

CIENCIAS SOCIALES

Balance y perspectivas para la comprensión de la obesidad en México en el siglo XXI

Ana Elisa Castro Sánchez
Juana María Meléndez Torres



Balance y perspectivas para la comprensión de la obesidad en México en siglo XXI

Ana Elisa Castro Sánchez
Juana María Meléndez Torres



UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN





CONACYT
Registro Nacional de Instituciones
y Empresas Científicas y Tecnológicas
Registro: 1900555

Balance y perspectivas para la comprensión de la obesidad en México en el siglo XXI

© Ana Elisa Castro Sánchez, Juana María Meléndez Torres

Dirección del proyecto

Eduardo Licea Sánchez, Esther Castillo Aguilar, José Eduardo Salinas de la Luz

Arte

Paulina Cordero Mote, Livia M. Rocco Sarmina, Vanesa Alejandra Vázquez Fuentes

Preprensa

Víctor Hugo Flores Hernández

Formación de interiores

Livia M. Rocco Sarmina

1ª edición 2021

© 2021 Fernando de Haro y Omar Fuentes

ISBN: 978-607-437-549-7 (AM)

ISBN: 978-607-27-1430-4 (UANL)

D.R. © CLAVE Editorial

Paseo de Tamarindos 400 B, suite 109

Col. Bosques de las Lomas, Ciudad de México, México. C.P. 05120

Tel. 52 (55) 5258 0279/80/81

ame@ameditores.mx

coediciones@ameditores.mx

www.ameditores.com

Las opiniones y puntos de vista expresadas en la presente obra, son responsabilidad única y exclusiva de su autor y no necesariamente representan las posiciones y opiniones de la Editorial y las de sus integrantes.

Ninguna parte de este libro puede ser reproducida, archivada o transmitida en forma alguna o mediante cualquier sistema, ya sea electrónico, mecánico o de fotoreproducción, sin la previa autorización de los editores.

Elaborado en México

Universidad Autónoma de Nuevo León

Rector

Rogelio G. Garza Rivera

Secretario General

Santos Guzmán López

Secretario de Extensión y Cultura

Celso José Garza Acuña

Director de Editorial Universitaria

Antonio Ramos Revillas

UANL

Padre Mier No. 909 poniente, esquina con Vallarta
Centro, Monterrey, Nuevo León, México, C.P. 64000

Tel. (81) 8329 4111

editorial.uanl@uanl.mx

www.editorialuniversitaria.uanl.mx

Todos los capítulos de este libro fueron sometidos
a dictamen doble ciego por pares académicos

Comité científico

Nemesio Castillo Viveros

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, UACJ

Karina Janett Hernández Ruiz

Facultad de Salud Pública y Nutrición, UANL

Esteban Gilberto Ramos Peña

Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Universidad Autónoma de Nuevo León, UANL

Rogelio Rodríguez Hernández

Instituto de Ciencias Sociales y Administración, Departamento de Ciencias Sociales
de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, UACJ

Contenido

Introducción	9
Parte 1. La atención de la obesidad desde las políticas públicas en México en el siglo XXI. Antecedentes y visión actual	15
Capítulo 1. De la invisibilidad (política) a problema prioritario de salud pública: surgimiento y desarrollo de las políticas de salud hacia las personas afectadas por el exceso de peso en México	17
<i>Ana Elisa Castro Sánchez, María Natividad Ávila Ortiz, Georgina Mayela Núñez Rocha, Brenda Melina Gutiérrez Acosta</i>	
Capítulo 2. La oferta de alimentos industrializados: su influencia en la proliferación de la obesidad en México, 2000-2019	41
<i>Felipe Torres Torres, Agustín Rojas Martínez</i>	
Capítulo 3. Transformaciones en las actividades de reproducción doméstica de los hogares relacionadas al aumento de la obesidad en México, 1995-2014	65
<i>Beatriz Gabriela Garza Montoya, María Elena Ramos Tovar</i>	
Parte 2. La obesidad en México. Miradas y voces de los sujetos sociales	91
Capítulo 4. Estrategias alimentarias y obesidad infantil en hogares en pobreza en una localidad semiurbana del municipio de Hermosillo, Sonora, México	93
<i>Juana María Meléndez Torres, Jennifer Lemos, Gloria María Cañez de la Fuente</i>	
Capítulo 5. Los programas alimentarios y el estado de nutrición de escolares indígenas con (in)seguridad alimentaria en la comunidad matlatzincas	125
<i>Ivonne Vizcarra-Bordi, Fernando Carreto-Guadarrama, Alejandra Donaji Benítez-Arciniega, Leidi Rocío Mercado-García, Ignacio López-Moreno, Roxana Valdés-Ramos</i>	

Capítulo 6. La experiencia y perspectivas de directores de escuelas primarias públicas sobre las políticas anti obesidad en Nuevo León, México	157
<i>María Natividad Ávila Ortiz, Ana Elisa Castro Sánchez, Rogelio Rodríguez Hernández, Brenda Berenice Tovar Jasso</i>	
Capítulo 7. Entre la delgadez y el miedo a la gordura.	185
La experiencia corporal de mujeres jóvenes del noroeste de México	
<i>Juana María Meléndez Torres, Marissa Eunyce Valenzuela Gutiérrez</i>	
Acerca de los autores	217

Introducción

La modernidad actual genera riesgos derivados de la globalización de las economías, los medios electrónicos de comunicación, el deterioro de la naturaleza y la sociedad en general. Las últimas dos décadas del siglo pasado marcaron un punto de inflexión en la alimentación y nutrición de la población en la mayoría de las sociedades. Aunado a un cambio cultural generalizado de culto al cuerpo, a la apariencia física, cuyo ideal es la delgadez, pero paradójicamente, era la obesidad la que aparecía en escena. Sin embargo, en el siglo XXI la sindemia global de la COVID 19 vino a trastocar el modelo de sociedad imperante y la globalización de las economías. En esta nueva realidad, la obesidad y las enfermedades crónico degenerativas confluyen con las de tipo infeccioso y se generan nuevas situaciones en cuestión económica, de alimentación, salud y nutrición de la población en general.

En México, a partir de la década de los ochenta se produce una alta expansión de la industria alimentaria en el territorio nacional, tanto en la producción como en su participación en el mercado y, por ende, en el consumo. A las condiciones pre existentes de carencia alimentaria se sumó el aumento paulatino del consumo de productos industrializados, altamente calóricos y de baja calidad y precio, en detrimento de las dietas tradicionales. Tanto en el contexto internacional como latinoamericano, sobresale que la población mexicana cuenta con el mayor índice de consumo de alimentos ultraprocesados, a pesar de la gran diversidad alimentaria existente en el territorio nacional. Y es la obesidad, principalmente la infantil, el resultado de este cambio alimentario, en concordancia con la rápida transformación social y económica que se dio en el país en las últimas cuatro décadas. Fenómeno que no dio tregua ya que se expandió a gran velocidad y, en corto tiempo, posicionó al país dentro de los más obesos a nivel mundial, con el agravante de coexistir con una desnutrición arraigada entre la población. A pesar de esa expansión, el problema de la obesidad en México no es homogéneo, muestra claras diferencias regionales, de género y de clase, siendo las mujeres y los estratos bajos los más afectados, así como las zonas rurales e indígenas.

Varios han sido los factores que nos han llevado a que tengamos esta situación en México, entre ellos, la transformación alimentaria tanto en la oferta como en el consumo, pero también la disposición de los tiempos laborales y escolares, así como la incursión de la mujer al mundo laboral, la disminución de la lactancia ma-

terna, entre otras. Estos cambios han provocado que al menos en las dos últimas generaciones de mexicanos, se haya transformado la comensalidad y la sociabilidad en torno a los alimentos, así como también, el gusto y las preferencias alimentarias a favor de la comida rápida, de sabor dulce, salado y graso, en detrimento de la salud y nutrición de la población en general, en especial la infantil. A que se individualice la alimentación, que se coma en solitario y en el espacio público. Por lo que pudiéramos argumentar que la obesidad es el resultado de condiciones macro estructurales en la mayoría de las sociedades, que van desde el modelo económico imperante hasta la organización de la vida social, laboral y familiar.

A partir que se dio el acelerado incremento de la obesidad en el mundo y, a pesar de las diversas estrategias, políticas públicas y programas que se han implementado en las distintas regiones, ha quedado claro que hemos sido incapaces de frenar el problema; lejos de eso, el número de personas con obesidad crece sostenidamente mientras no se busquen nuevas visiones para fortalecer las acciones y con ello, aspirar a tener mejores resultados. Es así que es necesario un cambio de paradigma en la comprensión de la obesidad para que podamos emprender algo para reducirla. Desde la conceptualización misma de la obesidad ¿un problema de salud pública o un problema social? ¿un problema de apariencia física? ¿una enfermedad?

En la actualidad, la obesidad no solamente se ve como un problema de salud pública sino como una enfermedad desde la individualidad misma y bajo la responsabilidad propia. Aunado a que también se le considera un problema social, con características de pandemia por su amplia cobertura y su crecimiento sostenido en la mayoría de las sociedades y grupos de población, con lo cual se traslada la responsabilidad a los poderes públicos, y deja en un segundo plano la visión estrictamente individual y médica del problema (Díaz-Méndez, 2012), o como resultado de la interacción del ser humano con su medio social (Carrasco, 2009). Tal como lo refiere Hofmann (2016), el sólo hecho de plantearse si la obesidad es un problema médico o un fenómeno sociocultural conlleva fuertes implicaciones para atender el problema y el desarrollo de las políticas en salud. Medicalizar el comportamiento y la apariencia humana requiere cautela por el componente ético y estético que involucra en la vida de las personas que tienen obesidad o por la generación del miedo a presentarla y la estigmatización que se produce.

De forma general, el término obesidad se refiere a una manera de ver el cuerpo. Sobre esto se construyen y han prevalecido sobre todo dos perspectivas para su análisis y atención. La primera, predominante, está enraizada en el racionalismo cartesiano, la física newtoniana y el positivismo (Baeta, 2015) y se refiere al modelo biomédico el cual no concibe al cuerpo sino como biología, cuyos fragmentos y

partes anatómicas deben funcionar y ajustarse a un todo fisiológico y que de no hacerlo presentará patología, anormalidad, disfunción y enfermedad: “una estructura biológica cuyos elementos funcionan de acuerdo con leyes de la física clásica, en términos de movimientos y ajustes de sus partes” (Baeta, 2015:82).

La segunda perspectiva, que es la que adopta el presente libro, es a la vez construccionista y fenomenológica. Desde el construccionismo social (López-Silva, 2013; Bruno *et al.*, 2018) se considera que los fenómenos se derivan de un contexto social, es decir, el conocimiento y los conceptos que definen al sujeto son elaborados en el marco de la cultura y de relaciones sociales asimétricas; la realidad es dinámica y se transforma constantemente por lo cual esto lleva a una reinterpretación permanente e histórica de la verdad misma y de las percepciones incluyendo la noción de cuerpo. En cuanto a la perspectiva fenomenológica, como lo han mostrado Taylor y Bogdan se privilegia la comprensión del marco de referencia del actor social, es decir, el entendimiento de los fenómenos desde la perspectiva del actor mismo “comprensión en un nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de la gente (1987:16)”.

Este libro trata sobre distintas perspectivas que deben ser tomadas en cuenta para la comprensión de la obesidad en el presente siglo. Sobre cómo las políticas de salud se han ido construyendo a lo largo de las décadas recientes y han moldeado la atención de la salud en torno al cuerpo de los sujetos. Pero no sólo eso, también se han recogido palabras y prácticas directamente de personas implicadas en el tema de la obesidad, ya sea porque han participado como beneficiarios de un programa de salud, ya sea porque se les ha hecho responsables de ejecutar acciones anti obesidad en una institución pública o porque han llevado a cabo algún tratamiento para disminuir su peso corporal.

Esta obra se conforma de dos partes principales. La primera consta de tres capítulos y responde al objetivo de analizar el surgimiento y desarrollo de las políticas de salud específicas para atender la obesidad como problema de salud pública en México; así como, analizar la respuesta institucionalizada de la obesidad desde los programas y resultados obtenidos a la fecha. También, se incorpora un análisis desde el punto de vista macro estructural de los elementos que inciden en la vida de los sujetos y afectan su alimentación y salud. De esta forma en el capítulo primero, Castro-Sánchez y cols. dibujan una línea de tiempo entre los años 1990 y 2020 para mostrar las dinámicas que han venido configurando las políticas públicas enfocadas a las personas afectadas por el exceso de peso. Se pone en evidencia un hilo conductor que se volvió repetitivo a lo largo de distintos sexenios y poco más de tres décadas, desde el cual no se logra trastocar la esencia de los lineamientos antiobesidad.

En el capítulo segundo, Torres y Rojas se posicionan desde la teoría de la oferta para exponer la influencia que ha tenido la oferta alimentaria y el acceso a productos industrializados en la proliferación de la obesidad. Estos autores cuestionan y confrontan sobre todo la perspectiva de la teoría de la demanda, la cual supone que son los sujetos mismos quienes mediante sus gustos y decisiones generan o determinan lo que el mercado les ofrece, por ejemplo, alimentos de bajo o nulo contenido nutricional.

En el tercer capítulo, las autoras Garza y Ramos analizan las distintas transformaciones que las actividades de reproducción doméstica de los hogares mexicanos han tenido en las últimas décadas y que se asocian al aumento de la obesidad. Este trabajo incorpora una mirada analítica que evidencia la disparidad de relaciones de género y la dinámica que se ha desplegado en las tareas domésticas, fundamentalmente el análisis conduce a mostrar cómo se ha movido la variable “tiempo” y su relación no causal respecto al incremento de la obesidad.

En la segunda parte del libro pasamos a la presentación de trabajos de investigación original en distintos grupos de población y en diversas regiones del país y que comprende cuatro capítulos. En ellos, se aborda y analiza la problemática actual de la obesidad en México desde los sujetos sociales, poniendo énfasis en las poblaciones más vulnerables como son los niños, las clases bajas, las zonas rurales y las mujeres. Son estudios que recogen las voces y perspectivas de aquéllos que viven en su día a día la dimensión concreta y cotidiana de las políticas de salud y la presión social por la delgadez. Es así que, en el capítulo cuarto, Meléndez, Lemos y Cañez presentan los resultados de un estudio etnográfico sobre obesidad infantil en una población semi urbana del noroeste de México, en condición de pobreza y comparan las diferentes estrategias alimentarias de unidades domésticas de acuerdo con la condición nutricional de los niños y niñas. Estudio que pone en evidencia la complejidad y las múltiples caras de la obesidad en la pobreza. Por su parte, Vizcarra-Bordi y cols., en el capítulo quinto, analizan y discuten un elemento constitutivo sumamente importante de la política contra la obesidad en poblaciones indígenas marginadas del centro de México, a saber, si el acceso a programas alimentarios dirigidos a grupos indígenas en edad escolar, en condición de inseguridad alimentaria, contribuye al incremento del sobrepeso y obesidad infantil.

En el capítulo sexto, Ávila y cols., utilizan el modelo ecosocial de Bronfenbrenner para analizar las experiencias y percepciones de directores de escuelas primarias públicas respecto a la implementación de los programas antiobesidad en esas instituciones. Este trabajo permite visibilizar y dar voz a un sector que ha sido estratégico en la ejecución de las políticas enfocadas a atender el exceso de peso al interior de las instituciones de educación básica. Por último, las autoras

Meléndez y Valenzuela, en el capítulo séptimo, analizan desde una perspectiva socio antropológica, la experiencia de mujeres jóvenes del noroeste de México, sobre los significados y vivencias de sus cuerpos ante la prevaleciente presión social por la delgadez. Este trabajo cuestiona la centralidad del peso corporal en las estrategias antiobesidad, ya que la connotación cultural, social y de clase que atraviesa al cuerpo, sobre todo femenino, va más allá de la mera salud y trastoca elementos de estética, identidad, estigmatización, clase social, entre otras.

Cabe destacar que este proyecto es resultado de una reflexión conjunta en torno a un Seminario sobre alimentación y salud desde una mirada social, organizado por las coordinadoras del libro. Para este evento se contó con el respaldo institucional del Dr. Manuel López Cabanillas-Lomelí Director de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León –UANL– y del Dr. Pablo Wong González, Director del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo-CIAD, AC, a quienes queremos agradecer su invaluable apoyo para la consecución de este proyecto editorial. Así como al financiamiento recibido por parte del Programa de Apoyo a la Investigación Científica y Tecnológica-PAICYT, de la UANL. Asimismo, también agradecemos a las personas que trabajaron con nosotras en la realización de los estudios cualitativos y a los miembros del Comité Científico por su apoyo en la dictaminación de los manuscritos y sus valiosas contribuciones para que cada capítulo tuviera un lugar pertinente y de utilidad en este libro.

Juana María Meléndez Torres y Ana Elisa Castro Sánchez

Referencias

- Baeta, M. F. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud-enfermedad. *Cultura y Salud*, 13(2):81-84. Consultado en: <http://ve.scieo.org/pdf/cs/v13n2/art11.pdf>
- Bruno, F., Acevedo, A. J., Castro, S. K. & Garza, S. R. I. (2018). El construccionismo social, desde el trabajo social: “modelando la intervención social construccionista”. *Margen*, 91:1-15. <https://www.margen.org/suscri/margen91/castro-91.pdf>
- Carrasco, N. (2009). La cultura en la seguridad alimentaria: expresiones, usos y desafíos para la investigación y la intervención. En: *Cultura y Seguridad Alimentaria. Enfoques conceptuales, contexto global y experiencias locales*. Sandoval y Meléndez (Coord.) Plaza y Valdez, México, D. F.
- Díaz, M. C. (2012). El tratamiento institucional de la alimentación: un análisis sobre la intervención contra la obesidad. *Papers* 97(2): 371-384.
- Hofmann, B. (2016). Obesity as a Socially Defined Disease: Philosophical Considerations and Implications for Policy and Care. *Health Care Anal* 24, 86-100. <https://doi.org/10.1007/s10728-015-0291-1>
- López, S. P. (2013). Realidades, construcciones y dilemas. Una revisión filosófica al construccionismo social. *Cinta Moebio*, 46:9-25. <https://www.moebio.uchile.cl/46/lopez.html>
- Taylor & Bogdan. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. En búsqueda de los significados*. Paidós Ed. Barcelona.

Parte 1

**La atención de la obesidad
desde las políticas públicas
en México en el siglo XXI.
Antecedentes y visión actual**

Capítulo 1

De la invisibilidad (política) a problema prioritario de salud pública: surgimiento y desarrollo de las políticas de salud hacia las personas afectadas por el exceso de peso en México

From invisibility (politics) to a priority problem of public health: emergence and development of health policies to fight overweight and obesity in Mexico

*Ana Elisa Castro-Sánchez, María Natividad Ávila Ortiz,
Georgina Mayela Núñez Rocha y Brenda Melina Gutiérrez Acosta*

Resumen

Este capítulo trata sobre el proceso de surgimiento y desarrollo que han seguido las políticas de salud dirigidas a las personas afectadas por el sobrepeso u obesidad en México en el período 1995 al 2020. Desde una perspectiva crítica y un marco conceptual construccionista, se trazó una línea de tiempo para analizar las políticas de salud sexenales. Se realizó una revisión documental y se utilizaron los planes nacionales de desarrollo, los programas nacionales de salud y las distintas encuestas nacionales de salud y nutrición que se han llevado a cabo en las últimas tres décadas. El análisis muestra que las políticas antiobesidad se desarrollan principalmente, a partir de la Estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2004, la cual ha comprometido a los estados miembros a aplicar programas de alimentación saludable y ejercicio físico. Sin embargo, en México la primera política específica en ese tema inicia sólo en 2010 con el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA), al cual le seguiría la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso y la Obesidad 2013-2018. El balance de tres décadas de estas políticas es negativo: aumentó la severidad de la obesidad; siete de cada diez adultos padecen sobrepeso u obesidad; se han mantenido elevadas prevalencias en los últimos diez años; destacándose entre las prevalencias más altas a nivel

mundial con un aumento particularmente preocupante en mujeres y en zonas rurales. En 2020 donde además se sumó la pandemia de COVID 19, el Estado mexicano sigue teniendo como reto hacer cambios de fondo, de manera integral y disruptiva en las políticas de salud.

Palabras clave: sobrepeso, obesidad, políticas de salud.

Abstract

This chapter analyzes the emergence and development of health policies against overweight or obesity in Mexico in the period 1995 to 2020. Health policies were analyzed from a critical perspective and a constructionist conceptual framework. A documentary review was carried out; National development plans, national health programs, and national health and nutrition surveys that have been carried out in the last three decades were used. The results show that anti-obesity policies are developed mainly from the 2004 WHO Strategy, which has committed member states to implement healthy eating and physical exercise programs. However, in Mexico the first specific policy on this issue began only in 2010 with the National Agreement for Food Health (ANSA), which would be followed by the 2013–2018 National Strategy for the Prevention and Control of Overweight and Obesity. The balance of three decades of these policies is negative: the severity of obesity has increased; seven out of ten adults are overweight or obese; high prevalences have been maintained in the last ten years; standing out among the highest prevalences worldwide with a particularly worrying increase in women and in rural areas. In 2020, where the COVID 19 pandemic was also added, the Mexican State continues to have the challenge of making substantive changes, in a comprehensive and disruptive way, in health policies.

Key words: overweight, obesity, health policies.

Introducción

En términos generales, se puede entender a las políticas públicas (PP) como un conjunto de decisiones y acciones emprendidas por un gobierno para influir sobre un problema o realidad. Teniendo una dimensión temporal, las PP ocurren en un proceso cíclico que inicia cuando una autoridad pública detecta la existencia de una situación problemática y efectúa acciones para atenderla; e idealmente, evalúa los resultados obtenidos y determina si se eliminó, mitigó o modificó el conflicto inicial (González y Torres, 2005).

Las PP son, entonces, lineamientos que se concretan a través de programas públicos diseñados e implementados por un gobierno; sin embargo, no son asépticas (Connell, 1990; Lagarde, 1997; Bourdieu, 1998; Soto, 2018), lo cual significa que carecen de neutralidad ideológica y política, son dialécticas e históricas; se construyen sobre definiciones específicas, por ejemplo, de sociedad, de familia, de bienestar, de salud, de trabajo y otros. Conllevan intereses regionales, nacionales y/o internacionales de distinta índole como son los de clase, económicos o políticos. Exponen una visión particular de la realidad, de los problemas y necesidades sociales y de las maneras de abordarlos.

Las PP marcan los momentos de la historia de un país o de un grupo social debido a que simbolizan los vehículos de control y orden público legitimados, contienen regulaciones económicas según un modelo de desarrollo y expresan las aspiraciones de equidad social de un grupo humano. Los temas que son objeto de política pública señalan los asuntos que han adquirido legitimidad a tal grado como para ser considerados en una agenda política y en un programa de gobierno (Lerda y Salazar, 1992). A decir de González y Torres (2005) los tomadores de decisión, legisladores o gobernantes, seleccionan algunos temas/problemas entre aquellos más populares o que representan mayor presión política y conforman con ello una agenda institucional. Evidentemente lo anterior no está exento de sesgos ya que influye el poder y capacidad de presión de los grupos de interés, así como los sesgos culturales (González y Torres, 2005). Desde esta perspectiva, los programas y las agendas de gobierno son producto de la conciliación de intereses que desembocan y confluyen en procesos político-administrativos, además de abogacía y gobernanza.

Tomando como base las hipótesis del construccionismo social, a saber: la realidad está determinada por el contexto social, histórico y cultural; el mundo se construye a partir de la interacción y la acción; la comprensión de los fenómenos resulta de procesos sociales tales como el conflicto, la negociación y la comunicación; unos modelos de comprensión del mundo pueden predominar sobre otros (López-Silva, 2013:13; Bruno *et al.*, 2018:6); en el presente trabajo utilizamos la definición de política pública propuesto por Guzmán y Salazar (1992) para quienes ésta es básicamente una construcción social:

“Las políticas públicas no son entonces meros actos administrativos emanados de un poder central que identifica y prioriza necesidades, sino que, al contrario, son productos sociales elaborados al interior de un determinado contexto social, de una estructura de poder, y de un proyecto político” (p. 259).

A partir de este concepto de política pública y desde una perspectiva histórica-cronológica analizaremos a continuación la forma en que surgen y se desarrollan las

políticas de salud dirigidas a combatir el sobrepeso y la obesidad en la población mexicana. El objetivo es mostrar el proceso mediante el cual estas políticas tan específicas aparecen a inicios del siglo XXI y se transforman gradualmente hasta colocar el tema de la obesidad en la agenda pública, visibilizándola como una problemática de salud pública de primer orden.

La política de salud hacia el sobrepeso (SB) u obesidad (OB)

Las políticas de salud (ps) forman parte de las políticas sociales y existen como una de las vertientes fundamentales de las políticas públicas; enfocándose al logro del bienestar de una población, forman un todo interrelacionado y complejo junto a las políticas económicas, las políticas de seguridad o del interior, las políticas de bienestar y las políticas de relaciones exteriores. Las ps se constituyen por planes, programas y proyectos, infraestructura, tecnología y financiamiento (OMS, 2008) en el ámbito del proceso salud-enfermedad. Se desarrollan en un contexto multidimensional que simultáneamente es social, económico y político-administrativo; y conllevan la combinación de distintas fuerzas y elementos influyentes en el tratamiento de los procesos biológico-mórbidos. Como Robles (1999) lo ha mostrado, las ps reflejan una noción particular del significado de la salud y la forma de atenderla, alcanzarla o mantenerla, pero no sólo eso, sino que desde la antropología médica crítica se considera que las ps pueden constituir aquello que los sujetos enfermos llevan o cargan sobre sus espaldas o sobre sus cuerpos, aludiendo a las fuerzas político-económicas que moldean los contextos de la vida diaria (Robles, 1999). En palabras de González y Torres (2005), la mejora en el estado de salud de la población tan sólo es una de las posibilidades que podría lograr un sistema de salud.

Las ps están cimentadas sobre contenidos, valores y perspectivas sobre la vida, la salud, el cuerpo y los procesos biológico-mórbidos. Como Mercado (1999) ha mostrado, la ideología del modelo biomédico/biomedicina, ha sido históricamente dominante en el ámbito de la salud al instaurar una concepción única u orgánica de la enfermedad y cuya función sustancial es la curación.

Al analizar críticamente esta perspectiva funcionalista con bases positivistas, Minayo (2002: 256-257) ha mostrado que se concibe a la enfermedad como una conducta desviada donde el enfermo es un sujeto desviado o “anormal” que debe ser reconducido a la “normalidad” por el sistema de salud (profesionales de la salud, médicos, enfermeras, nutriólogos, psicólogos, entre otros). No se valora el proceso salud/enfermedad en sí mismo ni sus determinantes sociales y ambientales; se interviene bajo un pragmatismo pretendido atemporal-universal donde el sujeto es el responsable de su salud y debe adaptarse, lo cual lleva a que se concentre en

el sector salud y en el paciente la responsabilidad de la prevención y el control; y donde los datos estadísticos jugarían un papel legitimador (Minayo, 2002: 257).

A pesar de que a principios del siglo pasado persistió una importante admiración por los cuerpos fornidos o robustos y con curvas, desde la segunda mitad del siglo xx en las sociedades occidentales se instala y extiende el culto por la delgadez y se estigmatiza la obesidad y a las personas con exceso de peso (Falcón, 2017); social y culturalmente se asocia delgadez con belleza y éxito; lo cual trae también aparejados trastornos de la conducta alimentaria (Méndez, Vázquez y García, 2008). Por otro lado, el conocimiento biomédico de la obesidad crece y se profundiza, aumentan los estudios experimentales, se identifica el gen de la obesidad y el papel de hormonas como la leptina y la adiponectina y neurotransmisores como el neuropéptido (Falcón, 2017:4). Los gobiernos resienten los altos costos de la atención de los enfermos y las comorbilidades. En este contexto, en México, hablar del surgimiento y desarrollo de las políticas de salud hacia las personas afectadas por el exceso de peso y la obesidad, es hablar de acontecimientos no muy lejanos en las políticas públicas y, para ello, debemos remontar a los años 1990 donde se encuentra la antesala y antecedentes de lo que existe actualmente en esta materia.

La invisibilidad (política) de la obesidad: los años 1990

La década de 1990 en México, se vivió como un período de turbulencia política y de agotamiento, y transición del régimen político de partido de Estado. Fueron años de estrecha articulación entre lo internacional y lo nacional donde la crisis interna del país, la situación internacional y la crisis global del capitalismo se articularon y dieron lugar a transformaciones cuantitativas y cualitativas.

Sin embargo, en nuestro país, el sobrepeso (SP) y la obesidad (OB) no tenían aún el protagonismo, la visibilidad ni la legitimidad discursiva que alcanzarían algunos años más tarde en las políticas de salud; no se les nombraba por su importancia en sí mismos sino en relación sobre todo a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Tanto el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 como el Programa de Reforma del Sector Salud (DOF, 1996:2) de ese sexenio señalaban como principal reto epidemiológico, la prevención y detección oportuna de la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM), asimismo del VIH, el tabaquismo, el consumo de alcohol, las adicciones en general, del cólera, el cáncer ginecológico y el cáncer de mama. En el área de nutrición y salud, se mantenía el enfoque de atender y combatir la malnutrición por deficiencia de micro nutrientes con intervenciones de recuperación nutricional y administración de vitamina D. En cuanto al *Programa de salud infantil y escolar*, se centraba en las enfermedades transmisibles, la prevención

de accidentes y lesiones, el saneamiento ambiental, la prevención y el autocuidado mediante la vacunación, atención de diarreas y enfermedades respiratorias agudas (DOF, 1996:11).

La OB no tenía presencia en el universo discursivo de la salud pública ni se le otorgaba importancia por si misma, sino que se regulaba a la sombra de la HTA y la DM en el marco de normas oficiales mexicanas. Es decir, bajo lineamientos obligatorios para quienes integran el Sistema Nacional de Salud (SNS) y que son el marco de actuación para sus profesionales debido a que se elaboran con base en el conocimiento científico y médico vigente o de vanguardia: la *NOM-174-SSA1-1994* para el manejo integral de la obesidad, la *NOM-015-SSA2-1994* para prevenir la diabetes, la *NOM-030-SSA2-1999* para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. El tratamiento y el control se establecieron mediante lineamientos para el manejo no farmacológico (plan de alimentación, control de peso y actividad física), pero también el tratamiento farmacológico; la educación del paciente y su familia; el automonitoreo; la vigilancia de complicaciones; y grupos de ayuda mutua. Todo esto, congruente con una perspectiva funcionalista-positivista, se centra en la transición epidemiológica-demográfica más que en la transición nutricional, sin mirar hacia las causas ambientales. Se le asigna una sobre responsabilidad al SNS para prevenir y atender el exceso de peso. Aunado a que se adolece de programas y acciones multi e intersectoriales y se deposita una fuerte carga a los consultorios, es decir, a la consulta médica, al personal de salud y a la administración-disposición de fármacos.

En este estado de cosas concluye el último sexenio el siglo xx; para iniciar no sólo un nuevo siglo sino también y, sobre todo, la posibilidad de una nueva época para las políticas de salud.

Habría de llegar la estrategia mundial oms 2004

En México durante 2000-2006, con Vicente Fox Quesada, se vivía el primer sexenio del gobierno federal en el siglo xxi y siendo también el primer gobierno federal emanado de un partido distinto al partido de Estado que había gobernado históricamente desde la posrevolución. En este contexto, el discurso predominante giraba en torno a lograr un cambio y más precisamente una “transición” en los distintos ámbitos de la vida pública: demográfica, social, económica y política.

Si bien el Programa Nacional de Salud-PNS 2001-2006 expresaba dirigirse hacia una “democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de salud” (ss, 2001: 2), creando para ello como piedra angular el Seguro Popular (2003) a través del denominado Sistema de Protección Social en Salud; que a pesar de ser un

instrumento de reforma, la transición no alcanzó para transformar esencialmente y de fondo los programas de salud ni se vislumbraron con suficiente claridad los retos epidemiológicos relacionados con el estado nutricional y la transición nutricional.

Aunque el PNS 2001-2006 reconoce un traslape entre rezagos en salud y riesgos emergentes, en ninguno de ellos se señalaba algún tipo de malnutrición. Entre los primeros ubicaba a las enfermedades cardiovasculares, cáncer, padecimientos mentales, adicciones y lesiones. Entre los segundos, identifica lo que llamó riesgos globales de salud: nuevas infecciones como el VIH, tuberculosis, paludismo, cólera, dengue, contaminación ambiental- riesgos ambientales. A diferencia del PNS que le precedió (1995-2000), destacó la atención a discapacitados, la salud en indígenas y migrantes, la diada pobreza-enfermedad, las conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes, los padecimientos neuropsiquiátricos y la depresión. No obstante, el tema del exceso de peso en la población, sólo ocupó ocho escasos renglones y un recuadro (ss, 2001:51) sin señalar estrategias ni líneas de acción específicas contra el SP y OB, pero sí para DM e HTA. Esto a pesar de que para ese momento ya se contaba con la *Encuesta Nacional de Nutrición –ENN– 1988* (Martínez, 1995:2), la *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993* (INSP, 1994:5) y la *Encuesta Nacional de Nutrición– ENN– 1999* (Rivera *et al.*, 2001:29-103). Es decir, era de conocimiento público la existencia de los datos estadísticos y las prevalencias de malnutrición por exceso; por ejemplo, la ENN-1988 había reportado 34.5% de SP-OB en adultos, mientras que 10 años más tarde la ENN-1999 reportó 62% de SP-OB en población de entre 20 y 49 años y casi 9% de SP-OB en menores de 5 años (Gutiérrez *et al.*, 2012:148). Al parecer, las dinámicas internas o nacionales, así como la masa crítica y la información disponible en esa etapa del país, no fueron suficientes para reconocer y vislumbrar el reto de salud pública que se encontraba en plena gestación.

Hubo que esperar la *Declaración de Milán 1999* y aún más al 2002 cuando la Organización Mundial de la Salud presenta la *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*, la cual no fue aprobada sino hasta 2004 (OMS, 2004). Este acontecimiento ocurrió hacia finales del gobierno de la transición mexicana, sin embargo, México se adhiere y se compromete oficialmente con dicha estrategia desde ese mismo año.

La declaratoria de la obesidad como la “epidemia del siglo XXI” es el evento más importante en la trayectoria y profundización de las políticas contra el SB y OB en la historia reciente. Dicha “epidemia” pone en riesgo la viabilidad financiera de los sistemas de salud y compromete las economías y la productividad de las nuevas generaciones de ciudadanos del mundo global. Se establece un partea-guas en las políticas de salud nacionales e internacionales. Pero también marca una transición, hay un antes y un después en el discurso sobre la priorización

de la atención de las problemáticas de salud y es aquí donde se enfatiza y se (re) construye el discurso sobre la obesidad como enfermedad y como problema social (Gracia-Arnáiz, 2010:393).

Si bien la obesidad y el ser “gordo” cuenta con una larga historia de adjetivos negativos en el devenir de las sociedades, nunca antes se le había enfocado de manera tan espectacular. Las metas y objetivos (tabla 1) de la Estrategia Mundial (OMS, 2004:4) lograron precisamente ese cometido, comprometiendo a los distintos gobiernos a poner en marcha políticas específicas de salud, nutrición y actividad física y lo cual, a la postre llevaría a que de alguna forma se incluyera en las agendas nacionales de los Estados miembros.

Tabla 1. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud

Meta	Promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física. Estas medidas contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Naciones Unidas y llevan aparejado un gran potencial para obtener beneficios de salud pública en todo el mundo.
Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="297 826 1097 951">1. Reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles asociados a un régimen alimentario poco sano y a la falta de actividad física mediante una acción de salud pública esencial y medidas de promoción de la salud y prevención de la morbilidad. <li data-bbox="297 956 1097 1064">2. Promover la conciencia y el conocimiento generales acerca de la influencia del régimen alimentario y de la actividad física en la salud, así como del potencial positivo de las intervenciones de prevención. <li data-bbox="297 1069 1097 1269">3. Fomentar el establecimiento, el fortalecimiento y la aplicación de políticas y planes de acción mundiales, regionales, nacionales y comunitarios encaminados a mejorar las dietas y aumentar la actividad física, que sean sostenibles, integrales y hagan participar activamente a todos los sectores, con inclusión de la sociedad civil, el sector privado y los medios de difusión. <li data-bbox="297 1274 1097 1428">4. Seguir de cerca los datos científicos y los principales efectos sobre el régimen alimentario y la actividad física; respaldar las investigaciones sobre una amplia variedad de esferas pertinentes, incluida la evaluación de las intervenciones; y fortalecer los recursos humanos que se necesiten en este terreno para mejorar y mantener la salud.

