019]; 17 (177). Disponible en: <https://www.efdeportes.com/efd177/funciones-politico-ideologicas-del-deporte.htm>

# **XIV ANEXOS**

### **Instrumento para Representaciones Sociales de la Actividad Física, deporte y dieta en pacientes con Obesidad.**

Categoría: Identidad dietética; construcción de significado.

- ¿Qué significa comer?
- Para usted ¿qué es dieta?
- ¿Qué entiende por dieta?
- ¿En qué piensa cuando escucha la palabra dieta?
- ¿Qué significa llevar una dieta para usted?

Categoría: Actividad dietética; prácticas y usos.

- Para usted ¿Cómo es una dieta?
- ¿Qué come habitualmente durante todo el día?
- ¿Come en compañía? Describame ¿Cómo come en compañía/solo?
- ¿Cómo y dónde le gusta comer? Y ¿Por qué?
- ¿Conoce su enfermedad?

Categoría: Actividad física; el comportamiento habitual en relación al padecimiento

- ¿Qué significa para usted realizar actividad física?
- ¿Es importante para su padecimiento la actividad física?
- ¿De qué manera contribuye la actividad física su padecimiento?
- ¿Ha recibido asistencia en actividad física alguna vez?
- En caso de que si, ¿Dónde recibe o recibió la asistencia? ¿quién la asistió?

Categoría: Deporte; prácticas y hábitos como estilo de vida.

- ¿Para usted es lo mismo Deporte y Actividad física?
- ¿Qué es Deporte para usted?
- ¿Cómo practica Deporte?
- Describame ¿Cómo lo lleva a la práctica?
- ¿Tiene algún beneficio el realizar deporte? Describalos.
- ¿Hubo resultados? ¿Cuáles y de qué manera los describe? ¿Cómo se dio cuenta?
- ¿Existe algún aspecto negativo en la práctica de deporte? ¿Considera usted que existen límites para practicar deporte?

Anexo 2



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM AMECAMECA  
MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	Representaciones Sociales de la Actividad Física, deporte y dieta en pacientes con Obesidad.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Construcción de las Representaciones Sociales de la Actividad Física, deporte y dieta en pacientes con Obesidad.
Procedimientos:	Aplicación de entrevistas semiestructuradas
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Retribución de información para la comunidad
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Ninguno
Participación o ético:	Abierta (siempre y cuando lo solicite en cualquier momento de la investigación)
Privacidad y confidencialidad:	Ningún dato será revelado sin autorización de los participantes

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: **M.P.S.S. LÓPEZ GONZÁLEZ ARELY AIDE**

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Universidad Autónoma del Estado de México, centro universitario UAEM Amecameca, ubicado en Km. 2.5 Carretera Amecameca-Ayapango, C.P. 50000, Amecameca, Estado de México. Tels. (507) 978-21-58 y (507) 978-21-59 ext. 301.

\_\_\_\_\_  
Firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.