Fuente: OMS, 57ª Asamblea Mundial de la Salud, (2004).

Sin embargo, en México, al gobierno de Fox Quezada, a pesar de haber firmado tempranamente la Estrategia OMS, pareció no darle tiempo en los dos últimos años de su administración para replantear su política de salud e implementar un programa específico en el tema de la salud alimentaria y alinearse a las directrices internacionales. Tampoco pudo utilizar los resultados de la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006* (ENSANUT 2006) llevada a cabo al cierre de su sexenio y que actualizaba las prevalencias del estado nutricional de los mexicanos. Por lo cual el reto lanzado por la OMS debía posponerse y ser retomado e instrumentado por el gobierno del siguiente sexenio.

Y después de la Estrategia OMS 2004...en México la transición continúa durante 2007-2012

En el PNS 2007-2012 se habla, por primera vez en una política pública mexicana, y en el perfil epidemiológico, sobre la existencia de síndrome metabólico y de “epidemias” de sobrepeso y obesidad, diabetes e hipertensión arterial (ss, 2007:28). Sostiene sus afirmaciones en datos de la ENSANUT 2006, que para esa época indicaba que siete de cada diez mexicanos adultos presentaban sobrepeso u obesidad.

Asimismo, el PNS 2007-2012 muestra el elevado costo y mortalidad creciente por DM, la cual ya era más prevalente en mujeres (16.3%) que en hombres (11.3%); y señalaba entre otros, la persistencia de talla baja en menores de 5 años, la elevada mortalidad materna y la situación crítica de la salud en los pueblos indígenas. Sin embargo, sobresale que aún no se habla de prevención de SP y OB sino de prevención de la DM y de la HTA y la cual incluiría “alfabetización” en DM mediante actividad física, alimentación individualizada, control de peso y autocuidado (ss, 2007:69). Introduce también, un apartado/sección denominado “Determinantes personales” [de la salud] (ss, 2007:43), donde se coloca al sobrepeso y obesidad, seguidos de las dislipidemias, la hipertensión, tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas, prácticas sexuales inseguras, VIH/SIDA, violencia familiar y seguridad vial (ss, 2007:44-48). Dicho de otra forma, el exceso de peso en la población y la malnutrición se muestran como riesgos emergentes que formarían parte de un estilo de vida y serían de elección y responsabilidad individual:

“Dentro de los estilos de vida poco saludables destacan la mala nutrición (alto consumo de calorías y grasas de origen animal, bajo consumo de frutas y vegetales), el sedentarismo y el consumo de sustancias adictivas, que han dado origen al surgimiento de riesgos emergentes como el sobrepeso y la obesidad, la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el consumo de drogas ilegales, la

violencia doméstica y las prácticas sexuales inseguras [...] Estos factores de riesgo se combaten con la promoción de lo que se ha denominado determinantes positivos de las condiciones de salud, dentro de los que se incluyen el consumo de alimentos con alto valor nutrimental, la actividad física, el consumo responsable de bebidas alcohólicas, la reducción del consumo de tabaco, la reducción del consumo de drogas ilegales y drogas médicas no prescritas, la sexualidad responsable y protegida, y la vialidad segura” (ss, 2007:38-39).

Después de todo, el PNS 2007-2012, no estableció objetivos, metas, estrategias ni medición de resultados específicos para SB y OB. En el tema de atender el estado nutricional sólo consideró la Meta 5.1 que planteaba reducir 20% la prevalencia de desnutrición en menores de cinco años en los municipios con mayor pobreza (ss, 2007:85, 135). La Estrategia 1.8 (ss, 2007:89-90) hace un planteamiento general sobre el propósito de regular la publicidad, el etiquetado de los alimentos y los sucedáneos de leche materna; y la Estrategia 2.12, sobre impulsar una política integral para la prevención y control del SB y OB, DM y riesgo cardiovascular, la cual, sin embargo, sólo se vincula a dos metas y ninguna de ellas específica para el exceso de peso en la población, a saber: a) Tener 45% de los pacientes con diabetes e hipertensión bajo control y conformar por lo menos, un grupo de ayuda mutua por tipo de padecimiento por unidad pública de salud; y b) Incrementar en 15% la detección de riesgo cardiovascular y diabetes en población mayor de 20 años (ss, 2007:100). Finalmente, en el desglose de indicadores para la medición de resultados, sólo se incluye el seguimiento para DM con la meta de reducir 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad de esta patología respecto a una década atrás (ss, 2007:131-133).

El gobierno de Felipe Calderón habría de esperar hasta la segunda mitad de su sexenio¹, a 2010, y a seis años de distancia del lanzamiento de la Estrategia Mundial OMS (2004) para impulsar un Acuerdo específico que atendiera el SP y OB en México: el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA).

¹ Una pregunta que emerge del análisis del contexto durante el cual se implementa el ANSA es ¿por qué el gobierno federal retrasaría hasta 2010 la implementación de una política específica contra el SP-OB? Sin duda no se debe omitir que el periodo 2007-2012 en México se vivió como una etapa de profundos contrastes y controversias políticas; ya que, frente a los bajos niveles inflacionarios alcanzados, el avance del seguro popular, una alta acumulación de reservas internacionales y logros económicos, se militarizó al país bajo la política de “guerra contra el narcotráfico” lo cual podría dibujar la hipótesis de que ante los altos y graves niveles de narcoviolencia (Aristegui, 2012:1; Ortega y Somuano, 2015:5; Ortiz, 2015:1-2) cualquier otro asunto público sería secundario, incluso los temas rezagados o pendientes de atención para la salud pública como sería el SP-OB.

El ANSA 2010, una política sin uñas ni dientes

En enero de 2010, la Secretaría de Salud establece el *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria*. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad–ANSA (ss, 2010:1-2). Constituyendo así la primera política pública específica para atender la salud de las personas afectadas por el exceso de peso.

Basándose en datos de la ENSANUT 2006 (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006:83-121), el ANSA introduce el término “ambiente obesogénico” y hace un análisis de los costos directos e indirectos del SP y OB y sus comorbilidades. Hace explícito y reconoce que para 2010, el SP-OB se habían triplicado respecto a 1980, esto es, siete de cada diez adultos la padecían (ss, 2010:12); y señala entre las causas, el bajo porcentaje de lactancia materna exclusiva y la ablactación temprana e inadecuada (ss, 2010:17). Como punto focal señala también y fundamentalmente la existencia de un ambiente obesogénico en las escuelas, caracterizado por: a) una alta disponibilidad de alimentos hipercalóricos en las tiendas escolares; b) la falta de agua potable en las instituciones educativas; c) nula disponibilidad de frutas y verduras en las tiendas escolares; y, d) educación física limitada, escasa o inexistente (ss, 2010:17). Como puede verse, el ANSA estuvo considerablemente sesgado hacia visibilizar el exceso de peso en la población escolar y en menores de edad. A este respecto es notable el Acuerdo² específico publicado en agosto de 2010 (DOF, 2010:3-50) que puso en marcha el *Programa de Acción en el Contexto Escolar* y el cual derivaría en estrategias y programas en todas las entidades federativas, al establecer el reto de que los planteles educativos tuvieran mayor control sobre la venta y el consumo de alimentos y bebidas al interior de las escuelas.

Asimismo, el ANSA estableció diez objetivos prioritarios los cuales divide en dos secciones: los de responsabilidad y voluntad individual; y los de responsabilidad del gobierno, el sector social y la industria. Los de responsabilidad individual eran: fomentar la actividad física en los distintos entornos; consumir agua simple; disminuir el consumo de grasas y azúcares; incrementar el consumo de frutas y verduras, leguminosas, granos enteros y fibra; tomar decisiones informadas sobre la dieta (p.e. revisar el etiquetado de los productos y el tamaño de las porciones de comida); y promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad

² Se trata del “Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica” (DOF, 2010). Este Acuerdo, sería modificado/reformado en 2014 (DOF, 2014) para ampliar la cobertura hacia la totalidad del Sistema Educativo Nacional.

(ss, 2010:26). Mientras que, por otro lado, tres objetivos recaían directamente en la industria alimentaria: reducir azúcares añadidos, grasas y sodio. Así como un objetivo para el gobierno y sector social: proporcionar orientación alimentaria a la población (ss, 2010:26). Donde involucra a más de una docena de instituciones públicas entre las que destacan la Secretaría de Salud (ss), Secretaría de Educación Pública (SEF), Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) e Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).

En cuanto al involucramiento de las empresas e industria alimentaria en este programa, la coordinación estaba a cargo de la ss y PROFECO, encargándose del papel que jugaría la industria (ss, 2010:33-34). Se estableció un acuerdo para que adoptaran medidas *voluntarias*, en especial aquellas dirigidas a los menores de edad, y de esta forma, las autoridades determinaron que habría un código de *autorregulación* de la publicidad dirigida al público infantil (ss, 2010:41).

En este tenor, el ANSA fue un acuerdo que delimitó una serie de acciones generales, sin objetivos concretos ni medibles, sin metas ni indicadores, sin un presupuesto asignado, sin programas de observancia obligatoria y amplia, y sin normas ni sanciones; pretendía que voluntariamente la industria se autorregulara y, así, lograr nada menos que la meta “social” de revertir el SP-OB en niños de entre 2-5 años a menos de lo que había en 2006; detener el avance del SP-OB en el grupo de 5-19 años; y desacelerar el SP-OB en adultos (ss, 2010:40-41).

Ante estas condiciones y características del Acuerdo, el ANSA dio resultados muy limitados y magros (EPC, 2013:28) debido al incumplimiento de compromisos y objetivos, haciéndose evidente sobre todo por la falta de recursos económicos – financieros etiquetados para programas específicos en beneficio de la seguridad alimentaria de la población. Sobresale la falta de regulación y leyes al respecto, y la puesta en marcha de un etiquetado frontal de alimentos que ha sido ampliamente cuestionado por su ineficacia para contribuir a la toma de decisiones acertadas de los consumidores al momento de adquirir productos alimentarios envasados e industrializados (ss-INSP, 2016:143; ss, 2013:27).

En este estado de cosas y mientras tanto, en el contexto internacional seguían acumulándose antecedentes relevantes para las políticas contra el SP-OB, mismas que debían ser retomadas en el sexenio que estaba por comenzar.

2013-2018 continúan desarrollándose políticas específicas contra el SP-OB

Para el momento del inicio del sexenio 2013-2018 encabezado por el gobierno de Enrique Peña Nieto, existía ya un cúmulo relevante de antecedentes internacionales y nacionales para las políticas de salud en materia de obesidad (tabla 2). Tanto a nivel general y global como en la región de las Américas, la Organización Mundial de la Salud había elaborado distintos pronunciamientos, Declaraciones, Planes de Acción, Resoluciones y Estrategias (ss, 2014:31-36).

Tabla 2. Antecedentes internacionales y nacionales de políticas de salud en materia de obesidad

<p>Internacionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Regional de Alto Nivel de las Américas contra las ECNT y la Obesidad: Declaración Ministerial para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles de México 2011. • Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) sobre la Prevención y el Control de las ECNT 2011. • Plan de Acción para la Prevención y Control de las ECNT OMS 2013-2020. Prioridad en agendas mundial, regional y nacional; fortalecer la promoción y cooperación internacional. • Resolución del Comité Ejecutivo de la OPS 2008, Métodos Poblacionales e Individuales para la Prevención y el Tratamiento de la diabetes y la obesidad. • Estrategia Regional para la prevención y control de las ECNT OMS /OPS 2012.
<p>Nacionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA 2010). Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica (DOF, 2010). • Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores. • CONACRO - Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. • Reformas al Art. 3º Constitucional 5to. Transitorio: “Prohibir en todas las escuelas los alimentos que no favorezcan la salud de los educandos” (ss, 2013:29). • Creación de programas institucionales de prevención: PREVENIMSS / PREVENISSSTE.

Fuente: ss, 2013:27-29; 2014: 31-36.

En este contexto, el *Programa Sectorial de Salud –PSS– 2013-2018* (ss, 2014:2-5) realiza un diagnóstico con cifras e indicadores de los principales retos en salud de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico-OCDE (ss, 2014:21), en el que se muestra que México se encontraba en los peores niveles respecto al conjunto de los países. Por ejemplo, la población mexicana presentaba mayor prevalencia de obesidad en adultos, menor esperanza de vida, mayor mortalidad neonatal e infantil, y mayor mortalidad materna y mortalidad por cáncer cervicouterino; asimismo, un gasto público en salud considerablemente menor como porcentaje del PIB (ss, 2014:22-38).

Por otro lado, el *PSS 2013-2018*, también retomó los resultados de la ENSANUT 2012: el sobrepeso u obesidad afectaba al 71.3% de los adultos, 34.9% de los adolescentes y 34.4% de los niños (ss, 2014:23). Señalaba que el SP-OB son parte de estilos de vida poco saludables asociados a las principales causas de muerte como la DM, las enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis, EPOC, consumo de alcohol, tabaco (ss, 2014:22-23).

Con este análisis, el *PSS 2013-2018* establece dos estrategias específicas relacionadas con el SP-OB. La Estrategia 1.2 referida a instrumentar la *Estrategia Nacional para la Prevención y Control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes –ENPCSOD–* (ss, 2014:48), la cual contemplaba campañas educativas, fomentar la alimentación correcta, promover la actividad física, un sistema de vigilancia para DM, HTA, dislipidemias y SP-OB. Difundir información epidemiológica sobre OB y DM y detección oportuna de SP-OB en entornos escolares, laborales y comunitarios. Además, la Estrategia 3.7 enfocada a actualizar la regulación de alimentos y bebidas industrializadas, información a través del etiquetado, prohibir la publicidad de alimentos a la población infantil; que la SEP estableciera regulación de cooperativas escolares y asegurar agua potable en las escuelas (ss, 2014:48).

Paradójicamente, tan amplias e importantes estrategias para la salud pública sólo merecieron una meta bajo el indicador “prevalencia de OB en niños de 5-11 años de edad” para medir el efecto de las acciones de la ENPCSOD (ss, 2014:70-71).

Mucho ruido y pocas nueces: la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (ENPCSOD) 2013-2018

Esta nueva estrategia (ENPCSOD) propuso cuatro objetivos de trabajo centrales: promover una cultura de estilo de vida saludable, detección oportuna del sobrepeso, obesidad y diabetes, generar una plataforma para capacitación de recursos humanos e incrementar el número de pacientes con diabetes en control metabólico (ss, 2013:55). Por primera vez se reconoce que las futuras generaciones pueden ver reducida su esperanza de vida a consecuencia de la alimentación inadecuada y la falta de ac-

tividad física; sin embargo, se le equipara, al igual que en sexenios precedentes, a prácticas tales como el sexo inseguro, el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas; y las secuelas y muertes asociadas a los accidentes viales (ss, 2013:7-8).

En relación con la estrategia anterior (ANSA), la ENPCSD establece que la regulación sanitaria (etiquetado y publicidad) y una política fiscal serían las vertientes centrales sobre las cuales se trabajaría en el período 2013-2018, ya que considera que el impacto del ANSA fue limitado por la ausencia de un marco jurídico que garantizara su ejecución y porque careció de mecanismos de coordinación en la implementación de las acciones por sectores, instituciones, órdenes de gobierno e industria (ss, 2013:27-28).

Es así como la nueva *Estrategia Nacional* estableció un etiquetado frontal según IDR (Ingesta Diaria Recomendada) (ss, 2013:80); sin embargo, al ser evaluado dejó en evidencia su ineficacia para informar u orientar correctamente a los consumidores (ss-INSP, 2016:143; ss, 2013:27). A la postre, esa situación llevaría a un prolongado conflicto jurídico entre organismos de la sociedad civil nacionales e internacionales como la OMS y representantes de la industria alimentaria, lo que ha dado origen a una reforma en el etiquetado con cambios de fondo sólo hasta 2020.

En cuanto a la publicidad, se estableció un marco jurídico y la definición de horarios de audiencia infantil durante los cuales sólo podrían promocionarse productos que cumplieran con criterios nutricionales emitidos por la ss (2013:82). Asimismo, sobre la política fiscal, se establecieron impuestos (10%) al consumo de alimentos y bebidas no nutritivas (ss, 2013:83), política que entró en vigor el 1 de enero de 2014.

A partir de la entrada en vigor de esta política fiscal, la compra de este tipo de bebidas se redujo seis por ciento durante el primer año de aplicación del impuesto y nueve por ciento en el segundo [año] (Cruz, 2017:2). No obstante, al 2018, esta medida por sí sola no ha dado evidencia de impacto efectivo en la reducción de sobrepeso y obesidad, sino que se sugiere forme parte integral de otras acciones de política pública para lograr su reducción (Barrientos-Gutiérrez *et al.*, 2018:589-590). Acciones como la prohibición de la comida chatarra a menores de edad, regulación en escuelas, acceso a agua potable de calidad y subsidios a alimentos frescos y saludables. Asimismo, diversos sectores sociales están a favor de que se aplique la recomendación de la OMS sobre aumentar este impuesto de 10 a 20 por ciento y destinar estos recursos a la prevención, tal y como ha ocurrido en varios países (Cruz, 2017:3).

Otra acción muy relevante de la política de salud en el sexenio 2013-2018 fue que el Consejo de Salubridad General, máximo órgano competente en esta materia, aprueba la cirugía bariátrica como una de las formas para atender la obesidad en el sector público. Esto llevó a que en 2018 se revisara una propuesta de reforma

a la Ley General de Salud para que el SNS, en particular los hospitales de la SS ofrecieran este tipo de cirugía como tratamiento de la obesidad mórbida (Méndez, 2018:1). Un dato que puede ayudar a dimensionar la importancia y aumento de este tipo de tratamiento, es que tan sólo el IMSS realiza más de 300 cirugías bariátricas cada año (IMSS, 2018:1). Al 2020, en noviembre, y después de ocho años, el Senado de la República aprobó por unanimidad la práctica de la cirugía bariátrica para la obesidad mórbida y sus comorbilidades, estableciendo como requisitos para ser candidato a este tipo de cirugía, ser mayor de 18 años, haber fracasado en el tratamiento para bajar de peso, no tener dependencia a drogas y alcohol, no contar con seguro social y aprobar pruebas psicológicas (MD, 2020).

Durante 2013-2018, no menos importante fue la declaratoria de noviembre 2016 sobre emergencia sanitaria por obesidad y diabetes: medida histórica, primera vez que se haya declarado una emergencia de salud pública debido a enfermedades no infecciosas en México (ss, 2016:1).

A pesar de ello, no existió correspondencia entre la magnitud de la problemática descrita y reconocida en esta histórica emergencia sanitaria, respecto al alcance de las metas de la ENPCSD. Resultó incongruente que dado el riesgo y devastadoras consecuencias de la epidemia de obesidad para el área de Salud Pública y de la Atención Médica se planteara tan sólo una meta para cada una de éstas (ss, 2013:96), las cuales reflejan bajas o nulas expectativas de mejorar el panorama epidemiológico y de salud, además de que para la atención médica se enfocaron a logros en ensayos genómicos (tabla 3). De la misma forma, para el tema de regulación sanitaria, no se evidencia un compromiso de avanzada que realmente superara en los hechos los antecedentes inmediatos heredados por el sexenio de Felipe Calderón. Un ejemplo muy claro de lo anterior, es que esta meta-indicador resultó a la postre engañosa debido a que aunque se cumplieran al 100% las metas de etiquetado, se trataba de un etiquetado ineficaz para persuadir a la población sobre el consumo de alimentos dañinos, debido a que se utilizó un formato, el peor evaluado a nivel internacional y el menos favorable en términos de claridad gráfica para el consumidor, el cual debe tomar una decisión de compra en pocos segundos en el supermercado (ss-INSP, 2016:143; ss, 2013:27).

Tabla 3. Metas e indicadores de la ENPCSOD relacionados con sobrepeso y obesidad

Tema-área	Meta	Indicador
Salud pública	Realizar anualmente al menos una campaña de difusión de comunicación educativa en medios masivos.	Realizar anualmente una campaña de difusión de comunicación educativa en medios masivos.
Atención médica	Disminuir la prevalencia de obesidad y sus complicaciones metabólicas a través del diseño de estrategias basadas en evidencia genómica.	Número de ensayos genómicos incorporados a la práctica clínica para la prevención y el tratamiento de la obesidad y sus complicaciones en población mexicana.
Regulación sanitaria	Lograr que el 100% de los alimentos y bebidas contengan información nutrimental en su etiquetado frontal.	Número de alimentos y bebidas que contengan información nutrimental en su etiquetado frontal entre el total de alimentos y bebidas que se tengan registradas.
	Reducir la publicidad de bebidas y alimentos en horarios específicos en medios masivos de comunicación dirigidos al público infantil.	Número de anuncios detectados de bebidas y alimentos programados en horarios específicos en medios masivos de comunicación dirigidos al público infantil.

También, es relevante señalar que la política de salud 2013-2018 y la ENPCSOD tuvieron como contexto y telón de fondo una situación económica crítica y un desempeño financiero muy pobre³: específicamente para el área de la salud, la inversión cayó de 5.7% en 2012 a 4.8% en 2018 (Jozefowics, 2019:8). Para los casos del IMSS e ISSSTE en 2015, sus ingresos como proporción del Presupuesto de Egresos de la Federación bajaron en 0.77% y 3.3% respectivamente en relación con 2014 y siguiendo con esa misma tendencia a la baja incluso en 2019 (SinEmbargo, 2020:3).

Lo anterior implica que a la par de los problemas propios relativos a la mejora de los servicios de salud a nivel nacional, el grado de inversión en esta área no sólo no aumentó significativamente para estar a la altura de los grandes retos que debía

³ La deuda pública federal creció 70%; la inversión pública tuvo una caída histórica colocándose 24.5% menos respecto al sexenio anterior; el peso mexicano se devaluó casi 60%; y la inflación se disparó en 2017 principalmente por la liberación de los precios de las gasolinas (Luna, 2018:2-6; Jozefowics, 2019:8-17).

enfrentar la ENPCSOD, sino que el presupuesto bajó o en el mejor de los casos, se estancó (Jozefowics, 2019:17).

En este estado de cosas, la SS y el INSP llevaron a cabo la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016* (ENSANUT MC, 2016). Los resultados mostraron que la severidad de la obesidad había aumentado y que siete de cada diez adultos padecían SP-OB, es decir las elevadas prevalencias se habían mantenido en los últimos diez años y seguían destacándose entre las prevalencias más altas a nivel mundial. No obstante, el aumento más preocupante se observó en mujeres y en zonas rurales (SS, INSP, 2016:135-136). Por ejemplo, la prevalencia de sobrepeso (26.4%) en adolescentes de sexo femenino en 2016 fue 2.7% superior a la observada en 2012 (23.7%) siendo esta diferencia estadísticamente significativa (SS, INSP, 2016:10).

Si bien la ENSANUT MC 2016 muestra un panorama nacional y hace un amplio monitoreo del SP-OB, sus resultados se ven eclipsados ya que no presentó resultados por entidad federativa sino por regiones, además de las limitaciones/ acotaciones por el tamaño relativamente pequeño de la muestra estudiada; haciendo entonces la promesa de corroborar las tendencias de aumento sólo hasta la realización de la ENSANUT 2018 (SS, INSP, 2016:133-134). Es así como la ENSANUT 2018 constituiría uno de los principales instrumentos para la evaluación de resultados de la política antiobesidad; se llevó a cabo en el último año del sexenio de Enrique Peña Nieto, a pesar de ello, los resultados se publicaron hasta finales de 2019.

Los resultados de esta encuesta corroboraron la tendencia al alza de la malnutrición por exceso en comparación a las prevalencias de la ENSANUT 2012. El SP-OB en población de 20 y más años pasó de 71.3% en 2012 a 75.2% en 2018. Asimismo, SP-OB en población de 12 a 19 años aumentó de 34.9% (2012) a 38.4% (2018), siendo Veracruz, Quintana Roo, Colima, Sonora y Tabasco las cinco entidades con porcentajes más altos; mientras que en el grupo de 5 a 11 años de edad en 2012 fue de 34.4% y en 2018 de 35.6%. Como tendencia general en todos los grupos de edad, el SP-OB fue más elevado y con mayor crecimiento en mujeres y en áreas rurales (INEGI, INSP, SS, 2019: 38-41).

Transición y lo que está por venir: 2019-2024, la 4T

El *Programa Sectorial de Salud 2019-2024* se ha referido a la obesidad como una pandemia cuyas causas serían el acceso limitado e inequitativo a los servicios de salud, los estilos de vida insanos, la magnitud de la pobreza, y la falta de prevención y promoción de la salud. Se reconoce también que ha sido determinante el consumo excesivo de alimentos procesados e industrializados, así como el bajo

consumo de alimentos vegetales y de calidad. La estrategia general del nuevo gobierno coincide con lineamientos de la OMS respecto a transformar el sistema alimentario y fortalecer el bienestar social lo cual apuntaría entonces a una política integral e intersectorial que transforme el sistema agro-alimentario para garantizar la seguridad alimentaria y entornos alimentarios saludables bajo un enfoque de sustentabilidad (ss, 2019: 60). Por su parte, algunas entidades federativas han tomado la iniciativa de legislar para prohibir la venta de alimentos chatarra a menores de edad.

A pesar de todo, cualesquiera que sean los planes transformadores y reformistas del nuevo gobierno, estos se han quedado, al menos temporalmente en suspenso, ya que debe enfrentar una gran crisis e incertidumbre a partir de 2020 debido a los graves estragos sociales y económicos causados por la pandemia del COVID 19; una pandemia más por atender y que se agrega a los enormes retos del Sistema Nacional de Salud.

Conclusiones

A lo largo de nuestra exposición hemos tratado de mostrar que las políticas de salud no son entidades neutras ni estáticas, sino que se construyen en torno a dinámicas socio políticas muy diversas, pero en particular, que giran alrededor de proyectos político-administrativos y económicos que se pausan o entrecortan cada seis años, en cada cambio de gobierno, siendo esto una debilidad del sistema de salud mexicano que afecta la continuidad de programas. Desde esta perspectiva, las personas afectadas por el SP-OB en México han visto pasar frente a sí mismas casi tres décadas durante las cuales ha ocurrido una (re)construcción del discurso sobre la obesidad y el cuerpo saludable.

En todo ese tiempo, hay conceptos y elementos que han permanecido prácticamente inalterados. Uno de ellos es la idea predominante de que el exceso de peso es de responsabilidad individual, es decir, como si no estuvieran implicados los determinantes sociales, estructurales y macroeconómicos, sino que esencialmente el SP-OB obedeciera a determinantes “personales” y así se ha plasmado en los distintos programas nacionales de salud en este siglo XXI; que bastaría sobre todo con que las personas fueran más disciplinadas con las porciones y tipo de alimentos y bebidas que consumen. Relacionado con lo anterior, otro elemento a considerar es el lugar que se le ha asignado al SP-OB dentro del panorama epidemiológico nacional al equipararlo con el tabaquismo, el alcoholismo, el VIH e incluso los accidentes viales. Con lo que se refuerza reiteradamente la idea de que se trata de opciones incorrectas que han tomado los sujetos, al invisibilizar el

amplio y complejo contexto económico, político, social y cultural donde está desarrollándose el daño a la salud y al estado nutricional. Por otro lado, ha quedado de manifiesto que no importa el grado de espectacularidad o bien de sombras y grises que se les ponga a los programas de salud; sino que lo relevante sería asegurar la transversalidad de la atención a las prioridades de salud pública en todas las políticas; elaborar objetivos y metas medibles junto a la construcción de indicadores, el monitoreo, la evaluación y la rendición de cuentas.

Finalmente, y fundamental, aunque se sobre responsabiliza al sujeto, paradójicamente las distintas voces y participación de las personas enfermas han estado históricamente ausentes de las políticas y programas. He aquí pues algunos de los temas pendientes que tiene el Estado mexicano para atender los retos de salud pública; con cambios de fondo, estrategias integrales, novedosas, disruptivas y con un renovado compromiso político social.

Referencias

- Aristegui, C. (2012). Lo blanco y lo negro del sexenio de Felipe Calderón. Consultado en: <https://aristeguinioticias.com/2911/mexico/lo-blanco-y-lo-negro-del-sexenio-de-felipe-calderon>
- Barrientos-Gutiérrez, T., Colchero, M. A., Sánchez-Romero, L. M., Batis, C., Rivera-Dommarco, J. (2018). Posicionamiento sobre los impuestos a alimentos no básicos densamente energéticos y bebidas azucaradas. *Salud Pública de México*. 60, 586-591. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2018.v60n5/586-591/es>
- Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*, Paris, Seuil.
- Bruno, F., Acevedo Alemán, J., Castro Saucedo L. K., Garza Sánchez R. I. (2018). El construccionismo social, desde el trabajo social: modelando la intervención social construccionista. *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, Universidad Autónoma de Coahuila, no. 91 p.p. 1-15, consultado el 10 enero 2020 en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6771335>
- Connell, R. W. (1990). The state, gender, and sexual politics. *Theory and Society*, 19, p.p. 507-544.
- Cruz Martínez, A. (2017). Impuesto al refresco desalienta consumo entre los más pobres. Periódico *La Jornada*, miércoles 9 de agosto, p. 37. Consultado en: <https://www.jornada.com.mx/2017/08/09/sociedad/037n2soc>
- Diario Oficial de la Federación -DOF (1996). *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*. Consultado el 29 de abril 2020, en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4875243&fecha=11/03/1996

- DOF-Diario Oficial de la Federación. (2010). *Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica*. Consultado en: https://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/635/3/imagenes/acuerdo_lin.pdf
- DOF-Diario Oficial de la Federación. (2014). *Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del Sistema Educativo Nacional*. Consultado en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5344984&fecha=16/05/2014
- El Poder del Consumidor AC. (2013). *El fin del Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria (ANSA) y la necesidad de una ley y política integral de combate a la obesidad*. 32 p.p. Consultado en: <https://www.elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/Documento-ANSA.pdf>
- Falcón-Tomayconza, H. (2017). Historia de la obesidad en el mundo. Consultado el 27 de abril 2020 en: <https://www.monografias.com/trabajos65/historia-obesidad/historia-obesidad2.shtml>
- Gracia-Arnáiz, M. (2010). La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social. *Gaceta Médica de México*, 146:389-396.
- Gonzáles, G., Torres, R. (2005). Módulo 5. Políticas de Salud. En: *Salud social y comunitaria*. Ministerio de salud. Buenos Aires, Argentina. Retrieved from: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001030cnt-modulo_5_politicas-salud.pdf
- Gutiérrez J. P., Rivera-Dommarco J., Shamah-Levy T., Villalpando-Hernández S., Franco, A., Cuevas Nasu, L., Romero-Martínez, M., Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Consultado en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Guzmán, V., Salazar, R. (1992). El género en el debate de las políticas públicas. *Proposiciones*, No. 21/ Género, Mujer y Sociedad, Ed. Sur, Santiago de Chile.
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INSP- Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud- SS. (2019). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. Presentación de resultados. Consultado en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- IMSS (2018). El IMSS realiza más de 300 cirugías al año para tratar la obesidad mórbida y sus complicaciones. Prensa, Archivo, no. 219. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201808/219>

- INSP-Instituto Nacional de Salud Pública. (1994). *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas-ENEC-1993*. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/encuesta-nacional-de-enfermedades-cronicas-1993-enec93>
- Jozefowicz, A. (2019). *Balance de la economía mexicana en el sexenio de Enrique Peña Nieto*. Universidad de Belgrano, Argentina. Disponible en: <https://www.sciencespo.fr/opalc/sites/sciencespo.fr/opalc/files/BALANCE%20DE%20LA%20ECONOMIA%20MEXICANA%20EN%20E%20L%20SEXENIO%20DE%20ENRIQUE%20PE%C3%91A%20NIETO.pdf>
- Lagarde, M. (1997). *Género, feminismo, desarrollo humano y democracia*. Ed. Horas y Horas, Madrid.
- Lerda, S., & Salazar, R. (1992). Estado y políticas públicas. En: *Género, políticas públicas y desarrollo* (Seminario-Taller), CEM-UNICEF-SERNAM, octubre-noviembre, p.p. 45-59.
- López-Silva, P. (2013). Realidades, construcciones y dilemas. Una revisión filosófica al construccionismo social. *Cinta Moebio*, no. 46:9-25 <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2013000100002>. Consultado en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cmoebio/n46/art02.pdf>
- Luna, C. (2018). 2012-2018: la economía en tiempos de Enrique Peña Nieto. Consultado en: <https://www.altonivel.com.mx/economia/economia-enrique-pena-nieto/SPM>
- Méndez, J. P., Vázquez-Velazquez, V., García-García, E. (2008). Los transtornos de la conducta alimentaria. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* vol. 65 (6): 579-592, México. Consultado en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v65n6/v65n6a14.pdf>
- Martínez, H. (1995). Presentación. *Salud Pública de México*, vol. 37(2): 93-94. Consultado en: www.saludpublica.mx
- Mercado, F. (1999). Las ciencias de la salud. La búsqueda de aplicación de un concepto a la vuelta de un nuevo milenio. *Las ciencias de la salud, problemas y tendencias para el siglo XXI*, Primer Foro de Difusión y Análisis (Memorias), Guadalajara, U. de Guadalajara- cucs.
- Minayo, M. C. (2002). Líneas de pensamiento en la investigación (médico) social. En: F.J. Mercado, D. Gastaldo y C. Calderón (comps). *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana*. U. de Guadalajara, U. Autónoma de Nuevo León, Servicio Vasco de Salud Osakidetza, Asociación Médica de Jalisco, Instituto Jalisciense de Cancerología, p.p. 249-281.
- Multimedios Digital. (2020). ¿Tienes obesidad? México ya ofrece cirugías gratuitas para bajar de peso. Consultado el 07 de noviembre 2020 en: <https://www.msn.com/es-mx/noticias/otras/tienes-obesidad-m%C3%A9xico-ya-ofrece-cirug%C3%ADas-gratuitas-para-bajar-de-peso/ar-BB1aJGve?ocid=msedgdhp>

- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Avila, M., & Sepúlveda-Amor, J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. Consultado en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/encuesta_nacional_salud_06.pdf
- OMS-Organización Mundial de la Salud. (2004). *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. Consultado el 20 de abril de 2019 en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- OMS-Organización Mundial de la Salud. (2008). Cap 4. Políticas públicas para la salud pública. En: *Informe sobre la salud en el mundo 2008*. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza. Consultado en: <https://www.who.int/whr/2008/es/>
- Ortega, R. Y., & Somuano, M. F. (2015). *Introducción: el período presidencial de Felipe Calderón Hinojosa*. Foro Internacional 219, LV (1):5-15.
- Ortiz de Zárate, R. (2015). Felipe Calderón Hinojosa. CIDOB, Barcelona Centre for International Affairs. Consultado en: https://www.cidob.org/biografias_lideres_politicos/america_del_norte/mexico/felipe_calderon_hinojosa
- Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., González de Cossío, T., Hernández-Prado, B., & Sepúlveda, J. (2001). *Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado nutricional de niños y mujeres en México*. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Consultado en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/nutricion.pdf>
- Robles, L. (1999). ¿Cómo explicar el sufrimiento de las personas a causa de la enfermedad? Tres posibilidades a partir de la experiencia del padecimiento. *Investigación en Salud*, U. de Guadalajara, 1(3):205-212.
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. La democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de salud. Consultado 12 de mayo en: http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf
- Secretaría de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Consultado el 11 mayo 2020 en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ProNal-Salud-2007-2012.pdf>
- Secretaría de Salud. (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria*. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Consultado el 28 de abril 2020 en: <http://activate.gob.mx/Documentos/ACUERDO%20NACIONAL%20POR%20LA%20SALUD%20ALIMENTARIA.pdf>

- Secretaría de Salud. (2013). *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*. Consultado el 25 de abril 2020 en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/200355/Estrategia_nacional_para_prevenccion_y_control_de_sobrepeso_obesidad_y_diabetes.pdf
- Secretaría de Salud. (2014). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. Consultado el 25 de abril 2020 en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf
- Secretaría de Salud-Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016* (ENSANUT MC 2016). Informe Final de Resultados. Consultado en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- Secretaría de Salud-Prensa. (2016). Emite la Secretaría de Salud emergencia epidemiológica por diabetes mellitus y obesidad. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/emite-la-secretaria-de-salud-emergencia-epidemiologica-por-diabetes-mellitus-y-obesidad>
- Secretaría de Salud. (2019). *Programa Sectorial de Salud 2019-2024*. Consultado en: <https://amepresmexico.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/191001-PRO-SESA-2019-2024.pdf>
- SinEmbargo. (2020). *Presupuestos (para el sector salud) de hambre*. Consultado el 06 mayo 2020 en: <https://www.msn.com/es-mx/noticias/mexico/narro-critica-a-lopez-gatell-y-el-revira-fue-titular-de-salud-y-307-hospitales-fueron-abandonados/ar-BB13Igm3?ocid=spartandhp>
- Soto, M. (01 noviembre 2018). La política no es buena. *Nexos*. Consultado en: <https://www.nexos.com.mx/?p=39885>
- Vázquez, V. M., Merino, M. F., & Lozano, R. (2006). *Las Cuentas en Salud en México, 2001-2005*. México, D. F., Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Consultado en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7810.pdf>

Capítulo 2

La oferta de alimentos industrializados: su influencia en la proliferación de la obesidad en México, 2000-2019

*The supply of industrialized foods: its influence on the proliferation
of obesity in Mexico, 2000-2019*

Felipe Torres Torres y Agustín Rojas Martínez

Resumen

Los alimentos procesados, los ultra-procesados y la comida rápida, conforman ahora la oferta que modela la demanda alimentaria de la población en México. Ocurre, por tanto, una correlación entre el incremento del consumo de alimentos altamente procesados con la proliferación de la obesidad y las enfermedades derivadas, lo cual buscamos explicar en este trabajo. A partir de la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) en 1994, se presenta en el país una trasgresión intensa de las formas de producción y consumo de alimentos, junto con la expansión de la oferta alimentaria industrial que casi estandariza la dieta, lo que incrementa la obesidad y las enfermedades asociadas. En el actual contexto de economía abierta, el país enfrenta una crisis de salud pública debido a la reproducción de la obesidad, que vulnerará aún más las capacidades de respuesta del Estado mexicano ante fenómenos como las pandemias, que serían más severas con el tiempo si no se regulan los contenidos de una oferta hipercalórica y nutricionalmente pobre como la actual.

Palabras clave: industria alimentaria, alimentos procesados, comida rápida, demanda alimentaria, obesidad.

Abstract

Processed foods, ultra-processed foods and fast food now make up the supply that shapes the food demand of the population in Mexico. Therefore, a correlation occurs between the increase in the consumption of highly processed foods with the proliferation of obesity and the derived diseases, which we seek to explain in this work. Since the signing of the North American Free Trade Agreement (NAFTA) in 1994, there has been an intense transgression in the forms of food production and consumption, along with the expansion of the industrial food supply that almost standardized diet, which increases obesity and associated diseases. In the current context of an open economy, the country faces a public health crisis due to the reproduction of obesity, which will further violate the Mexican State's response capacities to phenomena such as pandemics, which would be more severe over time if not the contents of a hypercaloric and nutritionally poor offer like the current one are regulated.

Key words: *food industry, processed foods, fast food, food demand, obesity.*

Introducción

En México se han agudizado los problemas de salud pública debido al incremento en los niveles de obesidad. Esta dejó de ser una preocupación sólo estética para convertirse en un grave problema médico-social que se refleja en padecimientos asociados con exceso de peso y acumulación de grasa corporal, derivados de una alimentación desequilibrada y con bajo valor nutricional. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública, casi 80% de la población adulta actual presenta sobrepeso y obesidad.

Algunos enfoques institucionales señalan que la obesidad es responsabilidad de los individuos que mantienen una vida sedentaria, no ejercitan su cuerpo y consumen en exceso alimentos de bajo nivel nutrimental. Este planteamiento se sustenta en una premisa de la teoría de la demanda del consumidor donde los individuos, sujetos a cierto nivel de ingreso y restricción presupuestaria, actúan de manera libre y soberana en el mercado, buscando maximizar su beneficio al menor costo posible. Así, la obesidad sería el resultado de las malas decisiones alimentarias individuales.

Sin embargo, no es un fenómeno que atañe sólo a la voluntad de los consumidores, es decir, no se limita a la demanda: ¿sería factible pensar entonces que el consumidor es responsable de ser obeso cuando, en el mercado la oferta alimenta-

ria es homogénea, estandarizada, altamente procesada y, además, las posibilidades de transitar hacia otro tipo de alimentación más natural son casi nulas ante la urbanización y la lejanía de las áreas de producción agrícola, las restricciones de tiempo e información, publicidad adictiva y las limitaciones de ingreso?

En México, a partir de la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), se incrementa la oferta de alimentos industrializados altamente procesados, de bajo valor nutricional y elevado poder calórico como bebidas y productos industrializados sólidos, que condicionó la demanda alimentaria.

El crecimiento y reproducción de la obesidad debe explicarse por el lado de la producción, es decir, la forma en la que la oferta alimentaria determina y modela las elecciones de consumo de los individuos. Este planeamiento, muestra las restricciones que enfrenta la soberanía del consumidor para decidir su patrón alimentario en función de sus preferencias. Más bien la expansión de la industria alimentaria hacia la elaboración de alimentos con alto grado de procesamiento y su tránsito al área de los servicios mediante la comida rápida, ayuda a entender las transformaciones del consumo y su impacto en la obesidad.

El objetivo de este trabajo es explicar la correlación existente entre una mayor oferta de alimentos altamente procesados y su extensión a la comida rápida, con los cambios en la demanda alimentaria y el crecimiento de la obesidad. Partimos de la hipótesis que la apertura global de los mercados alimentarios y los cambios en las condiciones de producción de alimentos, impulsaron la expansión de la industria alimentaria interna hacia la elaboración de alimentos con más grado de procesamiento y hacia otras actividades como la elaboración de comida rápida ubicados en el ramo de los servicios; con ello, la oferta modela a la demanda mediante la introducción de productos al margen de las necesidades reales e introduce cambios en el patrón alimentario que disminuyen la calidad de la alimentación y generan problemas de salud entre los consumidores como la obesidad.

Consumo de alimentos y reproducción de la obesidad: los límites explicativos del enfoque de la demanda

La obesidad se define como una acumulación excesiva de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud. Los estudios epidemiológicos la asocian con padecimientos cardiovasculares como hipertensión o infartos, ciertos tipos de cáncer, enfermedades de la vesícula, depresión, desórdenes musculares, esqueléticos y síntomas respiratorios. Para determinar el estado nutricional de los individuos e identificar padecimientos de obesidad y poder monitorear los riesgos de salud, se emplea el Índice de Masa Corporal (IMC), que resulta de dividir el peso (p) de la persona entre la talla (t) elevada al cuadrado: $IMC = p/t^2$ (OMS, 2020).

Para la Organización Mundial de la Salud (oms, 2020), la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es el desequilibrio entre la ingesta y el gasto calóricos. Este desajuste ha aumentado desde las tres últimas décadas como resultado de una mayor oferta de alimentos con alto grado de procesamiento e hipercalóricos, como la comida rápida y comida chatarra, y su influencia en los cambios en el consumo alimentario que ha acrecentado la obesidad a escala global (The World Bank, 2020: 30-64).

En la ciencia económica, el consumo de alimentos y sus determinantes han sido analizados por la teoría de la demanda del consumidor en sus versiones neoclásica y heterodoxa. El enfoque neoclásico sostiene que los individuos maximizan su utilidad dada su restricción presupuestaria; cada uno, de manera autónoma y soberana, establece sus preferencias en relación con el conjunto de bienes disponibles, el precio determinado por la oferta y demanda, y, finalmente, por su ingreso. Así, las decisiones de consumo están en función de los gustos y preferencias, el ingreso y los precios de los bienes en el mercado (Villar, 1999: 27-71).

A pesar de ello, la fragilidad de las premisas relacionadas con el individualismo y egoísmo del consumidor, la información imperfecta, el comportamiento no maximizador de los agentes y la endogeneidad de las preferencias, motivaron el desarrollo de la “Nueva teoría de la demanda del consumidor”. Este enfoque heterodoxo posicionó el análisis en el contenido o características de los bienes y reconoció que estos últimos sirven para satisfacer necesidades humanas concretas y no sólo gustos, preferencias o deseos, que muchas veces nada tienen que ver con los requerimientos humanos, como los nutrimentos (Lancaster, 1966: 133-135).

Lancaster (1966), Lavoie (1994) y Regmi y Dyck (2001) señalan que las decisiones de consumo no se restringen a los ingresos ni a los precios; éstas se ven influenciadas también por los bienes disponibles en el mercado y el sistema de restricciones no monetarias.

La mayoría de los estudios realizados sobre el consumo de alimentos en México, entre los que destacan Aboites y Félix (2010), Duana (2010), Meléndez y Aboites (2015), Ramos *et al.*, (2005) y Sandoval y Camarena (2012), con todo y que incluyen los determinantes referidos, su explicación parte de las modificaciones en la demanda alimentaria en la relación ingreso-gasto de los hogares, particularmente de la forma que fenómenos como las crisis económicas restringen y reordenan la composición del gasto, manteniendo la premisa de la soberanía del consumidor. Aunque no eluden la influencia de la oferta y el comercio agroalimentario, le adjudican un papel secundario. Estos trabajos sugieren que es justo la demanda la que determina el tipo de producto que oferta el mercado, las modificaciones de éstos en el tiempo, así como la presencia de nuevos bienes. Por tanto, se ubican desde la perspectiva de la demanda.

Si mantenemos el enfoque de la demanda para explicar el actual problema de la obesidad en México, relacionado con las transformaciones del patrón de consumo de alimentos, asumiríamos que los consumidores, a partir de revelar sus preferencias al productor, estarían exigiendo la presencia de una oferta de alimentos altamente procesados e hipercalóricos, como la comida chatarra, para satisfacer sus necesidades a costa de las implicaciones que tiene este tipo de alimentos en su salud. Por ello, el consumidor de manera soberana, enfrentado a un conjunto de restricciones, sería el único responsable de sus decisiones de consumo y afectaciones a la salud.

¿Es coherente sostener que el consumidor de manera consciente demanda la presencia en el mercado de una oferta alimentaria estandarizada y homogénea basada en alimentos altamente procesados e hipercalóricos, como la comida rápida y comida chatarra, cuyo consumo provoca obesidad y es nocivo para la salud? Este argumento, que rompe con la lógica de la reproducción social, es insostenible cuando la posibilidad de optar por otro tipo de alimentación natural y saludable se complica ante el fenómeno de la urbanización y la lejanía de las áreas de producción, las restricciones de tiempo e información, la publicidad y el deterioro constante del ingreso.

El enfoque de la demanda resulta limitado para explicar un fenómeno donde se presenta un sobreconsumo de alimentos altamente procesados los cuales están relacionados con el deterioro en la salud y son causantes del crecimiento y reproducción de la obesidad. Por tanto, la explicación de los cambios en el consumo de los alimentos y el subsecuente crecimiento y reproducción de la obesidad parte de la producción, es decir, la forma en la que la oferta alimentaria determina y modela las elecciones de consumo.

Dicho planeamiento, además de mostrar las restricciones que enfrenta la soberanía del consumidor en cuanto a elegir su patrón alimentario en función de sus gustos y preferencias, muestra cómo es justo la expansión de la industria alimentaria hacia la elaboración de productos ultra-procesados y su extensión a la comida rápida, lo que explica las transformaciones del consumo de alimentos, la sobredemanda por este tipo de productos y la reproducción de la obesidad.

La modelación de la demanda por la oferta alimentaria en el contexto del modelo de economía abierta: una propuesta analítica por el lado de la producción

Con la Revolución Industrial y la nueva dinámica económica y social propia del sistema de producción capitalista, que orientó el crecimiento demográfico a las ciudades, la necesidad de una mayor oferta alimentaria originó la industrialización, transformación y procesamiento de alimentos, así como la expansión e innovación de la industria alimentaria.

La gran industria alimentaria actual no se limita a conservar, atrasar o frenar los procesos naturales de degradación de los alimentos; incorpora otras técnicas más sofisticadas de transformación y procesamiento que le permiten determinar y controlar la oferta a partir de criterios de mercado, diversificar los productos y modelar las demandas de los consumidores ubicados en ciudades de interconexión global mediante un control corporativo de los aparatos de abasto/distribución de alimentos.

Debido a lo anterior, el factor clave de la industria alimentaria hoy en día radica en su capacidad de innovar los procesos productivos y lograr distintos grados de procesamiento. La Pan American Health Organization (PAHO por sus siglas en inglés) adoptó el sistema NOVA para clasificar alimentos según su naturaleza, finalidad y grado de procesamiento: crudos o mínimamente procesados, ingredientes culinarios, alimentos procesados y productos ultra-procesados (PAHO, 2016: 1-6).

De acuerdo con esta clasificación (Monteiro y Cannon, 2012), los *crudos o mínimamente procesados* son alimentos destinados al consumo directo sin algún tipo de modificación en su estructura natural; únicamente son sometidos a procesos de limpieza, secado, embalaje, pasteurización, refrigeración, congelación, o bien, a la fermentación, pero no incorporan otras sustancias. Los *ingredientes culinarios*, son derivados de alimentos crudos o con bajo grado de procesamiento mediante procesos que incluyen el prensado, refinado, la trituration, la molienda y el secado. No se consumen directamente y sirven para sazonar, cocinar comidas o combinarse con otros alimentos.

En contraste, los *alimentos procesados* son productos industrializados elaborados a partir de la incorporación de grasas, aceites, azúcares, sal y otros ingredientes culinarios a los alimentos mínimamente procesados mediante métodos de conservación. Se caracterizan por presentar modificaciones menores al producto, buscando prolongar su vida útil y hacerlos más apetecibles; se reconocen como versiones modificadas del alimento original ya que incluyen dos o tres ingredientes adicionados.

Los *productos ultra-procesados* son formulaciones industriales hechas de sustancias derivadas de alimentos o sintetizadas de otras fuentes orgánicas, combi-

nadas con aditivos que requieren poca o ninguna preparación culinaria para su consumo. Son inventos de la ciencia y la tecnología moderna aplicada en el campo de la industria alimentaria. Se presentan listos para calentarse o consumirse y requieren poca o ninguna preparación culinaria. Es por ello que, debido a su alta densidad energética que resulta de excesos de grasas saturadas, harinas, azúcares refinadas y sal, así como las calorías vacías y las alteraciones organolépticas realizadas para potenciar su sabor, forma y estructura física, además de aditivos, los hacen nutricionalmente desequilibrados y dañinos, de ahí que sean nocivos o tóxicos (Márquez, 2013: 15-16; Moss, 2013: 37-61).

Además de representar la evolución moderna y globalizada de la industria alimentaria manufacturera tradicional hacia procesos productivos más complejos asociados con la ciencia y tecnología, han contribuido a la hibridación de la industria alimentaria y su tránsito hacia los servicios mediante la comida rápida y chatarra que se distribuyen mediante empresas distribuidoras como las tiendas de conveniencia, supermercados, restaurantes, franquicias o redes electrónicas, dedicados a la venta directa y el reparto a domicilio.

La comida rápida, aunque utiliza alimentos procesados y ultra-procesados en su elaboración, no equivale a la comida chatarra. Esta última es un tipo de comida instantánea conformada por alimentos con poca o nula cantidad de nutrientes y alto contenido de sal, grasas y azúcares. La comida rápida es preparada y servida en un corto período de tiempo y se encuentra lista para consumirse; si bien algunos de sus componentes presentan contenidos nutricionales, como las ensaladas, su combinación con otros alimentos procesados y ultra-procesados en proporciones desequilibradas, preparación inadecuada, gran contenido de conservadores y un alto porcentaje de calorías, la convierten en factor para el desarrollo de obesidad (Flores, 2007: 119-120; Howe, 2002: 2-3).

Las razones del éxito de la comida rápida son que resulta barata, de fácil consumo y digestión inmediata, orientada sobre todo a consumidores que buscan optimizar su tiempo dedicado a la preparación de alimentos y a la ingesta ante las nuevas exigencias de la actual dinámica económica y social global que, concentró a la población en ciudades, extendió la duración de la jornada laboral, incorporó a la mujer al mercado de trabajo –tanto formal como informal– que dejó sin cobertura algunas actividades tradicionales que antes realizaba en el hogar como cocinar (Zhong y DeVoe, 2009: 619-620).

La rápida aceptación y alta demanda de este tipo de alimentos entre los consumidores, así como la mayor presencia de éstos dentro de la oferta alimentaria global, obedece a que son de fácil acceso, se presentan congelados, enlatados, listos para cocinar, calentar o consumirse. Tales características permiten que su consu-

mo se efectúe prácticamente en cualquier lugar: en la casa, oficina, restaurantes, automóvil o la calle; incluso puede hacerse en movimiento o de manera estática, no precisa de cubiertos y, en ciertos casos, de mesa o plato, ya que los aditamentos utilizados para consumirlos son pocos y desechables, como es el caso del papel, cartón o plástico (Flores, 2007: 120; Moss, 2013: 37-61; Schlosser, 2002: 44-109).

Por lo anterior, la industria alimentaria y las empresas agroalimentarias lograron globalizar este tipo de alimentos altamente procesados y ofertar platillos provenientes de cualquier parte del mundo en todos los espacios territoriales, ya sea como platos preparados listos para el consumo: hamburguesas, pizzas, pastas, tacos, chilaquiles, tlacoyos, sushi, entre muchos otros. Así como platos semielaborados, como la harina para hot-cakes; o bien productos únicos listos para su ingesta, como el yogurt, galletas, pastel, refrescos, jugos, entre otros.

El dinamismo de la industria alimentaria de ultra-procesados y la mayor presencia de este tipo de oferta alimentaria, se explica por la modelación de las preferencias de los consumidores hacia este tipo de alimentos, pero también por la paulatina penetración de los alimentos procesados y ultra-procesados en la elaboración y preparación de platillos tradicionales característicos de las distintas poblaciones, en el caso de México, las sopas, guisos incluidos en las comidas corridas en las distintas regiones.

Otero (2018: 168-237) coincide en ese planteamiento al señalar que, en el actual contexto del modelo de economía abierta, la demanda alimentaria se encuentra condicionada por la estructura de la oferta interna y la rigidez de su organización en cuanto a la producción y canales de distribución, principalmente en las ciudades, lo cual restringe las elecciones y preferencias de los consumidores. Además, expresa el autor, el comercio agroalimentario afianzado con Tratados de Libre Comercio entre las naciones, la comercialización de alimentos procesados y productos ultra-procesados en las tiendas de conveniencia y supermercados, así como la orientación de la demanda hacia estos productos, nutren la estructura del sistema y permiten su expansión.

Por lo anterior, los alimentos procesados, los productos ultra-procesados y la comida rápida, además de sintetizar la hibridación de la industria alimentaria hacia la producción y los servicios, conforman una oferta que modela la demanda alimentaria a partir de consolidar un nuevo esquema de diseño industrial de alimentos, el cual se desarrolla a través de su integración a múltiples cadenas globales de valor.

Christian y Gereffi (2012: 439-450) sostienen que actualmente, las cadenas de valor agroalimentarias reconfiguran las dinámicas de consumo, debido a que su engranaje logra crear distintos tipos de oferta alimentaria que tiende a modelar gradualmente la demanda y modifica los patrones alimentarios en distintas escalas. Se configura un esquema de consumo que parte de la idea de una aparente diversidad, en tanto que consolida un conjunto de platillos provenientes de todo el mundo, aunque

esconde que ya todos esos platillos tienen un importante componente de insumos homogéneos y altamente procesados. Para estos autores, el marco de cadenas de valor global explica cómo la estructura productiva de las cadenas alimentarias transforma las opciones individuales de consumo y, con ello, se desmonta la supuesta soberanía del consumidor que sostiene los marcos analíticos basados en el enfoque de la demanda.

El análisis de cadenas de valor permite observar también el dominio total que tienen la industria alimentaria y las empresas agroalimentarias en las esferas de producción, circulación y consumo, así como la forma en la que reorganizan la manufactura local en función de sus necesidades de acumulación y obtención de ganancia. Con ello, condicionan los esquemas de producción al tipo de oferta, o bien contratan firmas locales para contar con su propio abastecimiento y procesar, por ejemplo, papas fritas o pollos de roscería, a menor costo e imponiendo las características de los insumos solicitados en cuanto a tamaño, forma, presentación, y tiempos que implica acelerar los ciclos naturales de crecimiento de los bienes agrícolas y cárnicos.

Asimismo, tienen la posibilidad de transformar y manipular el contenido de los productos al incorporar conservadores, aditivos y colorantes para ampliar el tiempo de vida de los alimentos, su distribución y permanencia en las tiendas de conveniencia y supermercados, lo cual, aunque deteriora su valor nutricional e influye en la presencia de la obesidad, permite controlar y modelar la demanda alimentaria.

El dominio que ejercen la industria alimentaria y las empresas agroalimentarias transnacionales deviene del control directo e indirecto de la producción, la concentración del mercado, el posicionamiento de la marca y los procesos de innovación tecnológica que emplean como mecanismo de defensa ante la competencia con el resto de las empresas de su giro o sector. Su capacidad para modelar las demandas radica en el control sobre la disponibilidad interna de alimentos, su capacidad de elaboración de productos altamente procesados, su posicionamiento estratégico al interior de las cadenas globales de valor, el dominio del mecanismo de abasto y distribución, así como el control de las preferencias del consumo al manipular las percepciones y los gustos mediante campañas de marketing o publicidad, entre muchos otros.⁴

⁴ McDonalds es claro ejemplo de ello. Esta empresa impone a los países en desarrollo nuevos sistemas de agricultura, determina el tamaño y las formas de las papas que compran, y, además, inducen al consumidor a adquirir sus productos debido a que despliegan campañas publicitarias orientadas sobre todo a niños, en alianzas con otras empresas como son las cinematográficas, para introducir juguetes en sus menús de comida y hacerlos más deseables, aunque la calidad de sus alimentos ha sido severamente cuestionada (Schlosser, 2002: 100-102).

A través de esos cambios en las cadenas de producción y procesamiento, los alimentos procesados, los productos ultra-procesados y la comida rápida han logrado reconfigurar a la industria alimentaria y las empresas agroalimentarias tanto en el tipo de oferta como en las escalas de mercado y sus encadenamientos productivos, además de remodelar los esquemas de distribución y desarrollar la esfera de servicios al consumidor. De acuerdo con Zhong y DeVoe (2009: 619-620), esto ha sido posible porque las tareas de cada segmento de la cadena están determinadas por las especificaciones de las empresas líderes a partir de la noción de producción en masa al servicio de los alimentos.

En el contexto de economía abierta, las empresas determinan la producción de alimentos que se adecúe a ese concepto a lo largo de la cadena: desde la producción, las formas de cultivo y el procesamiento de alimentos en distintos tipos y grados, hasta la distribución, exhibición y venta, modelando con ello el consumo alimentario. Cabe destacar que si bien la oferta alimentaria tiende hacia los productos procesados listos para consumirse y en menor medida hacia los tradicionales, como los envasados o conservas, estos últimos siguen siendo funcionales en el mercado; asimismo, el consumo directo del producto en su estado primario, sin industrializar, son todavía importantes, como es el caso de las frutas y hortalizas, la carne y ciertos granos.

No obstante, debido a que la industria alimentaria es cada vez más hegemónica, todo se encamina a impulsar formas más directas e inmediatas de consumo que se ajusten a las nuevas manifestaciones de preferencias modeladas entre los consumidores que provocan demandas fragmentadas las cuales buscan, entre otras cosas, una alimentación más pragmática pero también saludable ante la creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Consecuentemente, la industria alimentaria y las empresas agroindustriales también han comenzado a ofertar productos para satisfacer las nuevas demandas propias de los modelos de consumo emergentes como son los veganos, vegetarianos, orgánicos, entre otros, pero sin salir de las cadenas de valor y las condiciones productivas prevalecientes, además de que, su acceso es limitado para un conjunto amplio de población ante sus elevados precios y las restricciones de ingreso.

Por lo tanto, la constante en la modelación de la demanda por la oferta alimentaria implica una transformación permanente del consumo alimentario. Lo que se vislumbra es que más allá de un patrón alimentario individualizado, en realidad se configuraron patrones alimentarios masificados por la industria alimentaria, donde se combinan alimentos de tipo popular con otros que aparentemente pertenecen a mercados selectos de alimentación como los llamados gourmet, o los que aparecen en torno a la alimentación sana. Aunque, en cuanto a composición, en el actual esquema de economías abiertas tenemos una oferta global cada vez más homogénea, altamente industrializada y de bajo valor nutrimental.

La expansión de la oferta de alimentos industrializados y los cambios en la demanda alimentaria en México, 2000-2018

En México, el patrón de consumo alimentario permaneció con escasas alteraciones por poco más de cuatrocientos años, desde la época novohispana hasta las dos últimas décadas del siglo xx. Durante ese tiempo, la demanda alimentaria estuvo delineada en mayor medida, por factores locales o regionales: cultivos domésticos acorde a los recursos naturales para la agricultura, la caza y la pesca, el clima y la cultura, lo que permitió consolidar una estructura alimentaria heterogénea en términos territoriales y con alto valor nutrimental, aún y con la presencia de alimentos provenientes de otras naciones (Vázquez, 2012).

Sin embargo, desde mediados de la década de los ochenta, con la incorporación de México al Acuerdo General sobre Comercio y Aranceles (GATT por sus siglas en inglés), se gesta una trasgresión de las formas tradicionales y variadas de producir y consumir alimentos. Años más tarde, con la firma de TLCAN, ésta se intensifica al iniciar un proceso de estandarización y homogeneización de la oferta de alimentos industrializados que logró modelar las demandas de los consumidores, que paulatinamente se extiende a todo el territorio nacional (Meléndez y Aboites, 2015).

En el país, como consecuencia de la pérdida de la autosuficiencia y soberanía alimentaria, principalmente en granos básicos, ocurrió un debilitamiento de la producción y consumo de alimentos autóctonos e inocuos, crudos o mínimamente procesados, que distinguieron la heterogeneidad territorial de los patrones regionales de consumo y representaron el soporte material de la cultura alimentaria del pueblo mexicano (Camou, 2008; Santos, 2014; Sierra, 2010).

Aunado a lo anterior, se presentó una recomposición y expansión de la industria alimentaria en ramas de actividad económica⁵ orientadas a la elaboración de alimen-

⁵ De acuerdo con INEGI (2018: 12-14), el Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte, México SCIAN 2018, clasifica las ramas de actividad de la industria alimentaria en: 3111 Elaboración de alimentos para animales; 3112 Molienda de granos y de semillas y obtención de aceites y grasas; 3113 Elaboración de azúcares, chocolates, dulces y similares; 3114 Conservación de frutas, verduras y alimentos preparados; 3115 Elaboración de productos lácteos; 3116 Matanza, empaçado y procesamiento de carne de ganado, aves y otros animales comestibles; 3117 Preparación y envasado de pescados y mariscos; 3118 Elaboración de productos de panadería y tortillas; 3119 Otras industrias alimentarias. La rama 3119 Otras industrias alimentarias considera unidades económicas dedicadas principalmente a la elaboración de botanas, café, té, concentrados, polvos, jarabes y esencias de sabor para bebidas, condimentos y aderezos, y de otros productos alimenticios no clasificados en otra parte. Incluye también: la elaboración de crema de cacahuete y botanas de harina para freír; de sustitutos de crema para café; de café y té sintéticos; de colorantes y saborizantes naturales para alimentos, y de grenetina para la preparación de alimentos.

tos procesados y productos ultra-procesados relegando a las tradicionales dedicadas al empaquetado y elaboración de conservas. Asimismo, transitaron hacia el sector de comercio mediante la elaboración de comida rápida y el desarrollo de aparatos de logística, como las plataformas digitales, para su distribución (Salomón, 2005).

La mayor presencia de este tipo de oferta explica los cambios en la demanda alimentaria y la configuración de un patrón de consumo basado en alimentos industrializados, pero además la presencia y reproducción de la obesidad en México.

Los datos agregados de la evolución de la industria alimentaria corroboran ese comportamiento. De acuerdo con el Sistema de Cuentas Nacionales de México, en el período 1999-2018 el Producto Interno Bruto de la Industria Alimentaria registró un crecimiento nominal al pasar de 452,657 a 669,391 millones de pesos, lo que representó un incremento en el período de 47.8% y una tasa promedio anual del 2.1%. Además, proporcionalmente, mantuvo una participación promedio del 3.8% respecto al PIB total durante el período referido. Se posicionó así, como una de las industrias más importantes al interior de las manufacturas, representando casi la cuarta parte del PIB manufacturero al pasar de 20.3% a 22.5% en el mismo lapso. El crecimiento positivo incrementó el número de unidades económicas y personal en 52.11% y 37.42%, respectivamente.

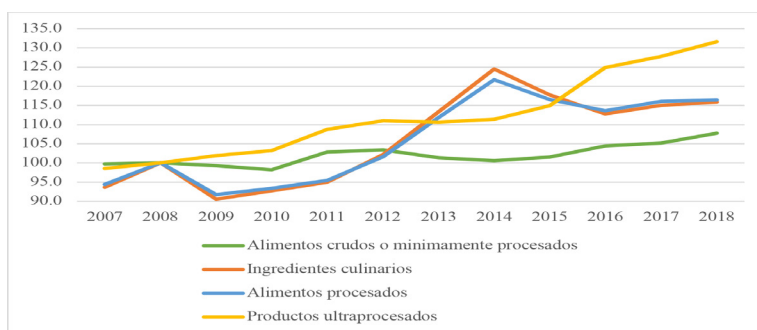
En el período 1999-2014⁶, de acuerdo con los Censos Económicos de México, el número de unidades económicas de las ramas asociadas con la producción de alimentos procesados y productos ultra-procesados registraron un mayor crecimiento. Prueba de ello es que, de las nueve ramas de la industria alimentaria, la 3113 [Elaboración de azúcares, chocolates, dulces y similares], 3118 [Elaboración de productos de panadería y tortillas] y 3119 [Otras industrias alimentarias], asociadas con mayor grado de procesamiento y la producción de ultra-procesados, aumentaron 60.3%, 65.5% y 77.9%, respectivamente. En contraste, algunas de las ramas tradicionales de la industria alimentaria dedicadas al envasado o empaque, registraron comportamientos negativos como fue el caso de la 3112 [Molienda de granos y de semillas y obtención de aceites y grasas], 3116 [Matanza, empaquetado y procesamiento de carne de ganado, aves y otros animales comestibles] y 3117 [Preparación y envasado de pescados y mariscos], con -30.9%, -34.6% y -58.8%, en ese orden. En el caso del personal ocupado se mantiene una tendencia semejante para las ramas de alto grado de procesamiento; inclusive, las ramas tradicionales, como la 3116 [Matanza, empaquetado y procesamiento de carne de ganado,

⁶ Los datos disponibles más recientes sobre Censos Económicos de México corresponden al año 2014. Se espera que en noviembre del año 2020 se publiquen los resultados correspondientes al levantamiento de información del Censo Económico 2019.

aves y otros animales], presentan crecimientos del orden del 84.4%, lo cual denota el dinamismo y crecimiento de la industria alimentaria en su conjunto.

Aunado a lo anterior, con base en la información del índice de producción de alimentos por grado de procesamiento que elaboramos a partir de la clasificación NOVA, se observa que, en el período 2007-2018, la producción de los grupos de alimentos procesados y productos ultra-procesados, entre los cuales se ubican las carnes procesadas, botanas, galletas y refrescos, han crecido más que los alimentos crudos, mínimamente procesados, envasados o congelados, como son la leche, el pan tradicional o las tortillas de maíz (gráfica 1).

Gráfica 1. México: índice anual de crecimiento y expansión de la producción de la industria alimentaria con la clasificación NOVA, 2007-2018⁷ (Porcentaje, 2008=100)



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Mensual de la Industria Manufacturera y el Sistema de Clasificación NOVA.

Como se observa en el tabla 1, en el año 2007, la producción de alimentos crudos o mínimamente procesados alcanzó casi una tercera parte de la producción total con 31.1%, mientras que los ingredientes culinarios, alimentos procesados y productos ultra-procesados, registraron una participación de 12.7%, 14.9% y 41.3% respectivamente. Cabe destacar que los alimentos con mayor grado de procesamiento constituyeron más de la mitad de la producción de la industria alimentaria en su conjunto para ese año, es decir, 56.6%.

⁷ La temporalidad 2007-2018 del índice obedece a que el levantamiento de información de la Encuesta Mensual de la Industria Manufacturera comienza a realizarse en el año 2007.

Tabla 1. México: composición de la producción de la industria alimentaria agrupada con la clasificación NOVA, 2007-2018 (porcentaje)

Grupo de alimentos / Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Alimentos crudos o mínimamente procesados	31.1	30.5	30.8	30.3	30.4	29.7	28.5	28.1	28.0	27.6	27.3	27.4
Ingredientes culinarios	12.7	13.3	12.2	12.4	12.2	12.8	13.9	13.7	13.1	13.0	13.0	12.8
Alimentos procesados	14.9	15.4	14.4	14.5	14.2	14.7	15.9	15.7	15.1	15.2	15.2	14.9
Productos ultra-procesados	41.3	40.9	42.5	42.7	43.1	42.8	41.7	42.5	43.8	44.3	44.5	44.9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Mensual de la Industria Manufacturera y el Sistema de Clasificación NOVA.

En 2018, los datos de la encuesta muestran una caída en la participación de los alimentos crudos o mínimamente procesados del 31.1% en 2007, cayó a 27.4%. Por su parte, los ingredientes culinarios no presentaron variación al pasar de 12.7% a 12.8% en el período. En cuanto a los alimentos procesados, éstos no registraron variación al participar con 14.9% en ambos períodos. Finalmente, la menor producción de alimentos crudos o mínimamente procesados se compensó con el incremento en productos ultra-procesados de 3.6% en relación con la producción total, al pasar de 41.3% a 44.9%. En 2018, los productos ultra-procesados representaron casi la mitad de la producción (tabla 1).

De manera paralela con el crecimiento y la expansión de la oferta de alimentos procesados y ultra-procesados, la industria alimentaria nacional observó un fuerte proceso de reestructuración y control corporativo de los canales locales y regionales de abasto y distribución de alimentos (Gasca y Torres, 2014). El país transitó de un patrón de abasto y distribución de tipo tradicional que se caracterizó por la conformación de diversas etapas de intermediación entre regiones de producción y espacios de consumo, con múltiples canales minoristas, a otro modernizado y simplificado, impuesto por firmas comerciales transnacionales, a la vez representadas por tiendas de conveniencia, supermercados y restaurantes, que respondieron a la nueva oferta alimentaria mayormente industrializada y a las demandas segmentadas y diferenciadas de alimentos, principalmente en las ciudades (Torres, 2012).

El éxito de las tiendas de conveniencia, supermercados y cadenas de restaurantes radica en la incorporación de innovaciones logísticas, organizacionales y tecnológicas que les han permitido ampliar sus horarios de atención todo el año; además, desarrollan mecanismos de crédito para facilitar el pago en períodos de restricciones de ingreso.

Su capacidad para extenderse en todo el territorio nacional, mantener una oferta estable e impulsar la entrega a domicilio explica el acelerado crecimiento que han tenido en México, desde los años noventa del siglo pasado, las tiendas de conveniencia como OXXO y supermercados como Walmart, pero también el gradual decremento de las tiendas de abarrotes, ultramarinos y misceláneas (Gasca y Torres, 2014).

Con la agilización y modernización de los canales de abasto y distribución, la industria alimentaria transitó de actividad económica secundaria hacia su integración en el ramo de los servicios. Esto, además de aumentar la presencia de los alimentos procesados y productos ultra-procesados en el país, logró masificar la elaboración y venta de comida rápida, con lo cual se consolidó un nuevo proceso de hibridación entre la industria alimentaria y los servicios.

Así, los alimentos altamente procesados, además de tener presencia en las tiendas de conveniencia y supermercados, lograron incorporar también los típicos menús mexicanos, servidos en fondas, pequeños restaurantes o puestos callejeros. Eso mismo ocurre con platillos propios de otras naciones adaptados a la gastronomía mexicana, como la pizza de pastor o “mexicana”, ofertados en establecimientos bajo la modalidad de franquicias como McDonald’s, Burger King, Kentucky Fried Chicken, o Pizza Hut, entre otras.

El crecimiento y expansión de la industria alimentaria de alimentos ultra-procesados y su hibridación con el sector servicios, provocó alteraciones en el gasto de los hogares mexicanos a partir del año 2000. En la estructura de gasto familiar, la alimentación representa el renglón más importante. En 2000, el gasto alimentario abarcó 29.9% del gasto total, por encima del de transporte que cubrió 17.8%, vivienda 8.3% y salud 3.6%.

La alimentación muestra un repunte en la participación histórica; mientras en 2000 representó 29.9% del gasto monetario total, en 2018 alcanzó 35.3% (tabla 2). Al interior del rubro de alimentos, en el período 2000-2018, paralelamente ocurre una reducción del gasto destinado a la compra de alimentos naturales o con bajo grado de procesamiento, como es el caso de cereales, carnes, pescados y mariscos, leche, verduras legumbres o frutas; en contraste, el gasto destinado a alimentos procesados (otros alimentos diversos) mantiene una tendencia creciente. El gasto en alimentos y bebidas fuera del hogar, como proporción del gasto total en alimentos se incrementó de 15.9% a 22.8% en el período (tabla 3).

Tabla 2. México: composición del gasto monetario total, 2000-2018 (porcentaje)

Composición del gasto monetario	2000	2006	2012	2018
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Alimentos, bebidas y tabaco	29.9	27.8	34.0	35.3
Vestido y calzado	5.8	5.6	5.0	4.5
Vivienda, energía eléctrica y combustible	8.3	8.4	8.9	9.5
Limpieza, enseres domésticos y muebles	8.2	6.0	6.1	5.9
Salud y servicios médicos	3.6	3.9	2.5	2.6
Transporte	17.8	17.9	18.5	20.0
Educación y esparcimiento	17.4	14.7	13.8	12.1
Cuidado personal, transferencias y otros	9.1	15.8	11.2	10.2

Fuente: Elaboración propia a partir de INEGI, Encuestas Nacionales de Ingresos y Gastos de los Hogares, varios años.

Tabla 3. México: composición del gasto corriente monetario en alimentos y bebidas por producto, 2000-2018

Rubro / Año	2000	2006	2012	2018
Alimentos y bebidas consumidas dentro del hogar	84.1	76.2	78.3	77.2
Cereales	14.2	13.5	15	13.7
Carnes	19.3	17	17.7	17.7
Pescados y mariscos	2.1	1.9	1.8	1.8
Leche y sus derivados	11.5	9.6	8.9	7.7
Huevo	2.5	2.2	3.2	2.8
Aceite y grasas	1.8	1	1.3	1.0
Tubérculos y similares	1.3	1.1	1.1	1.2
Verduras, legumbres, leguminosas y semillas	9.6	9	8.7	8.9
Frutas	4.2	3.4	3.5	3.6
Azúcar y mieles	1.2	1	0.8	0.8
Café, té y chocolate	0.9	0.7	0.9	0.8
Espesies y aderezos	0.8	0.7	0.8	0.7
Otros alimentos diversos	5.8	6.9	7	9.2
Bebidas alcohólicas y no alcohólicas	9.1	8.1	7.6	6.7
Alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar	15.9	23.8	21.7	22.8

Fuente: Elaboración propia a partir de INEGI, Encuestas Nacionales de Ingresos y Gastos de los Hogares.

La influencia de la sobreoferta de alimentos industrializados en la presencia y reproducción de la obesidad en México, 2000-2019

Los estudios de Ares *et al.*, (2016), Monteiro y Cannon (2012), Monteiro *et al.*, (2013), PAHO (2016) y Rauber *et al.*, (2015), sostienen que la transformación del contenido natural de los alimentos deteriora su valor nutrimental, merma la calidad de la alimentación y, existe una alta correlación entre el consumo de productos ultra-procesados, comida rápida y comida chatarra, con la presencia de la obesidad y el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas asociadas con una desequilibrada ingesta de alimentos.

De acuerdo con Schulze *et al.*, (2004), esto se debe a que las características relacionadas con el contenido, la composición, las formas de presentación y los modos de consumo de alimentos altamente procesados, los convierten en factores de riesgo para la salud ya que fomentan la obesidad y el desarrollo del síndrome metabólico: alteraciones en el organismo como la intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina, o las disfunciones celulares.

Como resultado de lo anterior, un estudio realizado por el United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) concluye que la obesidad se ha triplicado en todo el mundo. En 2016 más de 1,900 millones de adultos de 18 años tenían sobrepeso, de ellos más de 650 millones eran obesos; 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso u obesidad; y 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) registraban sobrepeso u obesidad (UNICEF, 2020).

De igual manera, la investigación titulada "Tendencias mundiales en índice de masa corporal, bajo peso, sobrepeso y obesidad desde 1975 hasta 2016", realizada por la red de científicos de la salud NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RISC), muestra una magnitud similar del problema. En su estudio que recogió datos de 130 millones de personas, señalan que a nivel mundial el número de niños y adolescentes obesos se multiplicó por diez en las cuatro últimas décadas. Las tasas mundiales de obesidad infantil y adolescente aumentaron desde menos de 1% (5 millones de niñas y 6 millones de niños) en 1975, hasta casi 6% en las niñas (50 millones) y cerca de 8% en los niños (74 millones) en 2016; es decir, el número de individuos obesos en ese rango pasó de 11 millones en 1975 a 124 millones en 2016. Además, 213 millones de niños y adolescentes presentan sobrepeso (NCD-RISC, 2017).

En América Latina, según la PAHO, países como Bolivia y Perú, donde las ventas de alimentos ultra-procesados son pequeñas y la comida tradicional es todavía predominante, registran los menores promedios de sobrepeso y obesidad. En contraste, México y Chile, donde las ventas de alimentos ultra-procesados son elevadas, presentan los valores más altos del índice de masa corporal (PAHO, 2016:

17-18). Se espera que, al cierre del 2020, América Latina sea el continente donde se gaste más en comida rápida, ya que concentrará 47% del consumo global, seguido de Asia Pacífico con un 36%, mientras que Europa alcanzará apenas 17% del consumo de este tipo de comida (EUROMONITOR, 2020).

En el caso de México, de acuerdo con la PAHO (2016: 17), en el año 2018 cada mexicano compró en promedio 214 kilos de alimentos ultra-procesados, que representó casi el doble del consumo promedio en Brasil y Colombia. En cuanto a la comida rápida, al cierre de 2019, el país se ubicó en el séptimo lugar a nivel mundial en cuanto a gasto *per cápita* en este tipo de platillos (EUROMONITOR, 2020), lo que refleja el incremento del gasto en alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar, que, de acuerdo con las Encuestas de Ingreso y Gasto de los Hogares, aumentó 6.9% en el período de 2000 a 2018.

En México el consumo *per cápita* de comida chatarra ascendió a 212 kilos, equivalente a 0.58kg (580 gramos) diarios; y el país se consolidó como el mayor consumidor de bebidas azucaradas y refrescos a nivel mundial ya que, en promedio, cada mexicano consumió 184.9 litros (EUROMONITOR, 2020). En algunas regiones como Chiapas, la situación es más grave.

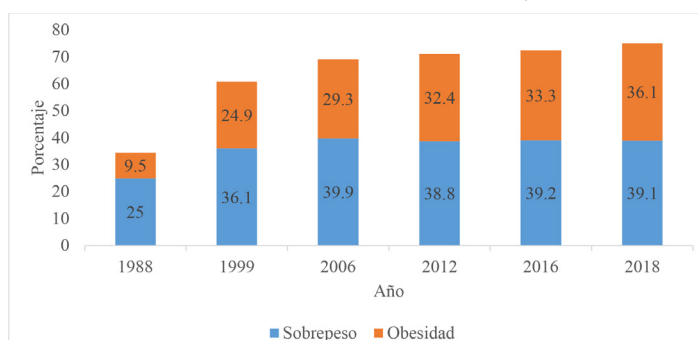
El estudio “Somos lo que bebemos: impacto de las bebidas azucaradas en los pueblos originarios de Chiapas”, elaborado por el Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur (CIMSUR), señala que, en 2019, en promedio, cada persona de la entidad bebió 821 litros de bebidas azucaradas, cantidad que es 5.4 veces mayor que el promedio nacional (150 litros), 8.2 veces mayor que el promedio en Estados Unidos (100 litros) y 32.8 veces mayor que el promedio mundial (25 litros). Esta situación se relaciona con la alta prevalencia de diabetes mellitus en la región, que en la última década es la principal causa de muerte (CONACYT, 2020).

La obesidad y las enfermedades asociadas con este padecimiento es un problema de salud pública en México que afecta a todos los grupos de edad. La obesidad infantil aumentó en años recientes, aunque el problema está presente también en la población adolescente y en edad preescolar. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018, uno de cada tres niños de entre 5 y 11 años presenta sobrepeso u obesidad al registrarse una prevalencia combinada de 35.6% (18.1% sobrepeso y 17.5% obesidad) en ambos sexos, lo cual representa más de 4 millones de escolares con este padecimiento. Los adolescentes de entre 12 y 19 años presentan una situación similar ya que la prevalencia combinada ascendió a 38.4% (23.8% sobrepeso y 14.6% obesidad) (INEGI / INSP / SSA, 2020).

El problema adquiere mayor magnitud al analizar la carga atribuible sólo en adultos. Entre 1988 y 2018, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad se

duplicó al pasar de 34.5% a 75.2%, el mayor incremento se presentó en la década de los noventa. Sin embargo, la dinámica es distinta para ambos factores: el sobrepeso creció 56.4%, al pasar su prevalencia de 25% a 39.1% durante el período, mientras que la obesidad se disparó 280% si consideramos su cambio de prevalencia de 9.5% al inicio del período y de 36.1% al final (gráfica 2).

Gráfica 2. México: prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población mayor de 20 años, 1988-2018 (Porcentaje)



Fuente: Elaboración propia a partir de INEGI, Encuestas Nacionales de Ingresos y Gastos de los Hogares, varios años.

Las consecuencias del sobrepeso y la obesidad impactan significativamente al Sistema de Salud al destinarse gran cantidad de recursos para su atención médica, reducen los ingresos de los enfermos y afectan la relación ingreso-gasto de los hogares. En el período 2000-2019 aumentó el número de defunciones totales por enfermedades asociadas al sobrepeso y la obesidad: las muertes por cánceres, osteoartritis, problemas cardiovasculares y diabetes mellitus crecieron 44.5%, 44.1%, 95.0% y 133.9%, respectivamente (tabla 4).

Tabla 4. México: defunciones totales por enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad, 2000-2019 (personas y porcentaje)

Indicador / Año	2000	2005	2010	2015	2019	TC Período
Cánceres	7,047	7,834	8,581	9,468	10,184	44.5%
Osteoartritis	118	161	152	164	170	44.1%
Enfermedades cardiovasculares	55,684	65,116	83,074	94,639	108,579	95%
Diabetes <i>mellitus</i>	39,060	56,163	69,186	80,054	91,352	133.9%

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud (ss).

*Incluye cáncer de esófago, mama, páncreas, cervicouterino, colon y recto.

En síntesis, México presenta actualmente una crisis de salud pública a causa del sobrepeso y obesidad, cuyo costo aumenta y vulnera las capacidades de respuesta por parte del Sector Salud y compromete las posibilidades de desarrollo económico del país ante la consolidación de un modelo de oferta alimentaria nocivo.

Conclusiones

La obesidad representa actualmente un problema de salud pública en México cuya tendencia es creciente. Si bien tiene distintas causas, la evidencia empírica muestra que existe una alta correlación entre el consumo de alimentos con alto grado de procesamiento y la comida rápida, con la obesidad y las enfermedades derivadas de este padecimiento.

En el ámbito económico, la perspectiva de la demanda en el análisis del consumo de alimentos señalaría que es el consumidor quien, de manera libre y soberana, sujeto a su restricción presupuestaria, acude al mercado y selecciona los bienes que satisfacen sus necesidades. También existen otros factores que pueden influir en sus decisiones, como la urbanización, la disponibilidad de información y tiempo, la producción y el comercio de bienes, las condiciones de trabajo, o las restricciones culturales. Bajo este enfoque, el individuo es el único responsable de sus decisiones alimentarias, de su condición de obeso y las enfermedades derivadas de esta situación.

El enfoque de la demanda es limitado para explicar el fenómeno de la obesidad y su reproducción en tanto que no se puede sostener la idea de que el consumidor, actuando de manera consciente y con información perfecta en el mercado, como plantea, sea quien demande en exceso alimentos que son nocivos para su salud, provocan obesidad y desarrollan padecimientos derivados de esta condición.

La explicación de los cambios en el consumo de alimentos y el subsecuente crecimiento y reproducción de la obesidad debe partir del lado de la producción, es decir, la forma en que la oferta alimentaria determina y modela las elecciones de consumo de los individuos a partir de establecer una sobreoferta de alimentos ultra-procesados. Es justo esta sobreoferta y la incapacidad del consumidor para elegir de manera soberana, lo que explica la obesidad.

En México, a partir de la firma del TLCAN, se presenta la estandarización, homogeneización y expansión de una oferta de alimentos con alto grado de procesamiento; de manera paralela, se incrementan los niveles de obesidad y el número de defunciones por el padecimiento de enfermedades asociadas, principalmente por diabetes *mellitus*.

Bajo el actual contexto de economía abierta, el crecimiento de la obesidad afectará de manera gradual la competitividad del país, las posibilidades de desarrollo económico y debilitará aún más las finanzas del sector salud, de no im-

plementarse políticas públicas correctivas encaminadas a regular la oferta y sus contenidos, además de informar los riesgos que conlleva su consumo.

Referencias

- Aboites, G. & Félix, G. (2010). Patrones de consumo alimentario. Una visión de género, en G. Aboites (coord.), *Patrones de consumo alimentario en México*, México: Trillas.
- Ares, G., Vidal, L., Allegue, G., Giménez, A., Bandeira, E., Moratorio, X., Molina, V., & Curutchet, R. (2016). Consumers' conceptualization of ultra-processed foods. *Appetite*, vol. 105, pp. 611-617.
- Camou, E. (2008). Nutrir a la persona, nutrir la identidad. Reflexiones filosóficas sobre antropología y cultura alimentaria, en Sandoval, S. y J. Meléndez (coords.), *Cultura y seguridad alimentaria*. Enfoques conceptuales, contexto global y experiencias locales, México: Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo – Plaza y Valdés Editores.
- Christian, M. & Gereffi, G. (2012). The marketing and distribution of fast food, en M. Freemark (coord.), *Pediatric Obesity: Etiology, Pathogenesis and Treatment*. England: Humana Press.
- CONACYT-Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. (2020). Centro de Prensa. *Somos lo que bebemos: impacto de las bebidas azucaradas en los pueblos originarios de Chiapas*. Disponible en: <https://www.conacyt.gob.mx/index.php/comunicacion/ciencia-para-la-sociedad/notas-informativas/1166-somos-lo-que-bebemos-impacto-de-las-bebidas-azucaradas-en-los-pueblos-origina-rios-de-chiapas> (Accedido: 17 de octubre de 2019).
- Duana, D. (2010). Cambios en los patrones de consumo de México en G. Aboites (coord.), *Patrones de consumo alimentario en México*, México: Trillas.
- EUROMONITOR. (2020). *Base de datos global de investigación de mercado*. Euromonitor Consulting. Disponible en: <https://www.euromonitor.com/es-passport> (Accedido: 18 de octubre de 2019).
- Flores, G. (2007). Fast food, en J. Veraza (coord.), *Los peligros de comer en el capitalismo*, México: Ítaca.
- Gasca, J. & Torres, F. (2014). El control corporativo de la distribución de alimentos en México. *Revista Problemas del Desarrollo*, núm. 176, vol. 45, pp. 133-155.
- Howe, N. (2002). Fast-Food America. *The Kenyon Review*, núm. 3, vol. 24, pp. 1-5.
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte*, México CIAN 2018. México: INEGI.

- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía / INSP-Instituto Nacional de Salud Pública / SSA-Secretaría de Salud. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. Presentación de resultados. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf (Accedido: 9 de diciembre de 2019).
- Lancaster, K. (1966). A New Approach to Consumer Theory, *Journal of Political Economy*, núm. 2, vol. 74, pp. 132-157.
- Lavoie, M. (1994). A Post Keynesian Approach to Consumer Choice. *Journal of Post Keynesian Economics*, núm. 4, vol. 16, pp. 539-562.
- Márquez, H. (2013). Ingredientes para un menú tóxico. El reverso de la crisis alimentaria y sanitaria. *Observatorio del Desarrollo*, núm. 6, vol. 2, pp. 15-20.
- Meléndez, J.M. & Aboites, L. (2015). Para una historia del cambio alimentario en México durante el siglo xx. El arribo del gas y la electricidad a la cocina. *Revista de Historia Iberoamericana*, núm. 2, vol. 8, pp. 76-101.
- Monteiro, C. & Cannon, G. (2012). *El gran tema en nutrición y salud pública es el ultra-procesamiento de alimentos*. Brasil: Centro de Estudios Epidemiológicos en Salud y Nutrición de la Universidad de São Paulo.
- Monteiro, C., Cannon, J., Ng, S. & Popkin, B. (2013). Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obesity Reviews*, núm. 2, vol. 14, pp. 21-28.
- Moss, M. (2013). *Adictos a la comida basura. Cómo la industria manipula los alimentos para que nos convirtamos en adictos a sus productos*. Barcelona: Deusto.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RISC) (2017). Worldwide Trends in Body-mass Index, Underweight, Overweight, and Obesity from 1975 to 2016: a Pooled Analysis of 2416 Population-based Measurement Studies in 128-9 Million Children, Adolescents, and Adults. *The Lancet*, vol. 390, pp. 2627-2642.
- OMS-Organización Mundial de la Salud. (2020). *Obesidad y sobrepeso*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> (Accedido: 24 de septiembre de 2019).
- Otero, G. (2018). *The neoliberal diet: healthy profits, unhealthy people*. United States of America: University of Texas Press.
- PAHO-Pan American Health Organization. (2016). *Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications*. Washington D.C.
- Ramos, E., Valdés, C., Cantú, C., Salinas, G., De la Garza, Y. & Salazar, G. (2005). Patrón de consumo alimentario familiar en Nuevo León (México). *RESPYN. Revista de Salud Pública y Nutrición*, núm. 4, vol. 6, pp. 1-32.

- Rauber, F., Campagnolo, P., Hoffman, D. & Vitolo, M. (2015). Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: A longitudinal study, *Nutrition. Metabolism & Cardiovascular Diseases*, núm. 1, vol. 25, pp. 116-122.
- Regmi, A. & Dyck, J. (2001). *Effects of Urbanization on Global Food Demand*, en Anita Regmi (coord.), *Changing Structure of Global Food Consumption and Trade*. Report WRS-01-1, Washington, DC.: U.S. Department of Agriculture, Agriculture and Trade.
- Salomón, A. (2005). La industria alimentaria en México. *Revista de Comercio Exterior*, núm. 3, vol. 55, pp. 242-257.
- Sandoval, S. & Camarena, D. (2012). Consumo de alimentos de la población sorenense: tradición versus internacionalización. *Revista Estudios Sociales*, núm. 2, vol. 20, pp. 51-72.
- Santos, A. (2014). *El patrón alimentario del libre comercio*. México: Comisión Económica para América Latina.
- Schlosser, E. (2002). *Fast food: el lado oscuro de la comida rápida*. Barcelona: Grijalbo.
- Schulze, M., Manson, M. & Ludwig, M. (2004). Sugar-Sweetened Beverages, Weight Gain, and Incidence of Type 2 Diabetes in Young and Middle-Aged Women. *Journal of the American Medical Association*, núm. 8, vol. 292, pp. 927-934.
- Sierra, O. (2010). La economía del consumo en México, en G. Aboites (coord.), *Patrones de consumo alimentario en México*, México: Trillas.
- The World Bank. (2020). *Obesity. Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge*. Washington, DC: The World Bank Group.
- Torres, F. (2012). El abasto de alimentos en México: hacia una transición económica y territorial. *Revista Problemas del Desarrollo*, núm. 166, vol. 42, pp. 63-84.
- UNICEF-United Nations International Children's Emergency Fund. (2020). *Obesidad y sobrepeso*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> (Accedido: 24 de septiembre de 2019).
- Vázquez, V. (2012). Determinantes psicosociales del sobrepeso y la obesidad, en Rivera, J., Hernández, M. & Aguilar, C. (eds.), *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Villar, A. (1999). *Lecciones de microeconomía*. España: Antoni Bosch Editor.
- Zhong, C. & DeVoe, S. (2009). You are how you eat: fast food and impatience. *Psychological Science*, núm. 5, vol. 21, pp. 619-622.

Capítulo 3

Transformaciones en las actividades de reproducción doméstica de los hogares relacionadas al aumento de la obesidad en México (1995-2014)

Transformations in the domestic reproduction activities of households related to the increase of obesity in Mexico (1995-2014)

Beatriz Gabriela Garza Montoya y María Elena Ramos Tovar

Resumen

A partir del uso de bases de datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), este capítulo examina el uso del tiempo dedicado a las actividades de reproducción doméstica durante el período 2002-2014; así como la tasa de ocupación de las mujeres a nivel regional y nacional en el período 1995 al 2014 y su relación con el incremento de la obesidad en México. Desde el punto de vista teórico este trabajo incorpora el enfoque del sistema-mundo de Immanuel Wallerstein y la perspectiva de género. Se encontró que el tiempo medio semanal nacional dedicado a la preparación de alimentos decreció 7.13% en el período analizado, la disminución fue mayor para las mujeres (11.82%), sobre todo de la región Sur del país. Hubo una relación directa entre el aumento de la Población Económicamente Activa (PEA) femenina y el decremento en las horas dedicadas a la preparación de alimentos. Asimismo, aumentó la proporción del gasto en ‘alimentos consumidos fuera del hogar’ (144.6%). La región Centro y Sur del país fueron las que han tenido el mayor aumento en la proporción del gasto en ‘alimentos consumidos fuera del hogar’ y en ‘otros alimentos preparados’, así como también los mayores decrementos en el tiempo medio semanal dedicado a la preparación de alimentos. Por último, el tiempo medio semanal de traslado al trabajo a nivel nacional se incrementó de 4.87 hrs. a 6.18 hrs. lo que equivale a un crecimiento del 26.91% en el período. Paralelamente a estas transformaciones en las actividades de reproducción doméstica de los hogares,

la obesidad tuvo un incremento de más de 200% acentuándose particularmente, en mujeres y en zonas rurales. Se identificó una relación no causal negativa, es decir, a menor tiempo dedicado a preparar alimentos, mayor es la prevalencia de obesidad. Lo mismo ocurre con el sobrepeso.

Palabras clave: uso del tiempo, hogares mexicanos, obesidad.

Abstract

From the use of databases of the National Institute of Statistics and Geography (INEGI), this chapter examines the use of time that Mexicans dedicate to preparing food and some related activities, as well as traveling to work and school in the period 2002–2014 and the employment rate of women in the period 1995 to 2014, at the level national and regional and its relationship to the increase in obesity. From a theoretical point of view, this work incorporates Immanuel Wallerstein's world-systems approach and the gender perspective. Among the main results, it was found that the national average weekly time dedicated to food preparation decreased 7.13% in the analyzed period, the decrease was greater for women (11.82%) and this percentage is greater in women in the South region of the country. Another finding was that as female Economically Active Population (EAP) increases, the hours dedicated to food preparation decrease. Likewise, the proportion of spending on "food consumed outside the home" increased (144.62%). At the regional level, it should be noted that the Central and South regions have had the greatest increase in the proportion of spending on 'food consumed outside the home' and on 'other prepared foods', as well as the greatest decreases in the average weekly time spent preparing food. Lastly, the average weekly travel time to work nationwide increased from 4.87 hrs. to 6.18 hrs., which is equivalent to a growth of 26.91% in the period. Simultaneously to these transformations in the domestic reproductive activities of households, obesity increased by more than 200%, particularly in women and in rural areas. A negative non-causal relationship was identified, that is, the less time spent preparing food, the higher the prevalence of obesity, and the same occurs with overweight.

Key words: use of time, Mexican households, obesity.

Introducción

Pocos son los estudios que analizan el uso del tiempo y su relación con el estado nutricional de las personas. La mayoría de las investigaciones sobre obesidad se enfocan en señalar lo que ingieren los individuos para modificar sus comportamientos. Sin embargo, el uso del tiempo es importante abordarlo e incluirlo cuando se analizan los factores que inciden en el fenómeno del sobrepeso y obesidad.

El tiempo es requerido en todo lo que hacemos y debe ser distribuido entre todo tipo de actividades que realizamos diariamente. Comer, preparar alimentos, comprar los insumos y realizar los quehaceres requeridos en la cocina, trabajar, estudiar y los trayectos que hacemos a estos lugares, son algunas de las actividades que afectan nuestra alimentación y, por ende, la salud. Por lo tanto, incluirlos en los estudios sobre obesidad puede arrojar nuevos entendimientos de la manera en cómo el uso del tiempo puede estar relacionado en los incrementos de las prevalencias de obesidad que los mexicanos han estado experimentando en las últimas décadas.

En este capítulo se examina el uso del tiempo que los mexicanos dedican a la preparación de alimentos y algunas actividades relacionadas, así como al traslado al trabajo y escuela en el período 2002-2014 y la tasa de ocupación de mujeres en el período 1995 al 2014, a nivel nacional y regional. A través del análisis de la media en horas del tiempo usado semanalmente en dichas actividades, se evidencian cambios en el período estudiado. Asimismo, se emplea la perspectiva de sistema-mundo de Immanuel Wallerstein para examinar los resultados y la relación no causal de los hallazgos con las prevalencias de sobrepeso y obesidad en la población mexicana. La delimitación del período analizado se debe a que a partir del Tratado de Libre Comercio de América de Norte (TLCAN, 1994), el mercado de alimentos en México incrementó su dependencia del exterior, especialmente de alimentos básicos. La falta de producción de alimentos se ha tenido que solventar con importaciones alimentarias, principalmente provenientes de Estados Unidos y Canadá (Garza y Ramos, 2017). Este modelo provocó que no sólo se importen alimentos sino además cultura y hábitos alimenticios (Ortiz, Vázquez y Montes, 2005). Fue también en el año 2008 cuando el índice de obesidad sobrepasó el de los Estados Unidos y de ahí se ha mantenido por encima de distintos países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Es importante mencionar que es a partir del 2000 cuando se empieza a registrar el peso de adultos pues hasta ese momento se registraba sólo la obesidad infantil y la femenina de manera oficial.

Cambios macroestructurales y su impacto en los hogares por regiones: empleo femenino, gasto y tiempo de traslado

Los hogares mexicanos se han visto afectados por transformaciones meso y macro estructurales de constitución económica, política, demográfica y sociocultural que han impactado en la estructura de los mismos, procesos de formación y disolución familiar, la organización doméstica y algunos otros aspectos de la vida familiar (Ariza y De Oliveira, 2001).

Entre los cambios económicos se encuentra la reestructuración productiva del país, que consistió en pasar de un modelo de producción de sustitución de importaciones a uno de apertura hacia el exterior, lo que provocó grandes cambios en el sistema productivo y mercado laboral. Creció el sector comercial y de servicios, la industria de exportación y, con ellos, el mercado laboral femenino (Ariza y de Oliveira 2001; Damián, 2014). Igualmente, se han suscitado cambios sociodemográficos como el incremento del nivel de escolaridad de hombres y mujeres que ya casi se ha igualado; el crecimiento de la migración debido al incremento de la urbanización; un descenso importante de la fecundidad y de la mortalidad; el aumento de la esperanza de vida, la edad de la unión, las separaciones y los divorcios, entre otros. Asimismo, estas transformaciones han impactado en la estructura de los hogares, sus procesos de formación y de disolución familiar, la organización doméstica y algunos otros aspectos de la vida familiar (Ariza y de Oliveira 2001).

En México, encontramos que la transformación de los hogares no se dio de manera homogénea, y dentro de los principales elementos de cambio encontramos el incremento de las mujeres en la vida económica, el gasto de los hogares, los tiempos de traslado y la zona de residencia.

El incremento de las mujeres en la vida económica del país se dio a partir de la década de 1980, el grupo de mujeres casadas empieza a incorporarse al mercado de trabajo (Rendón, 2003). Asimismo, las mujeres han tenido mayor acceso al mercado laboral debido al incremento en la escolaridad. La tasa de participación de la mujer de 12 años y más en el mercado laboral en 1970 fue de 19% (Damián, 2014). Para el primer trimestre del año 2015, esta tasa en mujeres de 15 años y más fue de 42.5% (INEGI, 2015a). Es decir, en casi 45 años el incremento de este indicador ha sido del 123%, aproximadamente.

El haberse incorporado la mujer a la fuerza productiva no involucró una redistribución de las tareas domésticas en el hogar (González, 2001); sino que implicó más carga de trabajo y, por supuesto, ha acarreado consecuencias en el plano privado de la vida familiar (Jelin, 1995; Wainerman, 2000). En nuestro país, la mujer tiene una mayor participación en las actividades referentes a la preparación

de los alimentos en relación con el hombre. En cambio, los hombres de regiones rurales tienen una participación marginal en estas tareas mientras que los de la zona urbana es muy poca (Pederzini, 2008). Ariza y de Oliveira (2001) señalan que factores socio culturales (como los antes descritos) han alejado a los hogares del modelo de organización familiar caracterizado por la presencia de un jefe varón proveedor exclusivo que no participa en las actividades de reproducción social.

Sin embargo, los hombres asumen su participación en estas actividades en forma de ayuda esporádica en los fines de semana, vacaciones, en casos de enfermedad e incluso cuando las cónyuges participan en el trabajo remunerado. Los hombres participan más en tareas relacionadas con la crianza y cuidado de los hijos, en realización de actividades de reparación de casa y trámites administrativos que en actividades domésticas como limpiar la casa, cocinar, planchar, entre otras.

Un estudio realizado por Mercedes Pedrero (2009) sobre el valor económico del trabajo doméstico y uso del tiempo en los hogares mexicanos en el año 2009, evidenció que de los quehaceres domésticos la actividad que absorbe más tiempo es la preparación de alimentos tanto a mujeres como a hombres, 36.6% y 22% del total de horas dedicadas a trabajo doméstico semanal, respectivamente. También, en el estudio se muestra la carga global del trabajo (horas trabajadas en tareas domésticas y las trabajadas en el mercado de trabajo) para ambos sexos, para ese mismo año. La carga global para el hombre fue de casi 60.5 hrs. a la semana mientras que para la mujer fue de poco más de 75.5 hrs. Existe una diferencia de 15 hrs. de trabajo entre los sexos, más cargada hacia las mujeres.

Consecuentemente, lo anterior nos lleva a concluir que los hombres no sólo dedican menos tiempo que las mujeres en tareas de preparación de alimentos, sino que las horas dedicadas al trabajo doméstico son menos que lo que dedican las mujeres. Eso no es más que el reflejo de inequidades de género. Las mujeres, al tener una carga mayor se ven obligadas a reducir el tiempo que pueden dedicar a otras actividades (Pedrero, citado en Pederzini, 2008).

No todo ha sido negativo, se han visto pequeños cambios en la división del trabajo dentro de los hogares. Es decir, debe reconocerse que los hombres han incrementado su participación en actividades domésticas, aunque no en la misma medida en la que se ha incrementado la tasa de participación de la mujer en el mercado laboral (INEGI, 2011). Diversos estudios han distinguido que las nuevas acepciones de masculinidad relacionadas con los roles masculinos dentro de las tareas del hogar han sido lentas (Ariza y de Oliveira, 2001; García y De Oliveira, 2005; Jelin, 1995; Oliveira, Eternod y López, 1999).

Ahora bien, en relación con la incorporación de la mujer al mercado laboral, ésta se ha señalado como uno de los factores que han contribuido al incremento de

las tasas de obesidad (OMS, 2014). Se dice que al estar menos tiempo la mujer en casa, en los hogares se cuenta con menor disponibilidad de tiempo para preparar los alimentos, aun cuando el hombre haya aumentado las horas de sus actividades cotidianas a las labores del hogar.

En cuanto al gasto para alimentación, una de las estrategias que siguen los hogares, al estar ante esta situación, es gastar en determinados tipos de alimentos que cumplan con características tales como que sean de fácil preparación en relación con el tiempo, de fácil transportación, entre otras (Moreno, Monereo y Álvarez, 2000). Los hogares también han optado por utilizar ciertos tipos de víveres, utensilios y formas que facilitan y reducen el tiempo de preparación de los alimentos. Se cocinan platillos que utilizan una cantidad considerable de productos industrializados en forma de condimentos, alimentos pre-cocidos o platillos ya elaborados, con la finalidad de optimizar el tiempo (escaso o no) con el que se cuenta (Oseguera, 1996). Por lo general, muchos de los alimentos de este tipo están fabricados con grandes cantidades de sal, grasa y azúcares. Por lo tanto, se han modificado las dietas de los hogares. En los menús diarios se incluyen, más que en otros tiempos, alimentos preparados o industrializados. Al mismo tiempo, menos gente prepara comidas tradicionales a partir de ingredientes crudos y no procesados. Lo antes dicho, contribuye a cambios de vida relacionados con la obesidad (Sassi, 2010).

La creciente urbanización que inició desde la década de 1950 (Ariza y de Oliveira, 2001; Ortiz, Delgado y Hernández, 2006), ocasionó que los individuos estuvieran expuestos a distintos estilos de vida y variedad de alimentos (frescos o preparados) en las zonas urbanas (Martínez y Villezca, 2003). La urbanización expone a los hogares a otras formas de alimentarse, entre ellas podría mencionarse la diversidad gastronómica regional, así como de otras culturas supranacionales como son los platillos de la comida rápida.

Por su parte, el desplazamiento, la urbanización y el crecimiento de las ciudades han afectado los tiempos de traslado a lugares, entre ellos, al trabajo, escuela, supermercados, entre otros. Las personas tienen que recorrer distancias más largas para llegar a la escuela y/o trabajo, por lo que se dispone de menos tiempo para preparar y consumir alimentos en los hogares, lo que ocasiona un incremento de alimentos y bebidas industrializados o alimentos preparados fuera del hogar (OMS, 2014). Por un lado, los individuos adoptan la incorporación de alimentos preparados o industrializados para ser consumidos en casa (Sassi, 2010). Por el otro, las personas han optado por consumir alimentos fuera del hogar. Al analizar la Encuesta Nacional del Ingreso y Gastos de los Hogares (ENIGH) mexicanos para el período 1984-2014, se pudo evidenciar que los hogares han reportado un incremento en la proporción del

gasto y en la proporción de frecuencias del gasto en alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar (desayuno, comida, cena) como agua purificada, refrescos con o sin gas, atoles, flautas, pizza, guisados y pollo rostizado.

Asimismo, los cambios que se han suscitado en los hogares en relación con el trabajo doméstico femenino muestra claras diferencias en las cargas de trabajo, ya sea por región, edad, nivel educativo y parentesco con el jefe del hogar. Pederzini (2008) señala ese hecho y enfatiza que son las mujeres del contexto rural las que más tiempo dedican a la preparación de los alimentos. Para el año 2002, las mujeres de la zona urbana dedicaron 46.4 hrs., 8.4 hrs. y 13.2 hrs. al trabajo doméstico, preparación de alimentos (cocinar, preparar conservas, moler maíz, encender fogón, preparar complementos) y otras actividades relacionadas (servir comida, llevar la comida a familiares, lavar trastes, limpiar la cocina, comprar la despensa, criar animales de corral, recolectar frutos o caza y pesca, entre otras) respectivamente. En estos mismos rubros las mujeres de zonas rurales reportaron 58.4 hrs., 16.3 hrs. y 16 hrs., respectivamente.

Esa diferencia de horas en las tareas domésticas entre mujeres del ámbito rural y urbano obedece en gran medida a la discrepancia entre los tiempos dedicados a la preparación de alimentos, 8 hrs. Una de las razones puede ser que las mujeres de zonas rurales cuentan con menos herramientas que les facilitan el trabajo en la cocina que las mujeres de zonas urbanas. Además, las mujeres de zonas rurales destinan tiempo a otras actividades que contribuyen a la preparación del alimento que las mujeres de zonas urbanas, tales como moler maíz, encender el fogón y preparar complementos. Asimismo, debido al contexto en donde viven, las mujeres rurales realizan otro tipo de actividades relacionadas con la alimentación como es la cría de animales, la recolección, caza o pesca, mismas que no llevan a cabo mujeres de la zona urbana (Pederzini, 2008).

Por lo anterior, esta revisión de análisis previos nos permite apreciar que las tareas del hogar destinadas a alimentar a los miembros del hogar ocupan gran parte del tiempo de las mujeres, ya que son ellas las que mayoritariamente realizan ese trabajo. Ante los cambios que se han suscitado en la arena macro estructural (mencionados anteriormente) es necesario examinar la variación en el tiempo que dedican los hogares a la preparación de alimentos y actividades relacionadas con la finalidad de comparar estos cambios con los incrementos de las prevalencias de obesidad en los últimos 25 años en la población mexicana.

Es así que esta serie de transformaciones de los factores macro estructurales señalados han provocado que los individuos se enfrenten a situaciones que influyen en su alimentación. Una de éstas es cómo distribuir o redistribuir el tiempo y los ingresos para poder cubrir las necesidades que se tienen en los hogares, para efectos de este análisis, la preparación de alimentos.

Enfoque del sistema-mundo y el impacto en los hogares

A finales de la década de los años ochenta, México emprende un camino hacia la apertura comercial, que culmina con la entrada en vigor del TLCAN en 1994. Hubo grandes transformaciones a nivel macro en los grandes sectores de la economía que impactaron directamente a los hogares. En primer lugar, el modelo de producción que México impulsó trajo una reestructuración productiva que generó grandes cambios en el sistema productivo y mercado laboral. Uno de ellos fue la entrada masiva de la mujer al mercado laboral debido a que creció el sector servicios. Sin embargo, al mismo tiempo se tuvieron consecuencias negativas en el mercado laboral tales como desempleo, subempleo, flexibilidad laboral (entre otras) que ocasionaron una baja salarial e impactaron el nivel de ingresos de los hogares (Ariza y de Oliveira, 2001; García y de Oliveira, 2005, García y Rojas, 2002). Ante esto, los hogares tuvieron que modificar sus dinámicas y respondieron con la entrada de la mujer casada con hijos al mercado laboral (González, 2001).

Desde la arena económica, el tiempo es considerado un recurso valioso, adicional al ingreso, con el que los hogares satisfacen sus necesidades. El tiempo está íntimamente relacionado con el modelo de producción. En nuestro caso, el sistema capitalista determina, en gran medida, el uso del tiempo que las personas ejecutan en sus vidas. Las horas dedicadas al trabajo, a los quehaceres domésticos y cuidado de la familia, al tiempo de recreación, ocio o libre, al estudio, entre otras actividades, giran en torno a la incesante acumulación de capital. En su mayoría, los tiempos utilizados a esas actividades de sobrevivencia o reproducción están desvinculados de las necesidades humanas lo que puede traer afectaciones importantes en la salud y su calidad de vida (Damián, 2014).

En ese sentido, la incorporación de las mujeres al mercado laboral ha repercutido en los tiempos y formas de preparar alimentos (Moreno, Monereo y Álvarez, 2000). La mujer que labora dentro y fuera del hogar se enfrenta a una doble carga de trabajo y este hecho puede estar relacionado con el aumento de las tasas de sobrepeso y obesidad de la población mexicana. Por dicho motivo, es importante el abordaje del estudio del uso del tiempo en actividades relacionadas con la alimentación, ya que el tiempo que los hogares se dedican a diversas actividades afecta el bienestar de los individuos que lo componen. En los hogares el tiempo es el medio por el cual se pueden producir bienes y servicios tales como los platillos, la limpieza de la cocina y/o comedor, así como el servicio de poner la mesa y servir la comida. Este tipo de actividades que se realizan en el hogar compiten con otras por el recurso tiempo. Estas tareas son tan fundamentales para los individuos como el trabajo remunerado.

Por lo anterior, es importante analizar el uso del tiempo bajo la perspectiva de sistema-mundo. Wallerstein y Smith (1992: 5-6) señalan que para el estudio de los hogares se les debe ver como unidades de producción y de consumo y no sólo de producción ya que una visión parcial y una conceptualización tradicional arrojarán resultados no reales. Los autores advierten que la visión tradicional del hogar es común en los Estados participantes en la economía-mundo, en la que se oculta el trabajo doméstico. Este tipo de trabajo está fuera de las leyes del mercado laboral y de las legislaciones y, por lo tanto, su costo no es contabilizado, su existencia no es valorada y se nombra erróneamente desempleado a quienes lo realizan. La economía-mundo capitalista así lo necesita; no tiene que conceder un salario a quienes realizan la reproducción social de su actual y futura fuerza de trabajo. Asimismo, la estructura tradicional de los hogares ha servido a los Estados participantes y, por tanto, en sus políticas se sigue fomentando la imagen nuclear como la mejor forma de hogar.

El hogar tradicional en el que el hombre sale a trabajar y la mujer se queda en casa se ha movido. La mujer también ha salido a trabajar fuera del hogar; sin embargo, las mujeres siguen realizando la mayoría de las tareas domésticas. Por otro lado, como ya se ha señalado, la perspectiva de sistema-mundo ofrece una visión holística que permite ver que los hogares han sufrido transformaciones en su estructura y dinámicas y cambios en los tiempos dedicados a la reproducción social del hogar. Dichos cambios no son decisiones individuales, sino que son producto de una serie de interacciones con los Estados, los mercados, las empresas, entre otros (Wallerstein, 2005). En nuestro caso, cómo es que el tiempo promedio destinado a preparar alimentos y demás actividades presentadas han sido afectadas por la apertura comercial, la globalización, las tácticas publicitarias de las empresas de alimentos, la industria alimentaria, la migración, entre otros.

El sistema capitalista no funciona con instituciones separadas unas de otras. Su presencia y reproducción se sustenta en las interacciones entre actores. Algunos hechos que pueden parecer aislados; sin embargo, analizándolos bajo la perspectiva sistema-mundo, pueden mostrar relaciones directas e indirectas (Wallerstein, 2005).

METODOLOGÍA

Para el análisis de los datos se trabajó con bases de datos secundarias de representación nacional. Las encuestas utilizadas fueron las siguientes: a) Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares mexicanos, ENIGH, 1984, 1994, 2005, 2014 (INEGI); b) Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, ENUT, 2002, 2009 y 2014 (INEGI); c) Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, ENOE, 1995-2014 (INEGI);

d) Encuesta Nacional de Nutrición, ENN, 1988 y 1999 (Rivera *et al.*, 2001); e) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (INSP, 2006; 2012). El período de tiempo que abarcó el estudio fue entre 1980 y 2014; no obstante, lo anterior no implica que cada uno de los análisis entre variables inicie en 1984, pero se procurará que sea muy cercano a éste, dependiendo de los períodos que maneje cada base de datos (tabla 1).

Tabla 1. Variables e indicadores utilizados en el estudio

Variables	Indicadores
Gasto en alimentos y bebidas en hogares mexicanos	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción del gasto en alimentos y bebidas nivel nacional y región. • Variación % por principales productos y grupo de alimentos. • Proporción de las frecuencias del gasto en alimentos y bebidas nivel nacional y región. • Variación % por principales productos y grupo de alimentos.
Dinámica en hogares: uso del tiempo en preparación de alimentos y trayectos al trabajo y escuela	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo medio nacional y regional dedicado a: a) preparar y calentar alimentos y bebidas, b) servir la mesa/lavar los platos, c) llevar alimentos a otros miembros del hogar, ingerir alimentos, d) traslado casa-trabajo-casa e) traslado casa-escuela-casa. • Tiempo medio por sexo, nacional y regional dedicado a: a) preparar y calentar alimentos y bebidas, b) servir la mesa/lavar los platos, c) llevar alimentos a otros miembros del hogar, ingerir alimentos, d) traslado casa-trabajo-casa e) traslado casa-escuela-casa. • Tiempo medio por sexo y condición de actividad, nacional y regional dedicado a: a) preparar y calentar alimentos y bebidas, b) servir la mesa/lavar los platos, c) llevar alimentos a otros miembros del hogar, ingerir alimentos, d) traslado casa-trabajo-casa, e) traslado casa-escuela-casa. • Tiempo medio por sexo y grupos de edad, nacional y regional dedicado a: a) preparar y calentar alimentos y bebidas, b) servir la mesa/lavar los platos, c) llevar alimentos a otros miembros del hogar, ingerir alimentos, d) traslado casa-trabajo-casa, e) traslado casa-escuela-casa.
Participación femenina y masculina en el mercado laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de participación femenina en el mercado laboral a nivel nacional, 14 años y más. • Tasa de participación masculina en el mercado laboral a nivel nacional, 14 años y más.
Obesidad	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencias de obesidad y sobrepeso en mujeres de 20-49 años, nacional. • Variación % de la prevalencia de obesidad, sobrepeso y combinada en mujeres de 20-49 años, nacional.

Debido a que se trabaja con bases de datos secundarias que fueron realizadas bajo diversas metodologías, unidades de análisis, períodos de tiempo y objetivos, distintos al estudio de la obesidad (a excepción de las ENN y ENSANUT), es necesario aclarar que en el estudio propuesto únicamente se puede desarrollar una relación no causal entre las variables. No obstante, el análisis de los datos es útil para describir los fenómenos, evidenciar variaciones en las variables estudiadas y alcanzar un mejor entendimiento sobre algunas transiciones que se han dado tales como cambios en las dinámicas domésticas relacionadas con la preparación de alimentos debidas a la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, la urbanización y los tiempos de traslado al trabajo o variaciones en el gasto en alimentos de los hogares, mismos que han sido vinculados con los incrementos de las prevalencias de sobrepeso y obesidad en la población mexicana (CONEVAL, 2010; Moreno, Monereo y Álvarez, 2000; oms, 2014; Shamah, Villalpando y Rivera, 2007).

Las variables utilizadas son el tiempo dedicado a ‘preparación de alimentos’, ‘ingerir alimentos’, ‘servir la mesa y lavar los platos’, ‘llevar alimentos a otros miembros del hogar’, ‘traslado casa-trabajo-casa’ y ‘traslado casa-escuela-casa’. Las variables fueron analizadas a nivel nacional y regional (Sur, Centro, Norte, Ciudad de México⁸) según sexo y grupo de edad. La exploración de los datos se realizó a través de un estadístico de tendencia central, específicamente, la media aritmética. Para su cálculo, se construyó una distribución de frecuencias de datos agrupados por intervalos de clase. El análisis de los cambios sobre uso del tiempo se determinó comparando entre años las tasas de crecimiento básico de cada una de las variables.

RESULTADOS

Tiempo dedicado a la preparación de alimentos y traslados

En primer lugar, respecto a la media nacional del tiempo dedicado a la preparación de alimentos y algunas actividades relacionadas, así como los traslados al trabajo y escuela a nivel nacional y sexo, para el período 2002-2014, fue 6.42, 6.88 y 5.96 en 2002, 2009 y 2014, respectivamente y su variación porcentual fue -7.13%.

⁸ Las regiones construidas, se basan en la regionalización que propone el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en las Encuestas Nacionales de Nutrición (ENN) y las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT). Norte: Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas. Sur: Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán. Centro: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa y Zacatecas. Ciudad de México: Ciudad de México y Estado de México.

El grupo de mujeres dedicó 8.51, 9.13 y 7.50 hrs. en 2002, 2009 y 2014, respectivamente, con una variación porcentual a lo largo del período de -11.82%. Los hombres dedicaron menos horas promedio a la preparación de alimentos, 4.13, 4.41 y 4.21 hrs. en 2002, 2009 y 2014, respectivamente y se puede apreciar un crecimiento del 1.90% en dicha actividad. Otra actividad que se analizó fue el tiempo medio que los hogares dedicaron a servir la mesa y lavar los platos. El tiempo medio semanal en el ámbito nacional fue 5.47, 4.89 y 4.59 hrs. en 2002, 2009 y 2014, respectivamente; lo que representó una variación en el período de -16.03%. En el grupo de mujeres, esa caída fue mayor que la nacional (-24.79%) y en el grupo de hombres apenas tuvo una variación de -0.66%.

En lo que respecta al tiempo medio dedicado a ingerir alimentos, éste presenta un crecimiento del 12.86% a lo largo de los años. Tanto en el grupo de los hombres como en el de mujeres se ha presentado una variación positiva; no obstante, el grupo de mujeres tuvo el mayor crecimiento (16.49%). También ha aumentado el tiempo dedicado al traslado casa-trabajo-casa y casa-escuela-casa. El tiempo medio semanal de traslado al trabajo a nivel nacional fue 4.87 hrs. en 2002 y 6.18 hrs. en 2014, lo que equivale a un crecimiento del 26.91% en el período. En los grupos de hombres y mujeres sucedió lo mismo. Los hombres presentaron un tiempo medio de 5.44 hrs. en 2002 y 6.46 hrs. en 2014, con una variación porcentual del 18.76%. En cambio, para la mujer fue aún mayor dicha variación, 31.96%. Por último, el uso del tiempo medio semanal nacional dedicado al traslado casa-escuela-casa presentó un aumento de 19.63%. La variación porcentual del grupo de hombres fue 18.32% y el de mujeres 20.86%.

En cuanto al tiempo medio semanal dedicado a las diversas labores del hogar durante el período 2002-2014, tuvo un comportamiento diferencial de acuerdo a la región y al género. Para el caso de las mujeres, el tiempo dedicado a la preparación de alimentos fue la región Sur la que presentó el mayor decremento, -13.5%, y le siguió la Centro con -13.04%. Sin embargo, para el caso de los hombres, hubo un incremento, siendo la región Norte la que más aumentó, 3.03%. En lo que respecta al tiempo dedicado a servir la mesa y lavar los platos, las mujeres del Norte disminuyeron tuvieron el mayor decremento, 27.18%. En el caso de los hombres, la región Sur redujo en -1.19% ese tiempo y los del Norte lo aumentaron en 0.14%.

En lo que atañe a la cuestión del tiempo destinado al desplazamiento semanal, durante el mismo período, por parte de los miembros del hogar, encontramos un comportamiento similar por sexo pero con diferencias regionales. Para el traslado de la casa al trabajo y la escuela se presentó el mayor aumento en la Ciudad de México, tanto en hombres (37.88%, 44.45%) como en mujeres (66.2%, 41.61%).

Asimismo, también se examinaron las variables presentadas por las categorías de edad y sexo. El grupo de mujeres de 20 a 29 años fueron las que presentaron

una mayor reducción en tasa de crecimiento de la media del uso del tiempo en la preparación de alimentos; sus medias fueron 8.5 hrs. en 2002 y 6.7 hrs. en 2014, lo que representa una variación porcentual de -20.1% en el período analizado. Le siguieron las mujeres de 30 a 39 años con una variación del -18.3%. En cambio, los hombres de 40 a 49 años mostraron un aumento en la media del tiempo de preparación de alimentos del 2.7%; sin embargo, los hombres de 60 a 69 años exhibieron una reducción del tiempo medio en ese rubro de 2%.

En los traslados al trabajo, el grupo de hombres de 70 a 79 años exhibió 35.6% de variación porcentual, mientras que las mujeres de 20 a 29 años fueron el grupo que presentó el mayor crecimiento en el período, 32.9%. En cuanto a los traslados casa-escuela-casa, los hombres y mujeres de 20 a 29 años fueron los que mostraron un mayor crecimiento, 40.6% y 42.8%, respectivamente. Para la variable servir la mesa y lavar platos, las mujeres de 30 a 39 años mostraron una variación porcentual del -31.2%. Los hombres de 70 a 79 años son los que presentaron la mayor reducción (-4.1%). Por último, se describen los resultados de la variable ingerir alimentos. Las mujeres de 80 a 89 años son las que reportan un crecimiento en el tiempo dedicado a ese rubro de 22.6%, mientras que los hombres de 30 a 39 años son los que muestran 13.3% de crecimiento. En cuanto a servir la mesa y lavar los platos, las mujeres de la categoría 'no trabajar fuera de casa' fueron las que mostraron una mayor reducción en su variación porcentual respecto a las que sí trabajan fuera de casa, -26.6%. También este grupo de mujeres fueron las que exhibieron la mayor tasa de crecimiento en el período de la variable llevar alimentos a otros miembros del hogar, el cual fue de 0.1%.

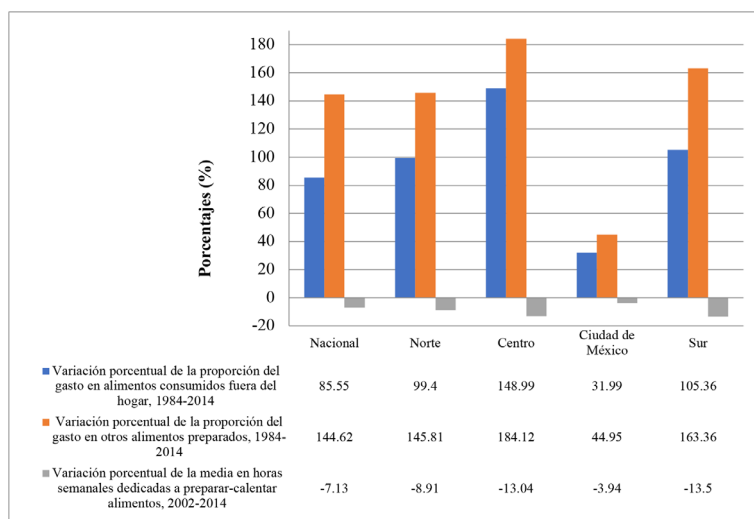
En relación con el tiempo dedicado a ingerir alimentos, tanto hombres como mujeres de la categoría 'no trabajar fuera de casa' fueron los que presentaron los mayores aumentos en las tasas de crecimiento, 18.8% y 19.1%, respectivamente. En cuanto a los traslados a casa-trabajo-casa, los hombres que 'trabajan fuera de casa' reportaron un incremento del 17.9% en su tiempo medio, mientras que las mujeres de esta categoría sufrieron un crecimiento del 19.8%. Por último, para la variable traslados casa-escuela-casa, para las mujeres con las categorías de 'trabaja fuera de casa' y 'no trabaja fuera de casa' reportaron un crecimiento muy similar, 19.8% y 20.6%, respectivamente. Sin embargo, los hombres de la categoría 'trabajar fuera de casa' mostraron la variación más alta, 17.9%.

Otros datos que son importantes de incluir en el análisis del uso del tiempo de los hogares en la preparación de alimentos son los relacionados con el gasto en alimentos, en especial, los preparados o industrializados. En la gráfica 1 se expone la variación porcentual de la proporción del gasto en alimentos consumidos fuera del hogar y de los alimentos preparados para el consumo dentro del hogar, así como la variación del tiempo medio dedicado a preparar alimentos en los hogares. Cabe des-

tacar que el período presentado para la variable tiempo de preparación de alimentos es más corto (2002-2014) que el de las otras dos variables comparadas (1984-2014); sin embargo, nos puede orientar sobre las tendencias que se han suscitado en los patrones del gasto en alimentos y los patrones del uso de tiempo de los hogares.

En el ámbito nacional, podemos apreciar que mientras aumentó la proporción del gasto en ‘alimentos consumidos fuera del hogar⁹ (85.6%)’ disminuyó el tiempo medio dedicado a la preparación de alimentos (-7.1%), es decir, tienen una relación no causal inversa. Asimismo, ‘otros alimentos preparados’ aumentaron 144.6%, mientras que el tiempo medio usado en la preparación de alimentos disminuyó. En cuanto a las regiones, las dos que tuvieron los mayores incrementos en la variación porcentual de la proporción del gasto en ‘alimentos consumidos fuera del hogar’ fueron la Centro (149%) y Sur (105.4%); su comparación con la variación en el tiempo medio utilizado en la preparación de alimentos nos muestra que las regiones Centro (13%) y Sur (13.5%) también fueron las que presentaron los mayores decrementos. Asimismo, la variación de la proporción del gasto en ‘otros alimentos preparados’ fue más alta en esas mismas dos regiones (Centro, 184.1% y Sur, 163.4%) (gráfica 1).

Gráfica 1. Comparación de la variación porcentual de la proporción del gasto en alimentos consumidos del hogar y otros alimentos preparados y de la media en horas dedicadas a preparar alimentos 1984-2014



Elaboración propia con datos de la ENUT 2002, 2009, 2014 y ENIGH 1984, 1994, 2005, 2014. México: INEGI.

⁹ Los alimentos consumidos fuera del hogar abarcan: desayuno, comida, cena, entre comidas. Otros alimentos preparados incluyen: alimentos preparados para bebé, preparados para el consumo en casa, alimentos diversos, dulces y postres.

Para explorar la relación entre participación económica femenina en las dinámicas del hogar observamos que mientras la PEA femenina aumenta, las horas dedicadas a la preparación de alimentos disminuye. En cambio, si se compara la tendencia de la PEA con el traslado al trabajo, ambas variables han aumentado en el período analizado.

Por último, se presenta la comparación entre las horas medias dedicadas a preparar alimentos y el estado nutricional (tabla 2). Conocemos que las prevalencias de obesidad y sobrepeso en mujeres de 20 a 49 años han aumentado en los últimos 25 años. De 1988 a 2012, la prevalencia de obesidad en ese grupo de mujeres aumentó 256.6% y el de sobrepeso 39.3%, mientras que las de bajo peso y normopeso disminuyeron 82.8% y 54.4%, respectivamente.

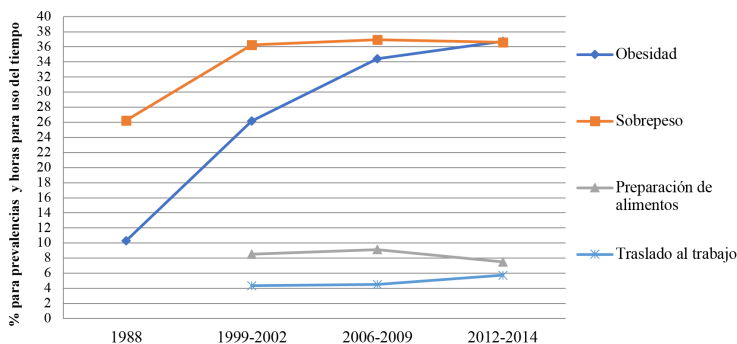
Tabla 2. Comparación de prevalencias de peso y tiempo medio dedicado a actividades relacionadas con preparación de alimentos y traslado al trabajo en mujeres, 1988-2014

		1988	1999-1002	2006-1009	2012-2014	Variación %
Estado nutricional (%) Mujeres 20-49 años	Bajo peso	7.80	1.78	1.08	1.34	-82.82
	Normal	55.65	35.77	27.57	25.36	-54.43
	Obesidad	10.30	26.19	34.41	36.73	256.60
	Sobrepeso	26.25	36.26	36.94	36.57	39.31
	Obesidad + sobrepeso	36.66	62.45	71.35	73.80	101.31
Media (horas) tiempo dedicado a preparar alimentos y traslados al trabajo, mujeres 12 años y más	Preparación de alimentos		8.51	9.13	7.50	-11.82
	Servir la mesa y lavar platos		6.74	5.62	5.07	-24.79
	Llevar alimentos a otros miembros del hogar		4.03	4.02	4.03	0.03
	Ingerir alimentos		6.89		8.02	16.49
	Traslado al trabajo		4.35	4.51	5.74	31.96
	Traslado a la escuela		4.14	4.80	5.01	20.86

Fuente: Elaboración propia con datos de las bases ENN 1988 y 1999, ENSANUT de 2006 y 2012. México: INSP. ENUT 2002, 2009 y 2014. México: INEGI.

Si se contrasta la tendencia que ha seguido a través de los años las horas promedio que dedican las mujeres en preparar y calentar alimentos con la de la prevalencia de obesidad, se puede apreciar una relación no causal negativa, es decir, a menor tiempo dedicado a preparar alimentos, mayor es la prevalencia de obesidad. Lo mismo ocurre con el sobrepeso (gráfica 2).

Gráfica 2. Tendencia de la prevalencia de obesidad y el uso del tiempo de la preparación de alimentos y el traslado al trabajo en mujeres, 1988-2014



Fuente: Elaboración propia con datos de las bases ENN 1988 y 1999, ENSANUT de 2006 y 2012. México: INSP. ENUT 2002, 2009 y 2014. México: INEGI.

Discusión/conclusión

La política sobre obesidad se centra, principalmente, en modificar los comportamientos de los individuos ya que ellos son los responsables de tomar las decisiones de qué, cuánto y dónde consumir alimentos y hacer actividad física. Hasta cierto punto es verdad; sin embargo, las personas no toman decisiones aisladas, sino que éstas son influenciadas por otros factores que los rodean. Esto es porque los hogares están inmersos en el sistema-mundo y son parte de las instituciones básicas del sistema que nos presenta Wallerstein en su perspectiva de la economía-mundo capitalista. Los hogares son influenciados por otras instituciones del sistema, tales como los Estados, mercados, empresas y los mismos hogares. A su vez, los hogares también tienen interacción e influencia con el resto de las instituciones (Wallerstein, 2005). Por lo tanto, las acciones que se realicen fuera de los hogares repercuten en ellos tal y como se expone a continuación.

En las últimas tres décadas, los hogares han presenciado grandes transformaciones macro económicas, políticas, sociales y culturales que los han impactado y, por tanto, han tenido que modificar sus dinámicas y arreglos para enfrentar dichos cambios, entre ellas las relacionadas con la salud y la alimentación.

En lo que atañe con la alimentación, se observó que el uso del tiempo de los hogares respecto a las actividades de preparación de alimentos y actividades relacionadas disminuyó. El tiempo medio semanal nacional dedicado a la preparación de alimentos decreció 7.13% de 2002 al 2014, principalmente por parte de las mujeres, -11.82%. Esto es significativo porque ellas siguen siendo quienes dedican mayormente su tiempo en las actividades de reproducción social de los hogares (Pederzini, 2008; Pedrero, 2009; Sosa y Román, 2015). Para el año 2014, los hombres dedicaron 4.21 hrs. promedio mientras que las mujeres 7.50 hrs. en preparar y calentar alimentos. Las mujeres también redujeron los tiempos dedicados a servir la mesa y lavar platos en un 24.79%.

En cuanto al tiempo que se dedica a la preparación de alimentos por región, se reportó que las mujeres de todas las regiones disminuyeron el tiempo promedio semanal, particularmente las mujeres de la región Sur, quienes reportaron un decremento del 13.50%. Este dato es importante porque con la apertura comercial, la inversión extranjera directa se vio concentrada principalmente en los estados norte del país, la Ciudad de México, el Estado de México y Jalisco, por mencionar algunos (Dussel, 2000). Conforme han pasado los años, el desarrollo industrial y de servicios ha ido permeando al resto de las regiones como la Centro y Sur (Murillo, 2019).

Relacionado con lo anterior, se ha visto un incremento de la población económica activa (PEA) femenina. Según Damián (2014), la tasa de participación de la mujer de 12 años y más en el mercado laboral en 1970 fue de 19%. Para el año 2014, la PEA fue de 43.06% (INEGI, 2017). Se tuvo un crecimiento del 126.63% de las mujeres en la participación en el mercado laboral. Se puede apreciar que mientras que la PEA femenina aumenta, las horas dedicadas a la preparación de alimentos que realizan las mujeres disminuye. La mujer, al incorporarse al mercado laboral no vio una redistribución trascendente de las actividades domésticas (Milosavljevic, 2010); sino que implicó más carga de trabajo en el hogar (Sosa y Román, 2015). Por lo tanto, es de esperarse que las mujeres que trabajan fuera de casa utilicen menos tiempo en cocinar que las que no laboran fuera. Esto se muestra cuando se analizan los tiempos medios empleados en la preparación de alimentos con las categorías 'trabaja fuera de casa o no'.

La reducción en el tiempo de cocinar no es exclusiva de las mujeres que laboran fuera de casa. Las que no trabajan fuera también han limitado el tiempo medio en la preparación de alimentos. En 2002, las mujeres que no participan en el mercado laboral reportaron un promedio de 9.10 hrs. y en 2014 de 7.91 horas semanales; en el período se tuvo una reducción en el tiempo de 13.14%. En cambio, las mujeres que trabajaron fuera de casa invirtieron menos tiempo a esta

actividad. En 2002 este grupo le dedicó 7.23 hrs. mientras que en 2014 fue de 6.90 hrs., es decir, se tuvo un decremento del 4.56%.

Se podría tener una imagen que las mujeres que trabajan fuera del hogar son las que reportarían una mayor variación en el tiempo de preparación de alimentos; a pesar de ello, este grupo ya dedicaba menos tiempo a cocinar que las mujeres que no trabajan fuera. Otra razón de que las mujeres que no realizan trabajo remunerado hayan reportado una mayor variación es el uso de utensilios que auxilian en la cocina y acortan el tiempo de preparación y la incorporación de alimentos preparados e industrializados a la dieta (Shamah, Amaya y Castellanos, 2015).

Otro dato que destacar es el aumento de la participación masculina en las actividades del hogar. En el período analizado, los hombres incrementaron su tiempo medio semanal en la preparación de alimentos 1.90%, destacando los hombres de la región Norte con 3.30%. Algunos estudios señalan que los hombres han aumentado su participación en las tareas del hogar, pero en la cocina sigue predominando la mujer. ¿Por qué sigue siendo la mujer la que predomina en las tareas relacionadas con la preparación de alimentos?

Pederzini (2008) señala que existen dos grandes enfoques teóricos que pueden apoyar en la comprensión del papel predominante de la mujer en el trabajo doméstico. Una, la perspectiva económica, que gira en torno a la eficiencia: “lo más eficiente es que uno de los miembros del hogar se dedique al trabajo doméstico mientras que el otro se dedica a trabajar fuera del hogar”. ¿Cómo se resuelve quién se queda trabajando en casa y quién sale? Es más eficiente y productivo que se quede en casa trabajando en tareas del hogar o salga a trabajar aquella persona que ya tiene especialización y experiencia en ese tipo de actividad, todo con la finalidad de maximizar el ingreso del hogar. La otra, la perspectiva de género, quien ve a la especialización femenina en el trabajo doméstico como el resultado de relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres. Señala que la asociación de la mujer con la preparación de alimentos forma parte de su rol de género como cuidadora, por lo tanto, constituye una manera de otorgar nutrición y afecto a los miembros de su hogar. Más aún, en el caso de las madres, se asocia a su rol de fuente de alimento que tiene un antecedente biológico.

Respecto al primer enfoque, mujeres y hombres participan en el mercado laboral, aunque el hombre tiene una participación mayor que las mujeres. Para el año 2014, la PEA de hombres fue 78.27% (respecto a la población total de hombres de 15 años y más) mientras que en las mujeres fue de 56.94% (respecto a la población total de mujeres de 15 años y más). Un dato más a resaltar es que en el período de 1995 a 2014, la PEA de hombres ha disminuido 3.30% mientras que la PNEA ha crecido 13.51%. El predominio de la mujer en la cocina puede pensarse

que se debe a esa especialización que los hogares necesitan para maximizar sus ingresos ya que los hombres participan más en el mercado laboral que las mujeres; sin embargo, si observamos las horas que las mujeres que trabajan fuera del hogar gastan en la preparación de alimentos, son dos veces mayor que la de los hombres en esa misma categoría.

Por lo tanto, el segundo enfoque es el que puede explicar mejor este hecho. Los factores socioculturales han influido en la concepción de nuevas imágenes de masculinidad y paternidad y han afectado los arreglos en los hogares (Rojas, 2008). Los hombres participan más en otro tipo de labores domésticas. Pedrero (2003) señala que, en 2002, el mayor tiempo comprometido de los hombres es en el cuidado de menores y al cuidado de discapacitados. En comparación con las mujeres, los hombres utilizan más tiempo en actividades de reparación y en gerencia.

En segundo lugar, la apertura hacia el exterior también modificó la política agrícola y la industria alimentaria mexicana que influyó en la forma de preparar alimentos y el tipo de alimentos que se adquieren, es decir, mayor variedad de alimentos procesados y no procesados (García y Palacio, 2009; Ortiz, Vázquez y Montes, 2005). Con la globalización se hicieron más presentes los productos industrializados en la alimentación diaria de los hogares (Busdiecker, Castillo y Salas, 2000; Torres y Rojas, 2018).

Sabemos que las formas de preparación y de consumo de alimentos en México experimentaron una transformación en los últimos 25 años en la que resalta el aumento en la proporción del gasto en alimentos y bebidas consumidos fuera del hogar (desayuno, comida cena), otros alimentos (preparados para bebé, preparados para el consumo en casa, alimentos diversos, dulces y postres) y las bebidas no alcohólicas con o sin gas; y la reducción en alimentos no procesados tales como frutas, verduras, carnes, pescados y mariscos. Lo anterior puede estar relacionado con el uso del tiempo en los hogares.

Las mujeres, quienes predominan en la cocina, utilizan diversas estrategias al enfrentarse con la problemática de la escasez de tiempo y las múltiples tareas que se deben hacer diariamente en el hogar. En los hogares se han buscado formas de acortar los tiempos. Una de ellas, es el uso de alimentos y condimentos industrializados o platillos preparados (Oseguera, 1996; Sassi, 2010). A la par, los hogares han mostrado una disminución del tiempo promedio semanal en la preparación de alimentos a nivel nacional (-7.13%) y un aumento en la proporción del gasto en 'otros alimentos preparados' (144.62%).

Asimismo, aumentó la proporción del gasto en 'alimentos consumidos fuera del hogar' (144.62%) mientras que disminuyó el tiempo de preparación de alimentos a nivel nacional (-7.13). Los hogares han aumentado su proporción del gasto en desayunos (206.99%), comidas (65.38%) y cenas (116.58%). En el ám-

bito regional, cabe destacar que la región Centro y Sur son las que han tenido el mayor aumento en la proporción del gasto en ‘alimentos consumidos fuera del hogar’ y en ‘otros alimentos preparados’ así como también han tenido los mayores decrementos en el tiempo medio semanal dedicado a la preparación de alimentos.

Este hecho está relacionado con que las regiones mencionadas se han ido incorporando al modelo de crecimiento económico planteado. Aguilar y Vázquez (2000) señalan que después de la apertura comercial varias ciudades del Centro del país se han convertido en focos económicos muy competitivos, tales como San Luis Potosí y Aguascalientes, en las que se ha dado una fuerte actividad industrial y una dinámica demográfica. Es decir, las ciudades se han ido desarrollando económicamente y su urbanización ha crecido, trayendo como consecuencia que los individuos se enfrenten a una variedad de alimentos y culturas alimentarias, así como a diferentes formas de realizar las tareas relacionadas con la alimentación (Ariza y de Oliveira, 2001; Martínez y Villezca, 2003).

Cada vez más, las distintas regiones del país se van homogeneizando en algunos aspectos tales como los relacionados con la alimentación. La globalización ha servido para exportar estilos de vida a los Estados que participan en la economía-mundo capitalista. Wallerstein (2005) señala que en el sistema-mundo existen muchas culturas y grupos, pero existen algunos patrones culturales comunes. La utilización de alimentos preparados o industrializados como una forma de enfrentar la escasez de tiempo o por identificarse con un estilo de vida moderno es un patrón común en los países que conforman el sistema.

Retomando el tema de la urbanización, ésta se ha extendido. Los hogares no sólo se han enfrentado a cambios en los tiempos de la preparación de alimentos sino también a aquellos relacionados con los traslados al trabajo y escuela. La población mexicana ha crecido; en 1950 la población total fue de 25,791,000 y 119,713,200 en 2014 (CEFP, 2018). A la par, la urbanización también lo ha hecho e inició en la década de 1950 en la que se dio migración del campo a la ciudad (Ariza y de Oliveira, 2001; Ortiz, Delgado y Hernández, 2006). Tal crecimiento ha implicado que los individuos se enfrenten a gastar un mayor número de horas en los traslados al trabajo, escuela, compra de víveres, paseos, entre otros (OMS, 2014).

A nivel nacional, el tiempo medio semanal dedicado al traslado casa-trabajo-casa se incrementó 26.91%. Las mujeres reportaron un mayor crecimiento en este rubro que los hombres, 31.96% y 18.76%, respectivamente. Tanto las mujeres como los hombres de la región Ciudad de México fueron los que mostraron la mayor variación porcentual en el período analizado 66.62% y 37.88% respectivamente.

A la vez que se ha incrementado el tiempo de traslado al trabajo y a la escuela, se ha reducido el tiempo dedicado a preparar y calentar alimentos. Asimismo,

las tendencias de las proporciones del gasto destinadas a alimentos preparados y alimentos consumidos fuera del hogar han ido en aumento al igual que las horas promedio dedicadas a los trayectos laborales y escolares. Este hallazgo también ha sido señalado por organismos como la oms. Por el crecimiento urbano, las personas tienen que recorrer distancias más largas para llegar a la escuela y/o trabajo, por lo que se dispone de menos tiempo para preparar y consumir alimentos en los hogares pudiendo ocasionar un incremento de alimentos y bebidas industrializados o alimentos preparados fuera del hogar (oms, 2014; Sassi, 2010).

En resumen, es evidente que los factores macro económicos, políticos, sociales, culturales y demográficos han jugado un papel importante en los patrones del uso del tiempo de los hogares mexicanos: han reducido los tiempos de preparación de alimentos y actividades relacionadas como servir la mesa y lavar los platos, a la par han aumentados los tiempos de traslado a la escuela y al trabajo. Esas variaciones en el uso del tiempo coinciden con los cambios en los patrones alimentarios de los hogares mexicanos y también concuerdan con el aumento de las prevalencias de sobrepeso y obesidad.

En este capítulo comparamos la tendencia de la prevalencia de obesidad y sobrepeso, del tiempo de preparación de alimentos y del traslado al trabajo y se observó que conforme se ha reducido el tiempo dedicado a cocinar ha aumentado la prevalencia de obesidad y del sobrepeso. Los cambios en el uso del tiempo en los hogares mexicanos no han cambiado por decisión propia, sino que los individuos lo han hecho como parte de una estrategia al estar ante situaciones planteadas por las políticas económicas, sociales, culturales y demográficas gubernamentales nacionales y extranjeras.

La relación de los hogares con las otras instituciones, bajo la perspectiva de sistema-mundo, permite observar que los cambios en los estilos de vida y cultura alimentaria no han sido por capricho ni espontáneos, en su mayoría, sino que son producto de la interacción que se da dentro de la economía-mundo capitalista. Asimismo, evidenciar algunas de las transformaciones en los hogares permite destacar su papel en el tema de la alimentación y en su posible incidencia en el fenómeno de la obesidad. Lo anterior, nos lleva a incluir en el análisis el tamaño y estructura de los hogares y la incorporación de la mujer en el mercado laboral (a través de las tasas de participación en el mercado laboral) porque pueden estar determinando dinámicas y estrategias que repercuten en la cultura alimentaria de la población mexicana.

Referencias

- Aguilar, M. Á., & Vázquez, E. (2000). Pioneros de la reconversión y de la flexibilidad: los obreros de la construcción. Marta Panaia (compiladora) *Construcción. Productividad, Empleo e Integración Regional*. Colección CEA. Eudeba, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Ariza, M. & De Oliveira, O. (2001). Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición. *Papeles de Población*, 28, pp. 9-39. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.
- Busdiecker, S., C. Castillo, & Salas, I. (2000). Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Revista Chilena de Pediatría*, 71. Página consultada el 1 de marzo de 2012. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- CONEVAL-Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2010). Dimensiones de la seguridad alimentaria: *Evaluación Estratégica de Nutrición y Abasto*. Página consultada el 22 de octubre de 2013. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/contenido/home/8111.pdf>
- Dussel, E. (2000). *La inversión extranjera en México*. Serie Desarrollo Productivo. Chile: CEPAL.
- Damián, A. (2014). *El tiempo, la dimensión olvidada en los estudios de pobreza y bienestar*. México, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales.
- García, B. & De Oliveira, O. (2005). División del trabajo y formas de convivencia familiar, en: Brígida García y Orlandina de Oliveira, *Las familias en el México metropolitano: visiones femeninas y masculinas*. México: El Colegio de México.
- García, M. y Palacio, V. (2009). Política agrícola en México. Reformas y resultados: 1988-2006. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, 119. Página consultada el 21 de abril de 2013. Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/mx/2009/gpm.htm>
- García, B. & Rojas, O. (2002). Los hogares latinoamericanos durante la segunda mitad del siglo xx: una perspectiva sociodemográfica. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 50:261-288. El Colegio de México, A.C. México.
- Garza, B. G. & Ramos, M. E. (2017). Cambios en los patrones de gasto en alimentos y bebidas de hogares mexicanos (1984-2014). *Salud Pública de México*, 59:612-620.
- González, M. (2001). *From the resources of poverty to the poverty of resources? The erosion of a survival*. INEGI, 2002, 2009, 2011, 2015b, 2017.
- Jelín, E. (1995). Familia y género: notas para el debate. *Estudios Feministas*, Año 3, 2ª semestre.

- Shamah-Levy, T., Amaya-Castellanos, M. A. & Cuevas-Nasu, L. (2015). Desnutrición y obesidad: doble carga en México. *Revista Digital Universitaria*, 16(5):2-17. Consultada en: <http://www.revista.unam.mx/vol.16/num5/art34/art34.pdf>
- Sosa, M. V. & Román, R. P. (2015). Participación y tiempo en actividades cotidianas de hombres y mujeres vinculados al mercado laboral en México. *Sociedad y Economía*, 29:63-89.
- Martínez, I. & Villezca, P. (2003). Alimentación en México: un estudio a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. Notas. *Revista de Información y Análisis*, 21, pp. 26-37. Página consultada el 2 de noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/articulos/sociodemograficas/alimento03.pdf>
- Milosavljevic, V. (2010). *La armonización del indicador de tiempo total de trabajo en el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe*. XI Encuentro Internacional de Estadísticas de Género y Políticas Públicas Basadas en Evidencias Empíricas. CEPAL. Aguascalientes, México. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/eventos/otros/2010/EIEG2/doc/03AGUASCALIEN-TESTVMilosavljevic_%202010_Tiempototaldetrabajo.pdf
- Moreno, B., Monereo, S. & Álvarez, J. (2000). *Obesidad: La epidemia del siglo XXI*. España: Ed. Díaz de Santos. 2ª edición.
- Murillo, D. R. (2019). *Inversión extranjera, derramas tecnológicas y desarrollo industrial en México*. Fondo de Cultura Económica.
- Oliveira, O., M. Eternod, & López, M. (1999). Familia y Género en el análisis sociodemográfico. En: Brígida García (coord.), *Mujer, género y población* (pp. 211-271). México. El Colegio de México.
- OMS-Organización Mundial de la salud. (2014). *Obesidad y Sobrepeso* (Nota descriptiva No. 311 Centro de Prensa). Página consultada el 1 de octubre de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Ortiz, A., Vázquez, V. & Montes, M. (2005). La alimentación en México: enfoques y visión a futuro. *Estudios Sociales*, 13(25), pp. 7-34.
- Ortiz, L., Delgado, G. & Hernández, A. (2006). Cambios en factores relacionados con la transición alimentaria y nutricional en México. *Gaceta Médica de México*; 142 (3); pp. 181-193.
- Oseguera, D. (1996). El “fast-food” y el apresuramiento alimentario en México. *Época*, II (3), pp. 109-135. Colima, México.
- Pederzini, C. (2008). *La cocina: ¿Destino o Privilegio Femenino?* Serie Documentos de trabajo 2008, Documento No. 7. México: IBERO, Departamento de Economía.
- Pedrero, M. (2003). Las condiciones de trabajo en los años noventa en México: Las mujeres y los hombres: ¿ganaron o perdieron? *Revista Mexicana de Sociología*, 65(4), 733-761.

- Pedrero Nieto, M. (2009). Las condiciones de trabajo a principios del siglo XXI. Presencia de las mujeres en el sector informal. *Papeles de Población*, 15(59), 119-171.
- Rendón, T. (2003). Participación femenina en la actividad económica. Doble jornada femenina y bajos salarios. *Demos*, 16, pp. 16-17. Página consultada el 4 de noviembre de 2013. Disponible en: www.ejournal.unam.mx/dms/no16/DMS01607.pdf
- Rojas, O. L. (2008). *Paternidad y vida familiar en la Ciudad de México: un estudio del desempeño masculino en los procesos reproductivos y en la vida doméstica*. El Colegio de México A. C.
- Sassi, F. (2010). *La obesidad y la economía de la prevención*. División de Salud de la OCDE.
- Shamah, T., Villalpando, S. & Rivera, J. (2007). *Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Página consultada el 25 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.insp.mx/encuestoteca.html>
- Torres, F. & Rojas, A. (2018). Obesidad y salud pública en México: transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos. *Problemas del Desarrollo*, 49(193), 145-169.
- Wainerman, C. (2000). División del trabajo en las familias de dos proveedores. Relato desde ambos géneros y dos generaciones, *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 15, núm. 1, enero-abril, pp. 149-184.
- Wallerstein, I. (2005). *Análisis de Sistemas-Mundo: Una Introducción*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Wallerstein, I. & Smith, J. (1992). Households as an institution of the world-economy. En: I. Wallerstein & J. Smith (cords.). *Creating and transforming households. The constraints of the world-economy*. Great Britain: Cambridge University Press.
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (1995). ENIGH-94. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1994. Documento metodológico. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Página consultada el 27 de enero de 2015. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/metod_enigh94.pdf
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2006). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2005, ENIGH 2005. Síntesis Metodológica. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Página consultada el 27 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enigh/tradicional/2005/default.html>
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010, ENIGH 2010. Descripción de la base de datos. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Página consultada el 27 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/Enigh2010/tradicional/default.aspx>

- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011a). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010 (ENIGH 2010). Diseño muestral. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Página consultada el 27 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/Enigh2010/tradicional/default.aspx>
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015c). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2014, ENIGH 2014. Temas, categorías y variables. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Página consultada el 27 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enigh/tradicional/2014/default.html>
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015a). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). México: INEGI. Página consultada el 27 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/regulares/enoe/presentacion.aspx>
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2005-2014. Página consultada el 25 de noviembre de 2017. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2002). Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT 2002). Síntesis metodológica. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Página consultada el 27 de enero de 2015. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/sm_enut_2002.pdf
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2009). Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT 2009). Síntesis metodológica. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Página consultada el 27 de enero de 2015. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/sm_ENUT2009.pdf
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2009a). Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT 2009). Síntesis metodológica y tabulados básicos. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Página consultada el 27 de enero de 2015.
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015b). Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2014 (ENUT). Encuesta en Hogares. México: INEGI. Página consultada el 27 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enut/default.aspx>
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2011). *Estadísticas a propósito del día internacional de la mujer*. Datos nacionales. Sala de prensa. Página consultada el 4 de mayo de 2013. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2011/mujer11.asp?s=inegi&c=2784&ep=53>

- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2000). Indicadores de los hogares y familias por entidad federativa. México: INEGI.
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). Mujeres y Hombres en México. México: INEGI.
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (1997). Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte, México 1997-Clasificación Mexicana de Actividades y Productos 1994, CMAP 1994. México: INEGI.
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2002a). Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte, México 2002-Clasificación Mexicana de Actividades y Productos 1994, CMAP 1994. México: INEGI.
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013a). Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte, México 2013-Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte, México 2007, SCIAN México 2007. México: INEGI.
- INEGI-Instituto Nacional de Geografía e Informática. (2018). Sistema de Cuentas Nacionales: Producto Interno Bruto. Página consultada el 1 de febrero de 2018. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/scn/c_anuales/pib_ef/default.aspx
- INSP-Instituto Nacional de Salud Pública. (2015). Informe Encuesta. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2006). Página consultada el 27 de enero de 2015. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/>
- INSP-Instituto Nacional de Salud Pública. (2015a). Informe Encuestoteca. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012). Página consultada el 27 de enero de 2015. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/>

Parte 2

La obesidad en México. Miradas y voces de los sujetos sociales

Capítulo 4

Estrategias alimentarias y malnutrición infantil en hogares en pobreza en una localidad semiurbana del municipio de Hermosillo, Sonora, México

*Food strategies and child malnutrition in poverty households in a semi-urban town
at Hermosillo, Sonora, Mexico*

Juana María Meléndez Torres, Jennifer Lemos y Gloria María Cañez de la Fuente

Resumen

México es uno de los países que presenta las mayores tasas de obesidad infantil, siendo el norte del país una de las regiones más afectadas, fenómeno que está en aumento en el contexto de pobreza. Es así que el objetivo fue identificar y comparar las diferentes estrategias alimentarias de unidades domésticas pobres con diferente condición nutricional infantil desde el campo de la antropología de la alimentación. Se realizó un estudio con metodología mixta, en la población escolar de 6 a 12 años, de una localidad semi urbana de Sonora, México. Se inició con una medición antropométrica y a partir de esta evaluación, se trabajó con las familias agrupadas de acuerdo con la condición nutricional de los niños. Se realizó una entrevista semiestructurada a las madres para conocer las condiciones socio-demográficas, condiciones de vida al nacer e identificar las estrategias alimentarias. Encontramos tanto desnutrición como exceso de peso entre la población escolar, presentándose mayormente en las niñas. Las prácticas estuvieron dirigidas a reducir costos y se priorizó por comidas que rinden y sacian, pero que les gusten. Las diferencias en las estrategias alimentarias radican en las prácticas y no en las representaciones, debido quizás a que están sujetas a las condiciones y estilos de vida de cada grupo doméstico.

Palabras clave: Obesidad infantil, pobreza, estrategias alimentarias, unidades domésticas.

Abstract

Mexico is one of the countries with the highest rates of childhood obesity. The north of the country being one of the most affected regions, a phenomenon that is increasing in the context of poverty. The objective was to identify and compare the different food strategies of poor households with different child nutritional status, from the field of food anthropology. A study with mixed methodology was carried out in the population of 6 to 12 years, of a semi-urban town in Sonora, Mexico. It was initiated with an anthropometric evaluation and then we worked with the families, grouped according to the nutritional condition of the children. A semi-structured interview was conducted with mothers to learn about sociodemographic conditions, living conditions at birth and to identify food strategies. We find both malnutrition and excess weight among the school population, presenting mostly in girls. The practices were aimed to reduce costs and prioritize by profitable and satisfying meals, but also for taste. Differences in food strategies lie in practices rather than representations, perhaps because they are subject to the conditions and lifestyles of each domestic group.

Key words: Childhood obesity, poverty, food strategies, domestic units

Introducción

La obesidad fue considerada la epidemia del siglo XXI debido a su aumento acelerado alrededor del mundo a finales del siglo pasado, se convirtió en un problema de salud pública por su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles y a la vez se le reconoce como una enfermedad social (OMS, 1998, Álvarez, Moreno y Monereo, 2000).

Encontramos que la presencia de obesidad que se relacionaba con el estatus social era señal de abundancia y se asociaba a las clases altas, por el contrario la desnutrición se asocia con la escasez y la pobreza. En la actualidad, eso se ha invertido, la obesidad está emergiendo entre los pobres no como señal de estatus ni opulencia —aunque todavía se conserve la imagen—, sino como indicador de que las formas de consumo alimentario están siendo inadecuadas, debido a cambios estructurales a nivel social, económico y político que explican por sí mismos las consecuencias de la obesidad en la pobreza (Stunkard, 2000).

Los países en desarrollo a la par que enfrentan la desnutrición por déficit de nutrientes, consecuencia de una escasa y mala alimentación, ahora también enfrentan el problema de la obesidad (presente también en los países desarrollados), con los riesgos que ella implica. La desnutrición, especialmente durante la

gestación y los primeros dos o tres años de vida, aumenta el riesgo de morbimortalidad por enfermedades infecciosas y crónico degenerativas, también afecta el crecimiento y el desarrollo mental, lo que se manifiesta en una disminución del desempeño escolar y el rendimiento intelectual y productivo a lo largo de la vida.

Desde una visión biomédica, la obesidad es el resultado de un balance positivo de energía en donde el consumo es mayor que el gasto energético y este exceso se acumula en el cuerpo en forma de grasa y puede ser perjudicial para la salud (OMS, 1998, Barquera *et al.*, 2010). Asimismo, la OMS (2016) reconoce que la obesidad es multifactorial y que es el resultado de un desequilibrio producto de la combinación de varios factores fisiológicos, psicológicos, metabólicos, genéticos, socioeconómicos, culturales y emocionales, y son los factores medioambientales los que han sufrido grandes cambios y se expresan en prácticas sociales y culturales diversas (Alves y Magalhães, 2005). A su vez, el enorme incremento en la prevalencia de la obesidad en poblaciones cuyos antecedentes genéticos han permanecido relativamente estables, aporta validez a la hipótesis de que los agentes ambientales tienen una importancia considerable (Martínez *et al.*, 2002).

El proceso de modernización y la reestructuración socioeconómica en países desarrollados y en vías de desarrollo han modificado los modelos nutricionales y de actividad física (Phillips, 2006; Aguirre, 2007). Los sistemas alimentarios han mejorado la disponibilidad de alimentos de alta densidad energética, mientras que los estilos de vida sedentarios están expandiéndose constantemente (Maffei, 2000; Figueroa, 2009). Esto ha provocado que la doble carga nutricional esté presente en comunidades, familias e individuos de todo el mundo. Aunado a las deficiencias metabólicas, los factores intergeneracionales, económicos y de desarrollo, así como a las influencias familiares, principalmente de la madre (Varella-Silva *et al.*, 2012). Desde el punto de vista evolutivo, las primeras experiencias con la comida tienen estrecha relación con las prácticas alimentarias de la madre durante su maternidad. De la adecuada o inadecuada alimentación durante esta etapa depende el futuro nutricional de sus hijos (Barker, 1995, Lobstein, Baur y Uauy, 2005; Danielzik *et al.*, 2004). Para lo cual factores de tipo adaptativo juegan un papel importante que remite a la hipótesis del genotipo ahorrador propuesta por Neel en 1962, donde refiere que los obesos podrían, atendiendo a su pasado prehistórico, haber desarrollado un mecanismo de adaptación metabólica. Estas adaptaciones serían perjudiciales cuando la ingesta fuese más abundante en el ambiente posnatal (Barker, 1995).

En la actualidad, ese exceso se logra con alimentos y bebidas de alta densidad energética y bajas en fibra, en combinación con un estilo de vida sedentario; lo que potencializa, sin duda, la predisposición genética en el desarrollo de la obesidad.

Los genes implicados en el aumento de peso no causan directamente la obesidad, pero aumentan la susceptibilidad a la acumulación de grasa en personas expuestas a un entorno específico¹ (Maffeis, 2000).

Sin embargo, el incremento en las tasas de obesidad a nivel mundial, especialmente en aquellas sociedades de ingresos medios y pobres, no sólo responde a un balance de energía ni a un estilo de vida sedentario, sino que es parte de un sistema social y económico como el de suministro y comercialización de alimentos, las disparidades sociales y económicas, la urbanización, los cambios en la tecnología para la producción de bienes y servicios, el sistema de transporte, así como el crecimiento del consumo (Hoffman, 2001; Poulain, 2009; Hofmann, 2015). Y, a su vez, estos procesos están insertos en procesos más amplios como es el mercado global, la industrialización, el crecimiento, difusión de los medios de comunicación y la mercadotecnia (Poulain, 2009). Todos estos cambios han incidido en la pérdida de la alimentación tradicional a favor de una dieta más occidentalizada, con productos industrializados, y más homogénea (Pelto y Pelto, 1983; Hoffman, 2001).

En México, la obesidad tiene múltiples caras. Una de sus particularidades es que creció de forma muy acelerada en un corto tiempo, como resultado de la rápida transformación social, económica y alimentaria generada a finales de la década de los ochentas del siglo pasado. A su vez, este fenómeno se ha presentado de forma diferenciada en el país, por razones intra e inter culturales entre las distintas regiones y entre las diferentes clases sociales (Meléndez y Aboites, 2015). Las clases bajas son las más afectadas actualmente, así como los niños y las poblaciones rurales (Barquera, Campos y Rivera, 2013; Bhurosy y Jeewon, 2014; Shamah-Levy y cols., 2018).

Según datos de la última encuesta nacional, en la población de 5 a 11 años, 35.6% presentó exceso de peso, de los cuales 8.1% corresponde a sobrepeso y 17.5% a obesidad; con mayor proporción en las zonas urbanas (37.9%) que en las rurales (29.7%). Si comparamos las dos encuestas anteriores (2006 y 2012) se observa que, en la última década, el sobrepeso bajó y la obesidad aumentó en este grupo (INEGI, INSP, ss, 2019; Mundo *et al.*, 2019).

De acuerdo con la OMS (2016), el consumo de alimentos ultraprocesados, la desestructuración de las comidas, así como la reducción en la actividad física de

¹ Generalmente la obesidad en la pobreza se caracteriza por tener una baja talla y un elevado peso corporal, debido al pobre crecimiento que genera la mala calidad de la dieta. Asimismo, es frecuente que el adulto obeso de la pobreza haya sufrido desnutrición durante su periodo de gestación, con bajo peso al nacer o bajo peso en la infancia, lo que condiciona a su cuerpo a ahorrar más y así, favorece el desarrollo de la obesidad en los años posteriores.

la población son los principales factores que han propiciado los ambientes obesogénicos. En este sentido, el consumo de alimentos en la población mexicana de 5 a 11 años, de acuerdo con ENSANUT (2018), muestra que 46.1% consume con cierta frecuencia leguminosas, 43.5% frutas, 22% verduras, en contraste con un alto consumo, 85.7%, de bebidas no lácteas endulzadas, 64.6% de botanas-dulces-postres, y 52.9% de cereales dulces. Esto hace que 34% de la energía de la dieta de los escolares mexicanos provenga de productos ultra procesados, favoreciendo la persistencia de la triple carga de malnutrición y el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas desde etapas tempranas de la vida. En relación con el sedentarismo, sólo 17.2% de los niños de 10 a 14 años cumple con la recomendación de actividad física (ENSANUT, 2016).

Esta situación se agrava por el incremento de la pobreza en el país y hace más vulnerable a la población infantil. De acuerdo con los datos reportados por el CONEVAL (2019), en un período de diez años México incrementó la pobreza multidimensional en 2.9 millones de personas. Esto representa tanto carencias sociales como el acceso a servicios de salud, seguridad social, servicios básicos de vivienda, acceso a alimentación, rezago educativo y calidad de vivienda, como privaciones por ingreso, ya que 48.8% cuenta con un ingreso inferior a la línea de pobreza y 16.8% a la línea de pobreza extrema. Asimismo, 61.1 millones de personas no tienen acceso económico a productos de la canasta alimentaria y no alimentaria.

Ante el actual panorama mundial, en el cual confluyen tres grandes crisis: alimentaria, energética y ecológica (Patel y McMichael, 2009), aunado al fenómeno de desigualdad social que vive en la gran mayoría de las sociedades, especialmente en Latinoamérica y en particular México, es relevante estudiar la obesidad y las estrategias alimentarias de las familias en condición de pobreza. Debido a que este grupo de población se encuentra en desventaja dentro de la estructura social, y pueden ver en riesgo su reproducción familiar por el deterioro de su alimentación que los predispone a la desnutrición, pero también a riesgos de obesidad y enfermedades crónico degenerativas.

Obesidad, inseguridad alimentaria y pobreza en México

La problemática alimentaria actual, sobre todo en un contexto de pobreza, tiene que ver con el acceso a los alimentos, lo que ha generado una doble carga de la malnutrición: individuos desnutridos al mismo tiempo que obesos:

“Las restricciones en el acceso de los alimentos determinan dos fenómenos simultáneos que son las caras de una misma moneda, lo que se denomina ahora la paradoja de la obesidad en la pobreza: los pobres están desnutri-

dos porque no tienen lo suficiente para alimentarse y son obesos porque se alimentan mal, con un desequilibrio energético importante. Los alimentos que tienen a su alcance son productos industrializados, de producciones masivas, indiferenciadas y baratas” (Aguirre, 2000:13).

Se habla de una obesidad derivada de la escasez mas no de la opulencia, en la cual hay un alto consumo de alimentos baratos como los cereales y los tubérculos, carentes de micronutrientes esenciales. Aunque cabe decir que en los países ricos también se alimentan mal por exceso, con un mayor consumo de calorías provenientes de azúcares, proteínas y grasas animales (Aguirre, 2007).

Tanto la desnutrición como la obesidad, hacen parte de un proceso de malnutrición, que es el resultado de una ingesta deficiente, en cantidad y en calidad de nutrientes. Una persona con estas carencias no se desarrolla normalmente y es incapaz de conservar una buena salud y resistir a las enfermedades (Lowenberg y Wilson, 1979: 192). En consecuencia, la obesidad en la pobreza se caracteriza por tener una baja talla y un elevado peso corporal, debido a la mala calidad de la dieta. Asimismo, es frecuente que en las periferias urbanas haya en las familias un padre hipertenso, obeso o no, de baja talla y con posibles antecedentes de desnutrición, una madre anémica, probablemente obesa y de estatura baja, con hijos que padecen procesos infecciosos frecuentes y tienen retraso del crecimiento (Peña y Bacallao, 2000; Alves y Magalhães, 2005; Borda, 2007).

De esta manera, resulta claro que los alimentos industrializados aportan energía a través de la grasa y los azúcares agregados, pero el abundante consumo de estos productos contribuye al sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas, y puede sobre determinar a la desnutrición al disminuir el apetito y consumo de alimentos que aportan más nutrimentos (Messer, 2006:45). Dichos desbalances evidencian las inequidades sociales a las que están sometidas las sociedades que no cuentan con una alimentación nutricional y culturalmente adecuada, aún en un momento cuando hay suficientes alimentos para alimentar a la población mundial. Esta realidad contradice la idealización de un mundo desarrollado sobre parámetros meramente económicos, en el que amplias capas de población se encuentran en una situación de pobreza y sin acceso a los alimentos, o a una alimentación sana y nutritiva.

La obesidad junto con otras enfermedades crónicas como la diabetes y los padecimientos cardiovasculares, se ha incrementado desde las décadas de los ochenta y noventa en México, al igual que el resto del mundo, y esto ha sido asociado con cambios en la dieta y en los sistemas de alimentación, junto con una reducción en las horas de actividad física y un incremento en la disponibilidad de alimentos no saludables (Barquera, Campos y Rivera, 2013; oms, 2016).

La situación de pobreza alimentaria y patrimonial constituye parte de los condicionantes contextuales que influyen en los problemas alimentarios y nutricionales de muchos hogares mexicanos. En 2004, 13.7% padecía pobreza alimentaria y 19.8% pobreza patrimonial, un problema que no ha sido resuelto, ya que para 2018, en México más de 40% de los hogares recibía algún tipo de ayuda alimentaria, 22.6% presentaba inseguridad alimentaria moderada y severa y 32.9% inseguridad leve (ENSANUT 2018), situación que se acentúa en las zonas con mayor grado de marginación, en las áreas rurales e indígenas y en la zona sur del país (INEGI, INSP, SS, 2019). Asimismo, según un estudio de la CONEVAL (2019), en 2018, 48.8% de la población mexicana tenía un ingreso inferior a la línea de pobreza, lo que significaba que no podía adquirir las canastas alimentaria y no alimentaria; mientras que, 16.8% de la misma, se encontraba por debajo de la línea de pobreza extrema y 20.4% (25.5 millones de personas) padecía inseguridad alimentaria. La continuidad de esta condición en la última década —a pesar de leves variaciones— es expresión de la permanencia de un entorno social y económico muy desfavorable, en el que para muchos hogares no ha habido posibilidades de contar con condiciones que les permitieran tener seguridad alimentaria² (FAO, OPS, WFP y UNICEF, 2019; Ortale, 2007).

Para 2016, en México había 52.1% personas en situación de pobreza (53.4 millones de personas) de las cuales, 20.7 millones eran niños y adolescentes y 3.6 millones en pobreza extrema (UNICEF, 2020:7). Para 2018, la mitad de ellos vivían en condiciones de pobreza. Dentro de este grupo de población, 32.9 % residen en la región noroeste del país, siendo los municipios de Nogales, Cajeme y Hermosillo en Sonora, los que concentran la mayor población de menores de 18 años en situación de pobreza, y dentro de este último, 50% se encuentra en pobreza extrema (UNICEF, 2020).

Asimismo, el problema de la pobreza es mayor en las zonas rurales. En 2016, había 46.5% de pobres en zonas urbanas en México, contra 63.9% en las rurales (UNICEF, 2020). Esto refleja la desigualdad social que prevalece en el país, aunado a que la población menor de 18 años es una de las más vulnerables ya que se compromete su desarrollo, y contribuye a perpetuar las dinámicas de la pobreza a lo largo del ciclo de vida (UNICEF, 2020). Ante este escenario, es importante conocer los mecanismos de los cuales echan mano las familias en contextos de pobreza para enfrentar las carencias (Moser, 1998).

² El acceso físico y económico en todo momento a alimentos suficientes, además de inocuos, sanos y nutritivos para la satisfacción de las necesidades alimenticias y las preferencias de las personas en cuanto a los alimentos, asegurando contar con una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año y culturalmente adecuada (FAO, 1996; FAO, OPS, WFP y UNICEF 2020:26; Aguirre, 2010).

Estrategias de reproducción social en la pobreza

El tema de la obesidad en la pobreza, nos conduce a reflexionar sobre la importancia de los conceptos de clase social y desigualdad social, más allá de los términos marxistas y su explicación asociada al modo de producción de capital y a la idea dominante de que es el régimen de producción de la vida material el que condiciona todo el proceso de la vida social, política y espiritual de la sociedad (Marx, 1980). Para ello, retomaremos a Bourdieu (2011) quien sostiene que la clase social es producto de una construcción “en el papel” por parte del investigador como herramienta metodológica para acercarnos de manera concreta a la naturaleza abstracta que subsume a la realidad, y propone la necesidad de construir teóricamente “la clase objetiva”³ sobre razonamientos prácticos, afirmando además que, un espacio social, un espacio de diferencias, en cierto modo es “un espacio teórico” que se trata de construir. Por tanto, la clase social es un espacio social construido en el cual podemos caracterizar lo que será nuestro contexto de estudio, la pobreza, que es un espacio social donde los pobres (como agentes de una clase social) desarrollan condiciones de clase, estructuralmente diferentes a las que se presentan en la clase social más alta.

Asimismo, las prácticas que definen los estilos de vida de las clases sociales son producto de un principio generador, de lo que llama Bourdieu el *habitus*⁴: “estructura estructurante, que organiza las prácticas y la percepción de las prácticas [...], es decir, estructuras mentales a través de las cuales los agentes aprenden y apprehenden el mundo social (Bourdieu, 2002)”. Con lo cual, cabe decir que el mundo social es producto de los actos de construcción y reconstrucción continua que en cada momento realizan los agentes de manera individual y, sobre todo colectiva, porque el *habitus* es subjetividad socializada.

Los agentes refieren objetivamente una condición social (estructuras objetivas) cuando eligen de acuerdo con sus gustos (estructuras subjetivas), diferentes atributos como el vestido, los alimentos, las bebidas, los deportes, entre otros, que

³ “Conjunto de agentes que se encuentran situados en unas condiciones de existencia homogéneas que imponen unos condicionamientos homogéneos y producen unos sistemas de disposiciones homogéneas, apropiadas para engendrar unas prácticas semejantes, y que poseen un conjunto de propiedades comunes, propiedades objetivadas, a veces garantizadas jurídicamente (como la posesión de bienes o de poderes) o incorporadas como *habitus* de clase (y, en particular, los sistemas de esquemas clasificadores)” (Bourdieu, 1979: 100, en Bourdieu, 2011: 10, 11)

⁴ Es un sistema de disposiciones interiorizadas para percibir, actuar, valorar, sentir y pensar de una determinada manera, que han sido internalizadas por los agentes en el curso de su historia y que funcionan como principios generadores y organizadores de sus prácticas y representaciones (Bourdieu, 2002).

convienen a su posición dentro de la estructura de distribución del capital –económico, cultural, social y simbólico– y a su disposición, que refiere al estilo de vida para generar mecanismos que garanticen su reproducción. Toda sociedad reposa sobre estos dos principios dinámicos. Tanto la posición como la disposición definen sus modos de reproducción, en especial las estrategias de reproducción que las caracterizan, que no son más que todo tipo de acciones objetivamente orientadas hacia la reproducción de ese cuerpo social que es la familia y en nuestro caso las unidades domésticas que en su conjunto constituyen el complejo social (Bourdieu, 1997, 2002, 2011). Para que las estrategias de reproducción sean posibles es necesario que la familia exista, además de que constituyen un requisito para su perpetuación en una continua creación que da cabida, no obstante, al proceso de transmisión generacional (Bourdieu, 2011).

Torrado (1981) propuso utilizar el concepto de “estrategias familiares de vida” para relacionar teórica y metodológicamente las clases sociales, la familia y el comportamiento demográfico. Y, constituyen el conjunto de comportamientos –socialmente determinados– a través de los cuales los agentes sociales aseguran su reproducción biológica y optimizan sus condiciones materiales de existencia. Pero como advierte esta autora hay muy pocas prácticas comunes a toda la estructura social, de manera que esta definición no da cuenta de las diferencias que se desean captar entre una clase social y otra.

Esta propuesta retoma de Chayanov la conceptualización de estrategias de reproducción, concebidas como “un conjunto de acciones orientadas por motivos conscientes o no, desplegadas por las familias para garantizar su supervivencia”. En tanto, unidad doméstica es la que “permite vincular las actividades de producción y consumo, y analizar las interrelaciones entre el grupo familiar y la unidad productiva, aspectos cruciales en la reproducción de los grupos campesinos” (Oliveira y Salles, 1989: 15, 27).

En términos demográficos, las unidades domésticas las caracterizaba Chayanov (1974) en relación con su tamaño, composición y ciclo vital, pues son elementos que condicionan la disponibilidad y el uso de la fuerza de trabajo como aspectos vitales en las estrategias familiares. La relación entre productores y consumidores al interior de la unidad doméstica varía según la etapa del ciclo vital en que ésta se encuentre, por lo tanto, de las posibilidades de sobrevivencia y de bienestar de los grupos domésticos.

Para González de la Rocha la estrategia de la unidad doméstica es “una secuencia de acontecimientos planeados con más o menos lógica, con mayor o menos éxito, cuyo objetivo es el bienestar a largo plazo de sus miembros” lo que no quiere decir que no existan estrategias a corto plazo que se idean con el fin de

resolver problemas y carencias imprevistos. Por tanto, la unidad doméstica, es un “grupo de gente que vive bajo el mismo techo, organiza sus recursos colectivamente y pone en acción estrategias de generación de ingresos y actividades de consumo” (González de la Rocha, 1986: 16-18).

En México, como en otros países de América Latina y el Caribe, el estudio de las estrategias familiares de las unidades domésticas de bajos ingresos se ha vuelto particularmente relevante en el contexto de la crisis y la reestructuración económica, procesos que se han mantenido durante las últimas cuatro décadas. Vizcarra, en sus estudios con población indígena, ha propuesto redefinir el concepto de estrategias explorando enfoques metodológicos que coincidan con las realidades de las sociedades campesinas. Sobre todo, que incluyan sus procesos de resistencia territorial y de saberes, y en cuanto a las nuevas formas de identidad de clase, etnia y género que se presentan dentro de los procesos de cambio estructural más amplios (Vizcarra, 2002, 2004).

Al respecto, los estudios de González de la Rocha (1986), Escobar y González de la Rocha (1995), Engel (2003) y otros más recientes, sugieren que la caída de los salarios, el incremento del desempleo y el deterioro en las condiciones generales de vida de las familias de bajos recursos, son circunstancias que hacen más patente el carácter colectivo de la respuesta de los hogares para enfrentar los efectos negativos de estos procesos sociales. Como respuestas según estos autores, aparece la creciente incorporación de los jóvenes, hombres y mujeres a la actividad económica; los cambios en el tamaño y la composición de la familia, y en la capacidad de obtener alimentos, así como en una modificación en los patrones de consumo que favorece a los alimentos más baratos y de mayor densidad energética (FAO, OPS, WFP y UNICEF, 2019).

En este sentido, la alimentación es un elemento fundamental y una prioridad en la vida cotidiana de las familias, hecho que no es nuevo pues el acceso a la alimentación constituye un problema que toda sociedad debe enfrentar, encontrando soluciones que permitan su reproducción física y social (Goody, 1982).

Estrategias domésticas de consumo [alimentarias]: prácticas y representaciones

Aguirre (2010) propone el concepto de estrategias domésticas de consumo a partir de lo propuesto por Torrado (1981) y Bourdieu (2011), para estudiar la alimentación en el ámbito doméstico sobre todo en contextos de pobreza urbanos. Este concepto incluye las prácticas y las representaciones acerca de la comida, tendientes a obtener toda una gama de satisfactores para cumplir con sus fines productivos y reproductivos. Satisfactores que tienen en su elección un rango limitado de

alternativas disponibles, fuertemente condicionadas por las restricciones propias del medio social en el que se desarrollan las familias. Tanto las prácticas como las representaciones son el resultado de un proceso cotidiano de prueba y error que pone en funcionamiento los recursos domésticos y extradomésticos posibles de movilizar; son aprendidas, imitadas, contrastadas y transmitidas, pueden ser reiteradas o adaptadas y transformadas para responder a diversas circunstancias. En dicha recurrencia es precisamente donde el investigador puede reconstruirlas.

De acuerdo con Giménez (1997, 54-55), “pertenecer a un grupo o a una comunidad implica compartir —al menos parcialmente— el núcleo de representaciones sociales que los caracteriza y define”. Las representaciones sociales serían, en estos términos, “una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, y orientado a la práctica, que contribuye a la construcción de una realidad común a un conjunto social” (Jodelet, 1989:36, en Giménez, 1997:14). Las representaciones sociales así definidas —siempre socialmente contextualizadas e internamente estructuradas por el *habitus*— sirven como marcos de percepción y de interpretación de la realidad, y también como guías de los comportamientos y prácticas de los agentes sociales (Giménez, 1997). De esta manera, las prácticas son las acciones individuales o colectivas desarrolladas u organizadas dentro de contextos sociales, culturales y relacionales particulares con propósitos específicos que los individuos realizan para conseguir algo. Es así que las estrategias de consumo alimentario se entenderán dentro de la totalidad cultural, que tiene en cuenta una dimensión simbólica y otra material, y que se expresa en las prácticas y representaciones, en este caso las llevadas a cabo por las unidades domésticas pobres en función de las restricciones que les impone su condición social (Aguirre, 2010).

De acuerdo con los planteamientos anteriores, el objetivo de este trabajo fue identificar y comparar las estrategias de consumo alimentario de hogares en pobreza, con hijos con diferente condición nutricional. En el entendido de que las prácticas alimentarias son las acciones que realizan las unidades domésticas para lograr constituir y organizar sus canastas de consumo alimentario, y las representaciones, serían las guías que permiten elegir determinado consumo. Estas representaciones comprenden concepciones acerca de la vida, la salud y el cuerpo, diferenciadas por grupos de edad y de género. Para ello, asumimos que en un mismo contexto sociocultural de pobreza y con las mismas limitaciones económicas, dificultades y riesgos, los hogares despliegan estrategias variadas que se ven reflejadas en diferentes condiciones nutricionales, sobre todo en la población infantil.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

La aproximación metodológica implementada en esta investigación está guiada por el campo de la antropología de la alimentación, que permite abordar el estudio de los sistemas y cultura alimentaria actuales que evidencian grandes transformaciones que afectan la nutrición y salud, tanto de poblaciones rurales como urbanas.

Región de estudio

La población en la que se llevó a cabo la investigación fue la localidad de La Victoria, inicialmente con carácter rural pero que en la actualidad está considerada como una colonia de la ciudad de Hermosillo, Sonora. Se ubica hacia el noreste de la ciudad, en el paralelo 29°07'29" de latitud norte y el meridiano 110°53'33" de longitud oeste, a una altura de 230 msnm. Su clima es desértico con cambios estacionales durante el año, que alcanzan temperaturas de hasta 48°C en verano, con lluvias en agosto y en ocasiones en julio y octubre. En invierno la temperatura llega a ser inferior a 0°C con períodos de heladas que ocurren principalmente en enero y febrero. Las temperaturas medias anuales van de 19.4°C a 21.8°C (INEGI, 2012).

El proceso de urbanización que ha experimentado La Victoria le ha permitido un paulatino acercamiento con la ciudad de Hermosillo, capital del estado, sobre todo en términos de acceso a la oferta laboral, escolar, recreativa y sin duda, al abasto de alimentos. Aunque la localidad cuenta con ciertos servicios públicos, todavía presenta carencias a nivel de servicios sanitarios e infraestructura vial, lo que nos indica rasgos de pobreza (CONEVAL, 2011).

Organización del estudio

El tipo de estudio realizado fue descriptivo y comparativo bajo un procedimiento de tipo cuanti-cualitativo, que se llevó a cabo en dos etapas:

A. Primera etapa: evaluación nutricional de la población infantil escolarizada. Como punto de partida, llevamos a cabo un estudio antropométrico dirigido a la población escolar para conocer su estado nutricional. Para ello, realizamos una jornada antropométrica en el mes de septiembre de 2011 con los alumnos de la escuela primaria local. Las mediciones se llevaron a cabo dentro de las instalaciones del plantel educativo. Se trabajó durante la jornada matutina, siguiendo las recomendaciones del Programa Biológico Internacional (Lohman *et al.*, 1988). Se utilizaron instrumentos estandarizados como balanza electrónica (AND FG-150-K),

estadiómetro portátil Holtain, para obtener las siguientes medidas: peso y talla. A partir de ellas se calcularon los indicadores de IMC= P/T^2 (Peso/Talla²) y T/E (Talla/Edad), de acuerdo a sexo y edad, por medio del programa Epi Info Versión 6. Para la clasificación del estado nutricional se utilizaron los puntos de corte de acuerdo al CDC (2000), que considera el percentil 85 como sobrepeso, el 95 como obesidad y el percentil 5 como delgadez. Para el indicador de talla para la edad se consideró riesgo de baja talla <-1 DS y para talla baja, <-2DS, y talla normal de -1DS a 2 DS.

B. Segunda etapa: estudio de las estrategias alimentarias en el hogar. A partir del primer acercamiento con los niños y las niñas en la escuela y con sus padres, nos fue posible estudiar las estrategias alimentarias gestadas en los hogares. Para ello, se utilizó el método etnográfico para la obtención de datos, por medio de la observación directa y participante, registro de los datos en diario de campo y entrevistas semi-estructuradas, durante los períodos de julio 2011 a mayo 2012.

Las estrategias alimentarias fueron analizadas dentro de la unidad doméstica, y se clasificaron en: nucleares, nucleares uniparentales, extensas y complejas. De la misma manera, caracterizamos el ciclo doméstico en formación, consolidación y expulsión.

En cuanto al nivel de pobreza utilizamos la medición por ingreso utilizado por el CONEVAL (2011) para las áreas urbanas. Para medirlo se empleó como aproximación el ingreso y se contrastó con las líneas de pobreza establecidas: pobreza alimentaria, de capacidades y patrimonial. Asimismo, el nivel de hacinamiento lo consideramos teniendo en cuenta el número de habitaciones de que dispone cada vivienda entre su número de integrantes. De acuerdo con CONEVAL (2011) este indicador es alto cuando ocupan una misma recámara de 3 a 10 personas; medio cuando son de 2 a 3 personas y bajo cuando es una persona.

A partir del diagnóstico nutricional en la población escolar, se seleccionaron las unidades domésticas para el estudio de las estrategias alimentarias. Con las madres de familia, se realizó una entrevista semi-estructurada para conocer algunos datos sociodemográficos y económicos, así como información sobre algunos factores de riesgo durante la primera etapa de vida de los niños y niñas. Posteriormente, se ahondó en conocer las prácticas y representaciones en torno al consumo alimentario en cada una de las unidades, a partir de las siguientes categorías de análisis: a) administración de los recursos económicos; b) las fuentes de abastecimiento; c) el consumo y las pautas de comensalidad; d) la valoración de la alimentación; e) significados del cuerpo. Las prácticas las reconstruimos a partir de los resultados observables y comprobables, en cambio las representaciones a través del

análisis del discurso. Ambas dimensiones dirigidas a encontrar regularidades entre los grupos conformados bajo diferentes condiciones nutricionales y diferencias entre los mismos, a partir de un análisis por conglomerados, en específico k-medias. Para la organización y el análisis de la información se utilizó el programa de Excel y el paquete estadístico SPSS versión 19.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Condición nutricional de la población infantil escolarizada

Los resultados descriptivos de la medición antropométrica realizada a la población infantil se presentan en la tabla 1.

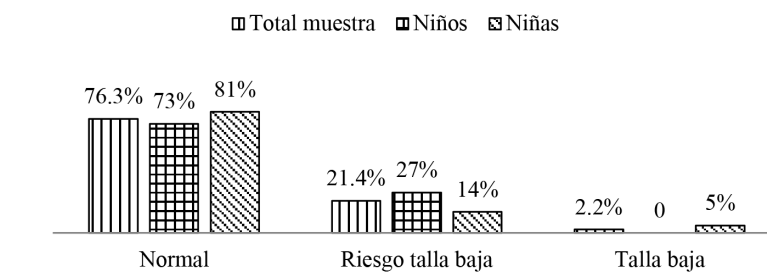
Tabla 1. Datos antropométricos de población escolarizada de 6 a 12 años

	Varones	Mujeres	Total / Promedio
n	102 (56%)	80 (44%)	182
Edad (años)	8.7	8.9	8.8
Peso (kg)	31.3	33.0	32.1
Talla (m)	1.3	1.3	1.3

Fuente: Elaboración propia con datos del estudio.

De acuerdo con el indicador de talla para la edad (T/E) que muestra la prevalencia de riesgo y desnutrición crónica, 21.4% de la muestra total presentó riesgo de baja talla, mayor en los niños (27%) que en las niñas (14%). 2.2% de la muestra total presentó desnutrición por baja talla, presentándose únicamente en las niñas (5%) (gráfica 1).

Gráfica 1. Condición nutricional por el indicador T/E de la muestra total y por sexo

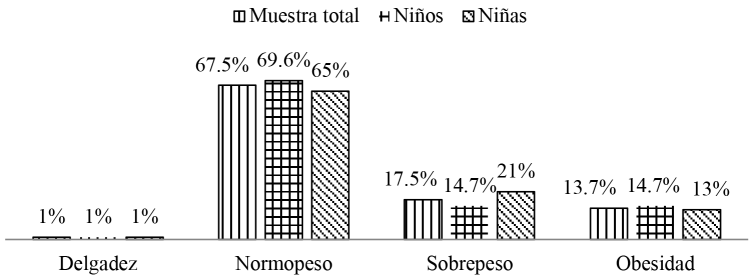


Fuente: Elaboración propia con datos del estudio.

De acuerdo con los datos generados por el RNPT (2017), la población escolar de La Victoria presenta un déficit de talla (21.4%) mayor en relación con la media nacional (20.9%) y con la media estatal (14.5%). En cuanto a la prevalencia de talla baja los datos son muy similares con la media estatal (2.5% vs. 2.7%) pero más bajos que la media nacional (6.4%). En cuanto a la talla baja presentada en las niñas, la prevalencia es menor a la reportada por la ENSE (2008) a nivel nacional (7.8%) y estatal (6.5%). En México, la mayor prevalencia de baja talla se presenta en los estados del sur y sureste del país (Chiapas, Guerrero y Yucatán), así como los del centro (Estado de México y Puebla). Son más vulnerables las poblaciones con mayor grado de marginación que las de bajo grado de marginación (63.6% vs. 24.2%) y las indígenas (62.9%) (RNPT, 2017).

A partir del indicador de IMC (gráfica 2) encontramos que el exceso de peso (sobrepeso + obesidad) en esta población escolar fue 31.2%, mayor en las niñas (34%) que en los niños (29.4%). Observamos que, ellas tienen mayores prevalencias de sobrepeso (21%) y los niños de obesidad (14.7%). Estos datos difieren un poco de la prevalencia tanto a nivel estatal (37%), como nacional (34.4%) para la población de 5 a 11 años de edad (ENSANUT, 2012), en donde, al contrario de nuestro estudio, los niños tuvieron una mayor prevalencia de exceso de peso (38.9%) en relación con las niñas (34.7%). Esta tendencia siguió en aumento en Sonora, para 2016 en la población de 6 a 12 años, la prevalencia de exceso de peso fue de 36.7 % (RNPT, 2017) y para 2018 de 41.9%, mayor en los niños (44.1%) que en las niñas (39.2%) (ENSANUT, 2018).

Gráfica 2. Condición nutricional por IMC de la muestra total y variación por sexo



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio.

Al compararlo con otro estudio realizado en la zona urbana de la ciudad de Hermosillo (Meléndez, Cañez y Frías, 2012), la prevalencia de exceso de peso fue mayor que en el presente estudio (40% vs. 31.2%) y los niños presentaron las mayores prevalencias (43.3%) en relación con las niñas (36.3%), lo contrario a los escolares de La Victoria (29.4% vs. 34%). La obesidad fue más alta que el sobrepeso en la población urbana (21.7% vs. 18.3%), situación inversa en la población semiurbana (13.7% vs. 17.5%).

A partir de estos datos, vemos que la problemática de la obesidad difiere de acuerdo con el grupo poblacional que se trate y el contexto en el cual esté inmerso. En esta población semiurbana de La Victoria, que se encuentra alejada a la ciudad capital, el problema del exceso de peso en la población infantil coexiste con el de la desnutrición, y está diferenciada por sexo, por lo que nos habla de la presencia de la doble carga de la malnutrición (desnutrición y obesidad) en una misma población.

Caracterización de las unidades domésticas de acuerdo con la condición nutricional de los niños y niñas

A partir de esta evaluación nutricional y tomando como referencia dos indicadores: IMC y talla para la edad, identificamos en nuestra muestra tres grupos de niños: peso normal/talla normal; peso normal/baja talla; exceso de peso/talla normal. Con base en estos grupos, trabajamos con 39 unidades domésticas que incluyeron a 80 escolares, 44 niños y 36 niñas, de los cuales 48 estuvieron en el primer grupo (60%), 14 en el segundo (17.5%) y 18 en el tercero (22.5%). En la tabla 2 se presentan las características de cada uno de los grupos, haciendo una distinción entre varios indicadores como el IMC, la talla para la edad y algunos factores de riesgo al nacer.

Tabla 2. Agrupamiento de las unidades domésticas de acuerdo a los indicadores nutricionales y factores de riesgo al nacer de los niños y niñas

INDICADORES del niño/niña	GRUPOS		
	PRIMERO 15 unidades domésticas	SEGUNDO 11 unidades domésticas	TERCERO 13 unidades domésticas
IMC	Normopeso	Normopeso	Exceso de peso
Talla / edad	Normal	Riesgo talla baja	Normal
Peso al nacer	Normal	Normal	Normal
Orden de nacimiento	Medio	Mayor	Medio
Tiempo de gestación	A término	A término	A término
Amamantamiento	Sí	Sí	Sí
Tiempo de amamantamiento	6-12 meses	6-12 meses	3-6 meses
Amamantamiento exclusivo	4-6 meses	4-6 meses	1-3 meses
Primeros alimentos	Papillas (frutas y verduras)	Papillas (frutas y verduras)	Papillas y Gerber
Alimentos complementarios	Ninguno	Leche de fórmula	Leche de fórmula
Obesidad en los padres	Ausencia	Ausencia	Presencia

Fuente: Elaboración propia con datos del estudio.

Se puede observar que los factores de riesgo al nacer que marcaron las principales diferencias entre los grupos fueron, además de la predisposición genética que implica la obesidad de los padres, el poco tiempo de lactancia (de 3 a 6 meses) con un tiempo de amamantamiento exclusivo corto (de 1 a 3 meses), el cual fue complementado con papillas naturales (de frutas y verduras) y papillas industriales y, la lactancia dejó de ser materna para introducirse la *leche de fórmula*.

Los hogares de los tres grupos presentan algún nivel de pobreza (tabla 3), predominando los que se encuentran en pobreza alimentaria; sin embargo, aunque la mayoría de los niños se encuentran en el nivel más alto de pobreza, el tercer grupo, donde hay exceso de peso, tiene el más alto porcentaje de pobreza patrimonial; lo que quiere decir que la obesidad aparece entre los más pobres de las clases bajas, y también los menos pobres de las mismas.

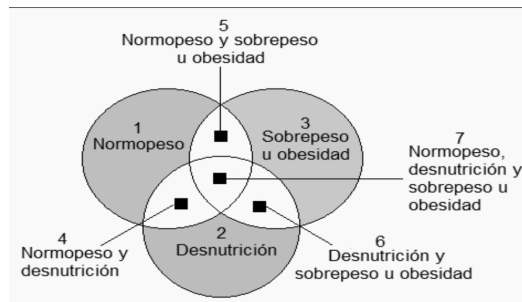
Tabla 3. Nivel de pobreza de las unidades domésticas de acuerdo a cada uno de los grupos

Grupos	Nivel de pobreza		
	Alimentaria	Capacidades (excluye pobreza alimentaria)	Patrimonial (excluye pobreza alimentaria y de capacidades)
1	56% (27)	19% (9)	25% (12)
2	57% (8)	29% (4)	14% (2)
3	50% (9)	17% (3)	33% (6)

Fuente: Elaboración propia con datos del estudio.

A partir de esta primera agrupación, al momento de identificar a las madres de los niños y niñas en cada uno de los grupos, nos dimos cuenta que dentro de la muestra había varios hermanos con diferente condición nutricional y que esta primera agrupación no era suficiente. Por lo que tuvimos que volver a agruparlos. Esta variación nos corrobora el segundo supuesto que refiere a que la condición nutricional infantil, si bien varía en el contexto social en el que viven, también varía entre ellos dentro de cada unidad doméstica. Esta diversificación al interior de las unidades domésticas la organizamos haciendo uso de la teoría de conjuntos, para obtener finalmente siete grupos a analizar (figura 1).

Figura 1. Definición de los grupos de análisis de acuerdo con la variabilidad de su condición nutricional y su pertenencia a cada unidad doméstica



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio.

La descripción de cada uno de los siete grupos se presenta en la tabla 4, en donde observamos que los más numerosos son el grupo 1 en donde prevalece el normopeso, el 4 que presenta normopeso y desnutrición y el 5 con normopeso y obesidad. Asimismo, observamos que no hay una relación directa entre el nivel de pobreza y la condición nutricional en la población infantil de estas familias. Los tres primeros grupos son los que presentan el nivel de pobreza más alto y es en

uno de ellos donde encontramos la población infantil con mejores condiciones nutricionales. Sin embargo, aunque el ingreso familiar las clasifique en nivel de pobreza, el mismo está levemente diferenciado y es el grupo 1, donde prevalece el normopeso, el que dispone de mayor ingreso de los tres, posiblemente porque ambos padres trabajan. Sucede lo contrario con los otros dos grupos que presentan un menor ingreso, en donde las familias del grupo 2 (con riesgo de desnutrición), puede haber ausencia del cónyuge y un mayor número de integrantes; en el grupo 3 (con exceso de peso) el ingreso proviene mayoritariamente del trabajo del padre y la madre es ama de casa.

Además, si al ingreso se integran las ayudas gubernamentales, la relación entre nivel de pobreza y condición nutricional podría cambiar dada la situación presente en el grupo 1, conformado por el mayor número de familias (16 familias) en el cual 37% de ellas recibe las ayudas. Caso similar ocurre con las familias del grupo 3 donde de manera proporcional al número de familias que lo componen (4 familias) 50% de ellas recibe las ayudas, sólo que aquí el ingreso proviene mayoritariamente del padre. En números absolutos es en el grupo 1 donde hay una mayor cantidad de familias que percibe ayudas gubernamentales. Lo que pudiera estar marcando una diferencia en relación con los otros grupos, ya que repercute directamente en el ingreso y en el acceso a los alimentos.

Prácticas de consumo alimentario: abasto, preparaciones y comensalidad

Las prácticas de compra de alimentos van dirigidas a reducir costos buscando diversas fuentes de abasto alimentario, a veces comprometiendo la variedad y la calidad de los alimentos. En general, estas familias dan prioridad a los alimentos que llenan y rinden pero que, al mismo tiempo, les gustan. Los supermercados de la ciudad fueron su principal fuente de abasto de alimentos, y las tiendas locales y los vendedores ambulantes fueron opción para compras menores y cuando no tenían efectivo, ya que estos establecimientos les otorgan crédito. En las unidades que predominan el peso y la talla normal, el acceso a los alimentos se realiza en diversos espacios como son los supermercados, los abarrotes locales, así como los vendedores ambulantes que circulan por la colonia y que los abastecen de productos frescos, además de que suelen llevar ofertas atractivas y mayor cantidad de ciertos productos, a buenos precios. En este grupo se diversifican las fuentes de abasto y así logran sortear las dificultades en cuanto al acceso cuando no cuentan con dinero.

Tabla 4. Descripción de cada uno de los grupos estudiados de acuerdo con la condición nutricional de los escolares y las características de las unidades domésticas y las de la madre

Grupo	UD / grupo	No. Niños / UD	Condición nutricional infantil	DESCRIPCIÓN DE LAS UNIDADES DOMÉSTICAS (UD)							CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA MADRE			
				Integrantes / UD (promedio)	Conformación	Ciclo	Nivel de hacinamiento	% gasto alimentación	Nivel de pobreza	Ayudas gubernamentales	Escolaridad	Empleo	Estatus civil	
I	16	16 niños 14 niñas	Peso normal, talla normal	5 3 hijos entre 9 y 14 años	Nucleares uniparentales complejos	Consolidación	Medio	53%	26% alimentaria	26%	Si, 37% de las familias	Secundaria	Remunerado (26%)	Casadas
II	2	3 niños 1 niña	Peso normal, riesgo de talla baja	6 4 hijos menores de 8 años y mayores de 14 años	nuclear nuclear uniparental	Formación Expulsión	Medio-alto	70%	Alimentaria	No	No	Secundaria	Remunerado	Casadas y separadas
III	4	4 niños 4 niñas	Exceso de peso, talla normal	5 3 hijos menores de 8 y entre 9 y 14 años	Nucleares complejos	Formación Consolidación	Medio	50%	Alimentaria	Si, 50%	Si, 50%	Secundaria	Amas de casa	Casadas
IV	8	10 niños 8 niñas	Peso normal, talla normal, riesgo de talla baja	4 2 hijos	Nucleares complejos	Formación Consolidación	Medio	57%	Capacidades	Si, 14%	Si, 14%	Secundaria	Remunerado	Casadas
V	7	9 niños 6 niñas	Peso normal, talla normal, exceso de peso	5 3 hijos	Nucleares	Formación Consolidación	Bajo	55%	Patrimonial	Si, 14%	Si, 14%	Secundaria o técnico	Remunerado	Casadas
VI	1	1 niño 1 niña	Desnutrición, obesidad	5 3 hijos	Nuclear	Formación	Medio	54%	Capacidades	No	No	Secundaria	Remunerado	Casadas
VII	1	1 niño 2 niñas	Peso normal, talla normal, riesgo de talla baja, exceso de peso	5 3 hijos	Nuclear	Consolidación	Alto	40%	Patrimonial	Si, 100%	Si, 100%	Secundaria	Remunerado	Casadas

En las familias en donde predomina la desnutrición (grupos 2, 4 y 7) la compra de alimentos se realiza en supermercados de la ciudad de Hermosillo y cuando escasean los alimentos antes de terminar la semana, no recurren a la oferta local sino reducen su dieta a frijoles, tortillas, pastas y papas, básicamente. Cabe recordar que la familia del grupo 7 cuenta con una tienda de abarrotes y de ahí toman los alimentos que van necesitando.

En aquellas familias en las cuales hay presencia de exceso de peso (grupo 3, 5 y 6) compran en los supermercados y el mercado municipal de la ciudad, pero también en las tiendas locales donde la oferta de frutas y verduras es reducida y hay una mayor presencia de alimentos industrializados con alto contenido calórico.

En cuanto al tipo de alimentos que consumen estas familias, en general encontramos que son frutas: plátano y manzana; verduras: tomate, cebolla, chiles, calabacitas, papas y zanahorias; carnes: pollo, res y embutidos; cereal de desayuno, arroz, pastas y bebidas gaseosas como refrescos y las saborizadas. En su mayoría consumen las tortillas de harina de trigo, y sólo en aquellos hogares con menores recursos y con presencia de desnutrición (grupo 4), aparecen las tortillas de maíz como una opción.

Dentro de las carnes, el pollo tiene un alto consumo incluso más que las carnes rojas; no obstante, los embutidos han estado ganando terreno ya que su consumo es alto. En las familias donde prevalece una condición nutricional normal (grupo 1), el consumo de pollo es más elevado que la carne de res, en cambio donde hay mayor presencia de sobrepeso u obesidad (grupo 3, 4, 5 y 6) el consumo de carne de res es prioritario. Donde hay presencia de desnutrición y coexiste con la condición normal y sobrepeso u obesidad (grupo 2 y 7), hay un alto consumo de embutidos, principalmente la mortadela, salchichas –winnis–, chorizo y jamón. Otro tipo de proteína animal la encontramos en las latas de atún y su consumo se reporta sólo en el grupo 2 donde hay presencia de desnutrición.

El consumo de cereal (Maizoro) es reportado en los grupos 2, 5 y 7 donde básicamente hay presencia de desnutrición y sobrepeso u obesidad. En cuanto al arroz, éste es consumido en casi todas las familias por ser *rendidor* y *llenador*, con prioridad en las familias donde hay presencia de condición normal y desnutrición (grupo 1, 2, 4 y 6), en cambio donde hay presencia de sobrepeso u obesidad (grupo 3, 5 y 7) el consumo de papas está por encima del arroz y las pastas. Otros productos consumidos por su practicidad son los refrescos y las bebidas saborizadas. Los primeros aparecen sólo en el grupo 3 donde hay presencia de sobrepeso u obesidad y los segundos, en los grupos 2 y 4 donde hay presencia de desnutrición. En general, encontramos que los alimentos más valorados por esta población son los frijoles, las tortillas de harina y las papas, alimentos tradicionales en esta comunidad.

Asimismo, observamos que el tipo de comidas que preparan estas familias depende del gusto, la costumbre, que sean rendidoras, fáciles de preparar y llenadoras. Las preparaciones de comida más valoradas por las madres son los caldos (*comidas aguadas*), que le confieren, además, la calidad de nutritivos. A pesar de esto, lo que más preparan en casa son las *comidas secas*, que son las que les gustan a las niñas y los niños.

En este sentido, encontramos que las familias donde la condición nutricional es buena, hay una mayor diversidad en sus comidas (grupos 1 y 4), que donde hay presencia de desnutrición y sobrepeso u obesidad (grupos 2, 6 y 7), y en una categoría intermedia aparecen los grupos donde hay mayor presencia de obesidad (grupos 3 y 5).

Una de las situaciones que condiciona la preparación de alimentos en estos hogares es la disponibilidad de gas, debido a su elevado costo y a las irregularidades en su abasto, y por ende, se prefieren aquellas comidas que no requieran cocción o que se puedan cocinar con leña (recurso que recolectan en los márgenes del río). Como último recurso, también recurren a la electricidad a través del uso de parrillas o sartenes eléctricos.

Así encontramos que las familias donde hay buena condición nutricional (grupo 1) dedican más tiempo a preparar diferentes comidas y requieren un constante uso de combustible, tanto de gas como de leña. Las familias donde hay desnutrición (grupos 2, 3, 4 y 6) reducen las fuentes de combustible y donde hay sobrepeso u obesidad (5, 7) se limitan sólo al gas y en ausencia de éste, preparan comidas que no requieren cocción (ensaladas, sándwiches, tortas, productos enlatados).

En cuanto a la comensalidad, identificamos una tendencia a no compartir entre los miembros del hogar el momento de las comidas, principalmente por cuestión de horarios. Es común que se preparen dos comidas al día, bien sea porque no desayunan o porque cenan lo mismo que en la comida o en otros casos, la cena se omite o es ligera. En las familias donde hay menos recursos económicos y persiste la desnutrición, la mujer se autoexcluye al momento de comer, dándole prioridad a los más pequeños y a los hombres que trabajan, incluso si ella misma, también trabaja.

Los niños y niñas con presencia de sobrepeso u obesidad obvian el desayuno⁵ cuando uno de sus beneficios es precisamente promover un peso saludable. En cambio, en el día se dedican a comer “cochinerero”, comidas energéticamente densas que son obtenidas de los vendedores en las escuelas y/o a la salida de éstas o en las tiendas cercanas a sus casas. De la misma manera, en estas familias se prefiere la tortilla de harina de trigo, y la usan como “utensilio” para comer a menos que se requiera una cuchara para las *comidas aguadas*. Las tortillas, les permiten “sentirse llenos”. De la misma manera que los niños y niñas en condición normal, cada fin de

semana consumen comidas rápidas en la calle que contribuyen a tener dietas altas en densidad calórica, pero esto es una forma de demostrar estatus social, de cambiar la rutina diaria por comidas preparadas fuera de casa, en suma, de “darse un gusto”.

Representaciones: valoraciones y significados de la alimentación familiar

En las unidades domésticas encontramos que la elección en la compra de los alimentos se centra en cuatro características principales: que sean baratos, que les gusten, que rindan y que llenen. La condición de nutritivo es un valor agregado que puede no cumplirse ya que lo que se busca es abaratar costos sin dejar de consumir lo que les gusta.

“[...] que tenga buen precio, que sea barato, que esté bueno (buen sabor) y que rinda para otras comidas. Nosotros compramos una carterita (de carne) es para hacer un caldito y queda para hacer más, para hacer otra cosa complementado con verduras” (Madre 1, grupo 4).

“Porque es lo más barato, o sea, sí sé que debes de comer verduras y frutas, sé todo lo que debes de comer, pero no me alcanza. O sea, es lo más barato [...]” (Madre 20, grupo 1).

En algunas ocasiones el que les guste, sobre todo a los hijos, es una de las razones por las cuales se deciden por ciertos alimentos:

“Porque les gusta, nos gusta. Por el precio, aunque no te creas, anda muy caro el frijol” (Madre 36, grupo 3).

“Pues yo creo porque a ellos les gusta, pero no en sí por lo caro, no por barato o no lo compramos, sino porque les gusta. [...]” (Madre 40, grupo 1).

La característica de llenadores es un motivo importante para la elección de los alimentos principalmente en las unidades domésticas donde hay presencia de desnutrición y la coexistencia de ésta con el sobrepeso u obesidad.

⁵ No porque las madres no lo preparen y no porque no haya alimentos para preparar, sino porque a los niños no les gusta o porque se les hace tarde para ir a la escuela.

“[...] porque llenen, porque mira: los frijoles los podemos acompañar con cualquiera otra comida y el huevo casi siempre es del desayuno y no más. Pero cuando usted va a comprar ¿prefiere alimentos que rindan? No, es que siempre compro lo normal, [...] o sea, no voy a comprar 1 kg de kiwis porque se me antojaron ¡nooo!, o sea, ya son gustos ya más... [Levanta la mano] Pero ¿lo que compra es por el precio? Por el precio, porque es comida más barata. ¿Prefiere calidad o cantidad? Pues calidad, pero yo digo que ya ahorita no nos ponemos los moños [Risas] ¿cómo así? Ya, o sea, ya pues a como está todo que se me junta: el agua, que se me junta la luz, qué me queda pa'l mandado más que comprar frijol y la cartera de huevos y vámonos, pa' la semana, o sea, pues ya no alcanza pues, ni ponernos los moños y buscar calidad ni nada, o sea [Risas] [...]” (Madre 3, grupo 5).

“¿Cuáles alimentos llenan para usted? Pues, lo que es el frijol ¿no? lo que siempre aguanta, siempre les tengo frijol ahí porque ¡ay! si no comen frijoles no se llenan” (Madre 39, grupo 4).

La característica de rendidores es otro motivo importante para la elección de los alimentos. Esta cualidad está relacionada con la economía familiar porque entre más rindan los alimentos menos gasto se genera. Sin embargo, aunque esta característica está relacionada con la economía, es reportada ya no por los seis primeros grupos como en el caso de los alimentos baratos, sino por cuatro grupos donde hay presencia de normalidad en peso y talla y coexiste con el sobrepeso y la obesidad.

“Los compro por el precio y por rendidores, porque como le digo, con medio kilo de carne les hago caldo: le pongo arroz, tomate, cebolla, ajo, y el pedacito de carne, una papa y una zanahoria y ya lo hice rendir, y comieron todos pues. Rendidores y baratos, ponle ahí. [Risas] porque les gusta. Ya los acostumbré a comer eso y... ¡les encanta! (con cierto tono irónico). Es raro que compre una lata, es raro. Lo que compro enlatado únicamente es la sardina y el atún, porque como le digo, comprar también pescado fresco ¡olvídate! y ya ves que el atún es un poquito carito, pero pues el atún y la sardina me salen más económicos y, por ejemplo, con dos sardinas comen todos, con arroz. El atún también, les hago unas croquetitas de atún... les pico tomate, lechuga y un pepino y ya se los hago rendir pues” (Madre 16, grupo 5).

“[...] Y hay veces que echo una que otra cosa que me rinda, o digo esa lata me sirva para dos cosas. Y, ¿qué alimentos le rinden? Pues sin dudar lo frijol, y no más, es lo único que compro [...]” (Madre 19, grupo 3).

“Y para que rinda, por ejemplo, si les hago papas pues trato de ponerles otra cosa, que se los guiso juntos, los huevos trato que lleven salchichas, chorizo, los frijoles con queso [...] pues sí trato de combinarlo con otra cosa para que queden llenos” (Madre 23, grupo 1).

La nutrición es un punto fundamental en la alimentación de las unidades domésticas donde prevalece el normo peso y la desnutrición. Y en los hogares con desnutrición y exceso de peso, además de nutritivos es más importante que les llenen:

“Pues sí el caldo es más fácil, es más batallito pero es más bueno. Lo que nos gusta, por el precio pues según, pues cuando vamos a comprar lo que vemos más baratillo y que nos guste también y cuando está caro y si nos gusta, lo llevamos. Porque nos gusta. Que sean nutritivos” (Madre 26, grupo 1).

“Por el precio, porque hay veces que se me antoja eso y lo compro para hacerlo en la semana. Yo prefiero que queden nutridos que llenos. [...]” (Madre 38, grupo 1).

“Que estén en buen estado, mucho mejor si están baratos, porque llenan, porque son buenos, porque son nutritivos” (Madre 37, grupo 2).

Considerar la nutrición como un motivo para la elección de los alimentos puede deberse a la presión social que los lleva a una preocupación constante por no ser obesos, porque también conocen y reconocen las repercusiones que la obesidad tiene en términos de salud y en el desarrollo social del individuo. Presión social como motor para que las campañas preventivas realizadas puedan enfrentar la obesidad y dar frutos.

La facilidad en la preparación de las comidas fue también una característica a tomar en cuenta, sobre todo para los hogares donde la madre trabajaba fuera de casa. Para todas las madres de este estudio, una adecuada alimentación tiene que ser variada y sana, además debe ser balanceada. Su propia alimentación la percibieron como buena, excepto en los hogares donde hay presencia de exceso de peso, percepción que coincide con la condición nutricional de sus hijos. Aún así, en las familias con presencia de desnutrición, también percibieron su alimentación como buena, quizá porque la delgadez es más valorada socialmente que la obesidad, y se tiende a pensar que estar delgado es estar sano.

En este sentido, en estas familias se persigue la delgadez como el ideal de cuerpo tanto en los hombres como en las mujeres, adultos y niños; pero en las mujeres la delgadez debe ir acompañada de salud y belleza, y en los hombres de salud y fuerza. En los significados del cuerpo, se tiende a privilegiar la figura delgada y

la obesidad es entendida como un problema de salud, pero también de estética. Sobre la valoración positiva de un cuerpo delgado que indica salud, las madres de casi todas las familias se perciben con sobrepeso o gordas, menos las madres de hijos con desnutrición que se consideran delgadas. Finalmente, aunque para todas las madres la obesidad es un problema de salud que sin duda repercute en la productividad de las personas en sus actividades cotidianas, también tiene grandes desventajas en términos de belleza y presentación. Una persona gorda puede tener menos opciones a la hora de ser elegida para un trabajo, por las implicaciones en términos de salud y agilidad, pero también porque la gordura no indica buena presentación, en un mundo donde las exigencias sociales determinan que el cuerpo debe ser delgado y bello.

Conclusiones

En esta población encontramos uno de los rasgos que caracteriza a las comunidades pobres en México que es la doble o triple carga de la malnutrición entre la población infantil, pero que, a diferencia de la tendencia nacional, en esta localidad la problemática se presenta mayormente en las niñas, situación que pervive hasta la edad adulta. Asimismo, vemos que en una misma familia pueden coexistir diferentes condiciones nutricionales, lo que nos habla también de las particularidades individuales del problema, como pueden ser las condiciones iniciales de vida.

En nuestro estudio encontramos que fueron más los consumidores que los productores al interior de las unidades domésticas, esto porque en su mayoría fueron familias nucleares que se encontraban en etapa de formación y consolidación. Las unidades domésticas complejas y extensas presentaron un mayor nivel de pobreza y una condición nutricional tendiente a presentar sobrepeso u obesidad. Lo que se presentó fue una estrategia en función de compartir la vivienda y el trabajo doméstico; así como los servicios públicos. Las ayudas gubernamentales también representaron una alternativa como fuente de ingreso para las familias.

Las estrategias alimentarias se manifiestan a distintos niveles, desde el abasto, preparación y consumo de alimentos. Encontramos un patrón de consumo que favoreció a los alimentos más económicos, rendidores y con mayor poder de saciedad. Los supermercados de la ciudad fueron el principal proveedor, pero en tiempo de carencias, las tiendas locales y los vendedores ambulantes son la principal opción por el crédito que les ofrecen. Se priorizan las comidas que impliquen menor tiempo de preparación y gasto de combustible. Las comidas tradicionales fueron las más valoradas, aunque en muchas ocasiones, la decisión de los hijos es más importante y otorgan más valor a las comidas rápidas. En cuanto a la comen-

salidad, identificamos una simplificación y una tendencia a que no se comparta el momento de las comidas principalmente por cuestión de horarios.

En general, las diferencias en las estrategias alimentarias de las familias, de acuerdo con la condición nutricional y factores de riesgo en la primera infancia, radican sobre todo en las prácticas que llevan a cabo, y no en las representaciones, tal vez responde a que son las condiciones materiales de vida y las oportunidades de vida las que orientan las prácticas y no tanto los significados compartidos (Cockerham, 2005).

Esta investigación muestra la complejidad del problema de la obesidad infantil, sobre todo en el contexto de pobreza, en donde se convive con la desnutrición y con la escasez de recursos. Aunado a que las representaciones colectivas de lo que es saludable y el valor que se le otorga a la figura corporal, así como a las connotaciones de género, complejizan aún más el problema. Ante este panorama, las intervenciones y las políticas públicas anti obesidad deberían de contemplar las múltiples caras de la malnutrición en México para su abordaje y atención.

Referencias

- Aguirre, P. (2000). Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza. En: *La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública*. Publicación Científica No. 576. Organización Panamericana de la salud.
- Aguirre, P. (2007). *Qué puede decirnos una antropóloga sobre alimentación. Hablando sobre gustos, cuerpos, mercados y genes*. Ponencia en el 5to Congreso Internacional de Cardiología por internet. Federación Argentina de Cardiología (FAC) <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c027e/aguirrep.php>
- Aguirre, P. (2010). *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*. Ed. Miño y Dávila, Argentina.
- Álvarez, J., Moreno, B., & Monereo, S. (2000). Obesidad: una visión actual. En: Obesidad. *La epidemia del siglo XXI*. B. Moreno, S. Monereo y J. Álvarez (eds.) Segunda edición. Díaz de Santos Ed. Madrid.
- Alves, F., & Magãlhaes, R. (2005). Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, 21 (6): 1792-1800.
- Barker, D. (1995). Fetal origins of coronary heart disease. *British Medical Journal*. 311(6998): 171-174.
- Barquera, S., Campos-Nonato, I., Rojas, R., & Rivera, J. (2010). Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México*. 146:397-407.

- Barquera, S., Campos, I., & Rivera, J. (2013). Mexico attempts to tackle obesity: the process, results, pushbacks and future challenges. *Obesity Review*. 14(S2):69-78. <https://doi.org/10.1111/obr.12096>.
- Bhurosy, T., & Jeewon, R. (2014). Overweight and obesity epidemic in developing countries: a problem with diet, physical activity, or socioeconomic status? *Scientific World Journal*. 964236. <https://doi.org/10.1155/2014/964236>
- Borda, P. (2007). La paradoja de la malnutrición. *Salud Uninorte*. 23(2):276-291.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas, sobre la teoría de la acción*. (Trad.) Editorial Anagrama, Barcelona.
- Bourdieu, P. (2002). *La distinción: criterio y bases sociales del gusto*. Editorial Taurus.
- Bourdieu, P. (2011). *Las estrategias de la reproducción social*. Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires.
- CDC/NCHS. (2000). Centers for Disease Control and Prevention/National Center for Health Statistics. CDC Growth Charts: United States. <http://www.cdc.gov/growthcharts>.
- Chayanov, A. (1974). *La organización de la unidad económica campesina*. Buenos Aires, Editorial Nueva Visión.
- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51-67.
- CONEVAL. (2011). Líneas para la medición de la pobreza, México. México.
- CONEVAL. (2019). *Diez años de medición de pobreza multidimensional en México: avances y desafíos en política social*. Medición de la pobreza serie 2008-2018, 66. Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>
- Danielzik, S., Czerwinski-Mast, M., Langnäse, K., Dilba, B., & Müller, M. (2004). Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5-7 y-old children: baseline data of the Kiel Obesity Prevention Study (kops). *International Journal of Obesity*. 28:1494-1502.
- ENSE-Encuesta Nacional de Salud en Escolares-2008. (2010). Instituto Nacional de Salud Pública. México, D.F.
- ENSANUT-Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012 y 2018). Instituto Nacional de Salud Pública. Gobierno Federal. México.
- Engel G. (2003). Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. *Ciência y Saúde Coletiva*, 8(3):713-726.
- Escobar, A., & González de la Rocha, M. (1995). Crisis, restructuring and urban poverty in México. *Environment and Urbanization*, 7(1):57-76.
- FAO, OPS, WFP y UNICEF. (2019). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019. Santiago. 135. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- Figueroa, P. (2009). Obesidad y Pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. *Saúde Soc. São Paulo*. 8(1):103-117.
- Giménez, G. (1997). *Materiales para una teoría de las identidades sociales*. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, México.
- González de la Rocha, M. (1986). *Los recursos de la pobreza. Familias de bajos ingresos de Guadalajara*. El Colegio de Jalisco/CIESAS, Guadalajara, México.
- Goody, J. (1982). *Cocina, cuisine y clase. Estudio de sociología comparada*. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
- Hoffman, D. (2001). Obesity in developing countries: causes and implications. *Food, Nutrition and Agriculture*. No. 28, USA.
- Hofmann, B. (2015). Obesity as a socially defined disease: Philosophical considerations and implications for policy and care. *Health Care Analysis*. 24(1), 86-100. Doi:10.1007/s10728-015-0291-1.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2012). Archivo Histórico de Localidades. México. http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/geoestadistica/consulta_localidades.aspx
- INEGI, INSP, Secretaría de Salud. (2019). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Presentación de Resultados. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Lohman, T., Roche, A., & Martorell, R. (1988). *Human Kinetics Books*. Champaign, IL.
- Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2005). Obesity in children and Young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*. 5(1):4-85.
- Lowenberg, M., & Wilson, E. (1979). *Los alimentos y el hombre*. Editorial Limusa, México.
- Maffeis, C. (2000). Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. *European Journal of Pediatrics*. 159(13):35-44.
- Martínez, J., Moreno, M., Márquez-López, I., & Martí, A. (2002). Causas de obesidad. *Anales Sis San Navarra*. vol. 25, suplemento 1.
- Marx, K. (1980). Teorías sobre la plusvalía: Tomo iv de *El Capital*, traducción de Wenceslao Roces, México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Meléndez, J., Cáñez, G., & Frías, H. (2012). Comportamiento alimentario durante la adolescencia. ¿Nueva relación con la alimentación y el cuerpo? *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 4:99-111.
- Meléndez, J., & Aboites, L. (2015). Para una historia del cambio alimentario en México durante el siglo xx. El arribo del gas y la electricidad a la cocina. *Revista de Historia Iberoamericana*, 8(2), 76-101.

- Messer, E. (2006). Globalización y dieta: significados, cultura y consecuencias en la nutrición. En: *Antropología y Nutrición*. Fundación Mexicana para la Salud. México, pp. 27-74.
- Moser, C. (1998). Reassessing urban poverty reduction strategies: The asset vulnerability framework en *World Development*. Washington, The World Bank, vol. 26, No. 1, pp. 1-19.
- Mundo, V., Unar, M., Hernández, M., Pérez, R., & Shamah, T. (2019). La seguridad alimentaria en los hogares en pobreza de México: una mirada desde el acceso, la disponibilidad y el consumo. *Salud Pública de México*, 61(6, nov-dic), 866. <https://doi.org/10.21149/10579>.
- Oliveira, O., & Salles, V. (1989). Acerca del estudio de los grupos domésticos. Un enfoque sociodemográfico. En Orlandina De Oliveira *et al.*, *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*, UNAM/Porrúa/Colmex, México.
- OMS. (1998). Obesity: preventing and managing the global epidemics. Ginebra: OMS, 161-238.
- OMS. (2016). Obesity and overweight. World Health Organization; 2015 [cited 2016]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
- Ortale, S. (2007). La comida de los hogares: estrategias e inseguridad alimentaria. En *Los significados de la pobreza*. Editorial Biblos. Argentina.
- Patel, R., & McMichael, P. (2009). A Political Economy of the Food Riot. *Review*, xxxii, 1, 2009, 9-35.
- Pelto, G., & Pelto, P. (1983). Diet and delocalization: Dietary changes since 1750. *Journal of Interdisciplinary History*. xiv: 2, 507-528.
- Peña, M., & Bacallao, J. (2000). *La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública*. Publicación Científica No. 576. Organización Panamericana de la salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Pan American Health Org.
- Phillips, L. (2006). Food and Globalización. *Annual Review of Anthropology*. 35:37-57.
- Poulain, J. (2009). *Sociologie de l'obésité*. PUF Ed. coll. «Sciences sociales et sociétés», Paris, pp. 368.
- Registro Nacional de Peso y Talla en Escolares (RNPT). Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Secretaría de Salud y DIF Nacional. Agosto 2017.
- Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Gaona-Pineda, E., Gómez-Acosta, L., Morales-Ruán, M., Hernández-Ávila, M., & Rivera-Dommarco, J. (2018). Sobre peso y obesidad en niños y adolescentes en México, actualización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. *Salud Pública de México*. 60:244-253. <https://doi.org/10.21149/8815>

- Stunkard, A. (2000). Factores determinantes de la obesidad: opinión actual. En *Publicación Científica* No 576. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Pan American Health Org.
- Torrado, S. (1981). Sobre los conceptos de “Estrategias familiares de vida” y “Procesos de reproducción de la fuerza de trabajo”: notas teórico-metodológicas. *Estudios Demográficos y Urbanos*, El Colegio de México AC. 15(2):204-233.
- UNICEF. (2020). Informe Anual 2019. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF México.
- Varela-Silva, M., Dickinson, F., Wilson, H., Azcorra, H., Griffiths, P. & Bogin, B. (2012). The Nutritional Dual-Burden in Developing Countries – How is it Assessed and What Are the Health Implications? *Collegium Antropologicum* 36 (2012) 1: 39–45.
- Vizcarra, B. (2002). *Entre el taco mazabua y el mundo. La comida de las relaciones de poder, resistencia e identidad*. Universidad Autónoma del Estado de México. México.
- Vizcarra B. (2004). Hacia un marco conceptual-metodológico renovado sobre las estrategias alimentarias de los hogares campesinos. *Estudios Sociales*. No. 23 vol. XII, p.p. 38-72.

Capítulo 5

Los programas alimentarios y el estado de nutrición de escolares indígenas con (in) seguridad alimentaria en la comunidad matlatzinca, Estado de México⁶

Food programs and nutrition status of indigenous schoolchildren with food (in) security in the matlatzinca community, State of Mexico

Ivonne Vizcarra-Bordi, Fernando Carreto-Guadarrama, Alejandra Donají Benítez-Arciniega, Leidi Rocío Mercado-García, Ignacio López-Moreno y Roxana Valdés-Ramos

Resumen

Los programas alimentarios han disminuido la desnutrición infantil pero también podrían contribuir al aumento de la prevalencia de sobrepeso-obesidad en escolares que se benefician de su uso. En México, las prevalencias de sobrepeso y obesidad en niños de bajos ingresos han llevado a cuestionar si el acceso a programas dirigidos a población en condición de inseguridad alimentaria contribuye al incremento de este problema. El estudio transversal en 178 escolares de la etnia matlatzinca del Estado de México tiene como objetivo conocer la asociación entre el acceso a uno o varios programas de ayuda alimentaria, con las alteraciones del estado de nutrición de escolares según la percepción de Seguridad o Inseguridad Alimentaria (SA/IA) de sus tutores-as. Se utilizó el IMC para valorar el estado de nutrición de los escolares, se aplicó un cuestionario a tutores sobre el acceso a los programas alimentarios gubernamentales y la Escala Mexicana de Seguridad Alimentaria. Se analizaron las diferencias entre grupos con SA/IA, a través de la prueba Chi-cuadrada a partir de categorías: “participación del escolar en algún

⁶ Este estudio se realizó gracias al apoyo financiero del proyecto de investigación Ciencia Básica CONACYT 2009- 130947 “El maíz mesoamericano y sus escenarios de desarrollo local”.

programa alimentario” y “normalidad o sobrepeso-obesidad”. Se calculó OR (intervalos de confianza 95%) como variable predictora de sobrepeso-obesidad. Se concluye que la prevalencia de sobrepeso-obesidad no depende del acceso a los programas alimentarios independientemente de la percepción de SA/IA.

Palabras Clave: Programas alimentarios, estado de nutrición, escolares, indígenas, seguridad alimentaria.

Abstract

Food aid programs (FDP) have reduced child malnutrition but could also contribute to the increased prevalence of overweight-obesity in schoolchildren who to access them. In México, overweight and obesity prevalence in low-income children, may be associated with the access to these social programs, especially in food insecurity of rural. Cross-sectional study in 178 schoolchildren from matlatzinca ethnic group of the State of Mexico. The objective was to identify the association between the access to one or more FDP with altered schoolchildren nutritional status, by food security/insecurity (FS/FI) perception from their tutors. BMI were used to assess the nutritional status of schoolchildren. A structured questionnaire was applied to a tutor on the access to government FDP and, the “Escala Mexicana de Seguridad Alimentaria”. Taking into account the categories “school participation in some food program” and “normal or overweight-obesity” of the nutritional status, the differences (Ji-square test) between FS/FI groups were analyzed. The association between the access to FDP and nutritional status was identified using a multivariate logistic regression model, calculating OR (confidence intervals 95%) considering the access to one or more FDP as a predictor variable of overweight-obesity. 25.2% presented overweight-obesity. It was found that the prevalence of overweight-obesity does not depend on the use of FDP.

Keywords: Food programs, nutritional status, schoolchildren, indigenous people, food security.

Antecedentes

Las intervenciones gubernamentales para la prevención de la malnutrición han cobrado importancia en la agenda pública durante las últimas dos décadas, debido al aumento de la prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil en países en desarrollo que viven diferentes niveles de inseguridad alimentaria y crecimiento de la pobreza (Lobstein *et al.*, 2004; Figueroa, 2009; FAO/OPS, 2017). Especialmente, se ha

planteado la necesidad de redefinir la teoría y la práctica de evaluación, corrección, control y prevención de políticas sociales y de salud pública, que puedan afectar de forma adversa la salud de la presente y futuras generaciones (Baum, 2016).

Una vía para comprender las complejas relaciones multifactoriales entre política pública y las alteraciones en el estado de nutrición en poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, es la interdisciplinariedad. Este esfuerzo retoma temas culturales y de estilos de vida (Bertran, 2010) que implican entre otros, el estudio de una transición nutricional y epidemiológica derivada entre otros factores, del aumento en el consumo de alimentos industrializados y ultraprocesados con elevados aportes de azúcares simples, sodio y grasas saturadas (Galvão *et al.*, 2010; Popkin, 1998), acompañado de una disminución drástica de la actividad física (Peña y Bacallao, 2005).

Actualmente, estos cambios constituyen un gran reto para la salud pública. Por un lado, a la malnutrición y los cambios del estilo de vida se les asocian enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles como la obesidad, la diabetes *mellitus* tipo 2, las dislipidemias, la hipertensión arterial, la insuficiencia renal, y el cáncer entre otras, que implican altos costos económicos y sociales (Cecchini *et al.*, 2010; Popkin y Gordon-Larsen, 2004). Por otro lado, debido al acelerado proceso de la globalización agroalimentaria, atender los problemas de salud pública se ha traducido en otra gran limitante para distintos sectores de la población, especialmente para los marginados (PNUD, 2010) en los que coexisten desnutrición, sobrepeso-obesidad, enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles e Inseguridad Alimentaria (IA) (Mundo-Rosas *et al.*, 2013) y otras desigualdades sociales (Servan-Mori *et al.*, 2014).

Dentro de estas poblaciones, niños y niñas son quienes presentan mayores condiciones de vulnerabilidad, pues dependen de las capacidades socioeconómicas de sus familias para tener acceso a los alimentos nutrimentalmente adecuados e inoctrinos que requieren para desarrollarse sanamente y en ambientes saludables (Figueroa, 2003). Cualquier disponibilidad limitada o incierta para adquirir alimentos recomendables en formas socialmente aceptables por las comunidades indígenas favorece una situación de IA (FAO, 2012). En este sentido, es preocupante que las dietas indígenas hayan sido reemplazadas paulatinamente tanto en sus comidas como en sus ingredientes tradicionales por alimentos procesados industrialmente (Aguirre *et al.*, 1998; Kuhnlein y Receveur, 1996). Resultado de esta transición alimentaria, se encuentra la coexistencia de la desnutrición con la elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en infantes, adolescentes y adultos, que habitan en ocasiones en un mismo hogar o en mismos contextos sociales (Álvarez-Castaño *et al.*, 2012; González-Castell *et al.*, 2007).

A la hora de indagar esta compleja situación, algunos estudios han demostrado que se trata de la doble carga de la malnutrición, es decir que, por un lado, la falta de nutrientes desde temprana edad impide el adecuado desarrollo físico e intelectual del individuo, pero al mismo tiempo, aumenta el riesgo de desarrollar en la vida adulta enfermedades crónico-degenerativas, con grandes costos directos e indirectos para las familias (Kroker-Lobos *et al.*, 2014; Moreno-Altamirano *et al.*, 2014).

En México desde la década de los 80 del siglo xx se ha difundido una vigorosa política para atender la desnutrición infantil en los sectores con mayores riesgos de IA. Pese a ello, el número de escenarios similares no ha dejado de crecer (Martínez-Rodríguez *et al.*, 2015), y a la IA se le suman condiciones socioeconómicas adversas, como el bajo conocimiento relacionado con la alimentación y nutrición saludables (FAO y organizaciones, 2018). Esta situación fue recogida por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) y de Medio Camino (ss/INSP, 2016), que reveló que 70% de los hogares mexicanos presentaron algún nivel de IA (Gutiérrez *et al.*, 2012), porcentaje que disminuyó al 55.5% en la ENSANUT 2018 (INEGI/INSP/ss, 2019).

Los programas alimentarios que distribuyen alimentos y despensas en los hogares o brindan servicios de preparación de platillos en las escuelas han sido estrategias gubernamentales que han disminuido la desnutrición, demostrando mejoras sobre todo en los indicadores de crecimiento (Gamboa *et al.*, 2016). Paradójicamente, también se ha demostrado su contribución al aumento de la prevalencia de sobrepeso-obesidad en escolares que se benefician de su uso, incrementando la disponibilidad de alimentos con elevada densidad energética o con componentes nutricionales no recomendables como las grasas saturadas y un exceso de sodio (Rauber *et al.*, 2015).

Entre las intervenciones gubernamentales para mejorar el estado de nutrición infantil sin relacionarlo con la IA de los hogares, se encuentra el de “Desayunos escolares” que administra el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Los desayunos escolares tienen su origen en la fundación altruista Gota de Leche, la cual distribuía leche entera en la Ciudad de México desde la segunda década del siglo xx. No fue hasta los 80 que el DIF retoma esa experiencia y lo instituye progresivamente en varios estados del país, principalmente porque identificó que uno de los elementos asociados directamente al desempeño escolar y al ausentismo escolar, era el problema focal de la desnutrición infantil en sectores escolares de alta marginalidad (Evangelista, 1998). El Programa de Desayunos Escolares se distribuye en dos formatos: desayunos fríos o desayunos calientes. A pesar de su gran cobertura en poblaciones vulnerables (12.2%), existen pocos estudios que evalúen su desempeño junto con otros programas de ayuda alimentaria

que han beneficiado a muchos hogares con escolares en condición de pobreza y marginación en México (Gutiérrez *et al.*, 2012).

Otro programa que se alinea con la intervención anterior surge a finales del siglo xx, el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA 1997-2002) implementado en el período del presidente Ernesto Zedillo. Fue el primero de la política social que asistió de manera focalizada, condicionada y a través de transferencias monetarias directas a miles de hogares rurales e indígenas para hacer frente a las consecuencias sociales y alimentarias que traería el rumbo neoliberal que seguía la economía agropecuaria del país (Vizcarra, 2002). Por su cobertura, PROGRESA fue retomado por los gobiernos subsiguientes de Vicente Fox y Felipe Calderón, quienes lo transformaron en el Programa de Desarrollo Humano OPORTUNIDADES (2002-2014) y, posteriormente, en el gobierno de Enrique Peña Nieto, convirtiéndose en el Programa de inclusión social PROSPERA (20014-2018). Este último se circunscribió en el Programa Nacional de Apoyo Alimentario (PAL) al formar parte de la estrategia que poco duró debido a problemas de gobernabilidad federal: la Cruzada Nacional contra el Hambre (Sin-Hambre). En el PAL, PROSPERA se caracterizó por apoyos en efectivo y Sin-Hambre por el apoyo en especie a través de comedores comunitarios (Morales-Ruán *et al.*, 2018). Precisamente fueron los comedores comunitarios de la Cruzada Nacional contra el Hambre los que desaparecieron de la vida pública a mediados de 2018 (Badillo, 2018).

La continuidad de estos programas sociales se finca de pasar de un esquema focalizado a un esquema con amplia cobertura, corresponsabilizando a las madres de familia pobres para ejercer los recursos de los programas en beneficio de sus hijos e hijas. A la falta de una política que re-incentive la producción de auto-abasto alimentario de las familias indígenas y campesinas, a ellas no les quedó más remedio que aceptar estos nuevos retos de corresponsabilidad (Vizcarra, 2008). De hecho, de acuerdo con lo descrito en la ENSANUT 2012 (Gutiérrez *et al.*, 2012) se afirma que en casi uno de cada 4 hogares en México se recibieron beneficios de uno o más programas de desarrollo social o de nutrición con componente alimentario o nutrimental o con transferencias económicas dirigidas a mejorar la alimentación.

Otro programa que se suma al interés de mejorar el estado de nutrición en escolares y que ha favorecido la inclusión de alimentos industrializados en las familias es el de Apadrina un Niño Indígena (ANI) en el Estado de México, el cual consiste en beneficiar a un niño o niña en edad escolar por familia seleccionada, con una canasta de productos alimentarios al mes. Al igual que algunos programas estatales, éste no ha tenido una valoración que califique su desempeño y el logro de sus objetivos (Mercado *et al.*, 2018).

Estudios previos que evaluaron el impacto de los desayunos escolares muestran que no es suficiente identificar una cierta intervención gubernamental como factor de riesgo en el aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil ya que existen múltiples condicionantes que afectan el estado de nutrición entre niños y niñas de 5 a 11 años (Ramírez-López *et al.*, 2005). Frente al incremento continuo de prevalencias de sobrepeso y obesidad en este grupo de edad a nivel nacional, registrado en las dos últimas décadas en las encuestas nacionales de salud y nutrición, siendo que pasó de 26.9% en 1999 a 34.8% en 2006, a 34.4% en 2012, y a 35.6% en 2018 (Gutiérrez *et al.*, 2012; INEGI/INSP/SS, 2019), Rivera-Dommarco y colaboradores (2013) ya habían recomendado ampliamente enfatizar en evaluaciones profundas e independientes del diseño; los procesos e impacto de los programas de nutrición dirigidos a la población indígena en localidades específicas. Particularmente, sugieren incluir aspectos de calidad de la entrega de servicios, productos y de demanda y utilización por parte de la población beneficiaria, para recomendar las modificaciones necesarias que conlleven mejoras en el estado de nutrición infantil, evitando al mismo tiempo que promuevan el aumento excesivo de peso. Igualmente, Stunkard (2000) ya había apuntado que para comprender el aumento de prevalencias de obesidad infantil en condiciones de pobreza, no es suficiente enfocarse sólo a las razones genéticas o sólo las condiciones socioeconómicas, sino que además, incluir otros determinantes socioambientales de la obesidad como el cambio en los patrones de consumo alimentarios o los estilos de vida.

Ciertamente los factores de riesgo a la salud humana presentan una compleja interacción que difícilmente puede detectarse frente a la intervención en diferentes escalas: individuo, hogar-familiar, escuela y la comunidad (McLeroy *et al.*, 1988). De aquí que el estado de nutrición de escolares de grupos indígenas y rurales que viven condiciones de IA sigue siendo motor de política para justificar la multi-intervención (Loaiza y Atalah, 2006).

Por lo anterior, y tomando en cuenta los contextos de pobreza en las comunidades indígenas del Estado de México, el objetivo de este trabajo es conocer la asociación entre el acceso a uno o varios programas de ayuda alimentaria dirigidos a escolares y sus familiares, con el estado de nutrición de escolares, según la percepción de seguridad/inseguridad alimentaria de sus tutores-as.

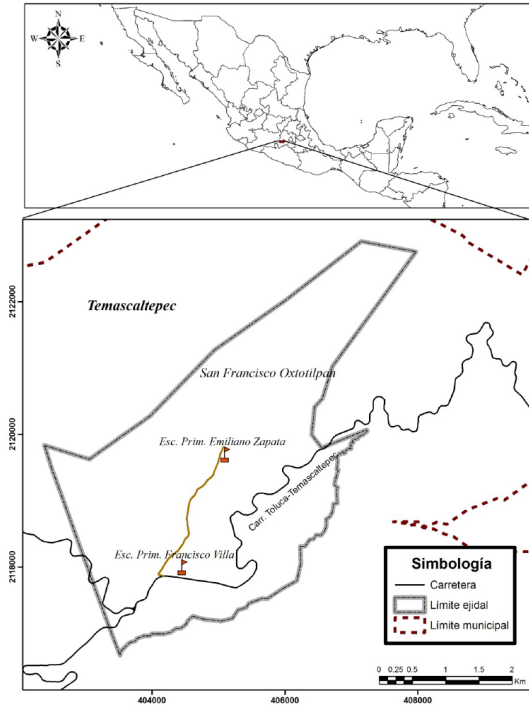
METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio transversal de corte cuantitativo, derivado de un proyecto longitudinal, correspondiente a un macroproyecto que tiene por objetivo evaluar anualmente la disponibilidad y el acceso alimentario de las familias rurales a las que

pertenece al menos un niño o niña en edad escolar, y que es beneficiario directo de al menos un programa de alimentación (utilización de programas). Aunque la población de estudio se considera perteneciente a la etnia matlatzinca, los participantes son bilingües y utilizan fluidamente tanto el idioma matlatzinca como el español, habilidad que facilitó el desarrollo de la investigación sin la necesidad de traducir el texto de los instrumentos empleados para la recolección de datos. Tampoco se requirió de intérpretes locales, aún y cuando estuvieron disponibles.

El estudio se realizó durante febrero y agosto de 2017 en la comunidad rural del Ejido de San Francisco Oxtotilpan (sfo), municipio de Temascaltepec, Estado de México localizado en la zona de las faldas del volcán Xinantécatl (figura 1), comunidad de la etnia matlatzinca ubicada a 2643 m sobre el nivel del mar con una población total de 1,435 personas, de las cuales 671 son hombres y 764 mujeres (INEGI, 2010).

Figura 1. Mapa de San Francisco Oxtotilpan (sfo), Municipio de Temascaltepec, México y ubicación de escuelas primarias



La muestra para este análisis transversal fue no probabilística considerando a toda la población escolar de 6 a 12 años (niñas y niños), de quienes se obtuvieron el consentimiento informado de sus madres, padres o tutores y el propio asentimiento. Las y los escolares incluidos en el análisis estuvieron registrados como alumnos inscritos en alguna de las dos escuelas primarias públicas de la comunidad. La escuela primaria “Emiliano Zapata” (de la delegación), con 101 inscritos, y la escuela primaria “Francisco Villa” (de la subdelegación), con 91 inscritos. El estudio fue aprobado por las autoridades locales educativas y comunitarias. Se logró la participación voluntaria de madres, padres o tutores como adultos responsables de los niños y niñas siendo los informantes directos. Mayoritariamente las madres de familia (97%), fueron las que respondieron la encuesta semiestructurada que incluyó el cuestionario recomendado por el Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL) para conocer la percepción de seguridad o inseguridad de los hogares mexicanos: la Escala Mexicana de Seguridad Alimentaria (EMSA).

Se realizaron al menos dos presentaciones del estudio a cada una de las escuelas primarias, para explicar los objetivos, la metodología y los alcances de la investigación en la comunidad. El grupo de investigadores fue el encargado de brindar información y asesorías a la población con respecto a la inclusión de las niñas y los niños en el estudio, así como de establecer compromisos de información de la salud y del estado de nutrición que se obtuvo. A su vez, los líderes de la comunidad y representantes escolares manifestaron plenamente el apoyo para la realización de las entrevistas, la aplicación del cuestionario y el registro de las variables de interés. Aunque la comunidad representa a la etnia matlatzinca, el dominio y uso del español es generalizado en toda la comunidad, lo que facilitó la comunicación entre los investigadores y la población.

Evaluación del estado nutricional

Para cada uno de los escolares incluidos en el estudio se obtuvieron el peso y la estatura, para evaluar el estado nutricional a partir del Índice de Masa Corporal (IMC) mediante la fórmula: $\text{Peso (kg)}/\text{Talla}^2 \text{ (m)}$.

Para el registro del peso se utilizaron dos básculas clínicas calibradas y recalibradas entre cada medición marca Tanita serie UM-026 y UM-06, precisión en milímetros. Para la estatura se utilizó un estadímetro de pared marca SECA Modelo 214 con longitud de hasta 220 centímetros con especificidad en milímetros. A cada uno de los escolares se les posicionó cuidando siempre el plano de Frankfurt. Para evaluar el estado de nutrición de acuerdo con el sexo y la edad, se utilizaron las categorías percentiles del IMC propuestas por la Organización Mundial de la

Salud (OMS, 2007) para niños y niñas de 5 a 19 años, considerando un IMC normal si se ubicaba entre los percentiles 5 y < 85, sobrepeso entre los percentiles 85 y <95 y obesidad a partir del percentil 95 (OMS, 2007). De acuerdo con la OMS, los percentiles anteriores categorizan sobrepeso y obesidad por separado en cada sujeto, pero para fines de este estudio se decidió considerarlos juntos en una misma categoría, procedimiento similar al realizado en evaluaciones poblacionales previas en México (Gutiérrez *et al.*, 2012; INEGI/INSP/SS, 2019). Esto con la finalidad de comparar ambas prevalencias combinadas, buscando mayor representatividad estadística en las alteraciones de sobrepeso-obesidad con respecto al normal.

Todas las mediciones corporales se realizaron en presencia de un adulto responsable del menor, solicitándole al escolar que estuviera con el mínimo de ropa (shorts, playera y calcetería previamente estandarizada) y sin objetos que impidieran una adecuada medición. Asimismo, las mediciones se realizaron con las técnicas estandarizadas preestablecidas para menores sanos por personal capacitado y estandarizado previamente.

Inseguridad alimentaria

El estado de Inseguridad Alimentaria (IA) se midió a través de la EMSA, la cual es la versión mexicana de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA)⁷ (Pérez-Escamilla *et al.*, 2007). La EMSA es una escala de auto-reporte de percepción sobre las experiencias relacionadas con el acceso a los alimentos en el hogar. La escala explora a través de 12 preguntas ordenadas en un continuo de menor a mayor severidad, si los integrantes del hogar, por falta de ingresos o recursos de otra naturaleza que les permitan obtener alimentos, en los últimos tres meses han experimentado pérdida en la variedad de los alimentos, disminución de la cantidad o calidad de los mismos o, incluso, episodios de hambre (CONEVAL, 2013-14). Esta encuesta está diseñada para ser respondida por un adulto responsable del hogar o por quien se encarga de la preparación de alimentos para el consumo familiar. Se consideró Seguridad Alimentaria (SA) cuando todos los integrantes de la familia tuvieron en todo momento acceso físico y económico a cantidades suficientes de alimentos inocuos y nutritivos que cubrieran sus requerimientos y necesidades dietéticas. De esta manera, la IA se define como “la condición que resulta de un acceso incierto o nulo a alimentos nutricionalmente adecuados y socialmente aceptables” (Vega-Macedo, 2014: S21).

⁷ La ELCSA es un instrumento válido en América Latina para el diseño de políticas de SA al identificar componentes dietéticos que la medición de la pobreza no logra.

Si bien existen diversos componentes que deberían ser analizados para profundizar sobre la IA (disponibilidad, precios de los alimentos, poder de compra, nivel de ingresos familiares, producción de autoconsumo, usos y costumbres, entre otros), la EMSA permite de una manera rápida y con respuestas binarias, en primer instancia conocer la percepción que el respondiente tiene de su nivel de satisfacción de acceso a los alimentos. En este sentido, dependiendo del número de respuestas afirmativas o negativas para cada una de las preguntas de la escala, se categoriza la SA o la IA en hogares con menores de 18 años. SA cuando el informante responde negativamente a las 12 preguntas de la escala y con una sola respuesta afirmativa, se considera que el hogar pasa por un nivel de IA. La EMSA emplea tres categorías para conocer el índice de IA: Severa (de ocho a doce respuestas afirmativas) reporta que el hogar ha vivido una experiencia de hambre; Moderada (de cuatro a siete respuestas afirmativas) supone una reducción en la calidad y cantidad de alimentos y; Leve (de una a tres respuestas afirmativas) significa que sólo existe una percepción de reducción de la calidad de alimentos (CONEVAL, 2013-14). Para efectos de este análisis se agrupó en una sola categoría los tres niveles de IA con lo que se definió la variable “presenta IA”. No obstante, sólo para describir la utilización de los programas se emplean las tres categorías de IA.

Cabe mencionar que no se realizó un método específico para validar la EMSA, más bien, sirvió de instrumento para conocer la percepción de SA/IA los hogares en los que viven las madres o tutores respondientes, tomando en cuenta que fue previamente validada con el método de Rasch por el CONEVAL (Tristán, 1998) y ha sido empleada en varias investigaciones de salud pública y políticas alimentarias (Vega-Macedo *et al.*, 2014).

Programas alimentarios gubernamentales “Acceso a los programas”

Para el análisis del modelo final, se consideró como variable independiente el acceso al menos a un programa alimentario. Para ello, se identificó a los escolares de ambos sexos que fueron usuarios directos de uno o más programas alimentarios gubernamentales mediante una entrevista directa aplicada a las madres y los padres de familia. Los programas con presencia en ambas escuelas fueron tres: PROSPERA de Inclusión social, Desayunos Escolares del DIF (desayunos fríos y calientes) y Programa de Desarrollo Social Apadrina un Niño Indígena (ANI).

El Programa de inclusión social PROSPERA concluyó con la administración de Enrique Peña en 2018, año en que se levantó la encuesta. El objetivo del programa era: “Contribuir a fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza, a través de acciones que amplían el desarrollo de sus capacidades en alimentación, salud y

educación, y el acceso a otras dimensiones de bienestar para coadyuvar a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza” (PROSPERA, 2015). El apoyo se otorgaba a las madres de familia de escolares a través de una transferencia monetaria directa, cuyo apoyo dependía del número de hijos e hijas inscritas a la escuela de nivel básico (primaria y secundaria), llegando a percibir hasta \$2,000.00 (dos mil pesos 00/100 MN) por familia bimestralmente.

El Programa de Desayunos Escolares (PDE) del DIF, está dirigido a niñas y niños con algún grado de desnutrición y en situación de riesgo que asisten a planteles públicos de educación preescolar y primaria (DIF, 2009). El DIF entrega desayunos en dos tipos, el frío y el caliente. Así, el aprovechamiento escolar puede ser mejorado a través de distintos mecanismos relacionados con la dieta y aislados de la desnutrición (DIF, 2009). El desayuno frío se compone de leche de vaca semidescremada sin sabor (250 ml); 30 ó 60 gramos de cereal integral con frutas secas o una ración de semillas oleaginosas y fruta seca; y una pieza de fruta fresca o seca. El desayuno caliente o comida escolar se elabora al momento, en desayunadores o cocinas escolares y comunitarias con la participación de madres o padres de familia, maestros y otros miembros de la comunidad escolar, e incluye leche semidescremada de vaca sin sabor (250 ml), sin adiciones de grasa vegetal o cualquier otra sustancia que no sea propia de la leche; y un platillo fuerte que incluya verduras, leguminosas y/o alimentos de origen animal, tortillas de maíz, y fruta fresca o seca. Además, los desayunos escolares calientes deben tomar en cuenta la cultura alimentaria de la región (DIF, 2009).

La modalidad de desayuno que se distribuye obedece al cumplimiento de distintas condiciones tanto de infraestructura física como operativa en las escuelas o espacios educativos identificados como sedes por su vulnerabilidad alimentaria o socioeconómica de la población escolar. Por ejemplo, para la distribución de desayunos calientes, el espacio escolar debe contar con la infraestructura o espacios alimentarios comunitarios o escolares para la preparación de platillos. Además, contar con un programa planeado de rehabilitación y de equipamiento que garantice la operación de esta modalidad. Para la modalidad de desayuno frío se requiere que se promueva el consumo del desayuno justo antes de iniciar las actividades escolarizadas al interior del plantel educativo para asegurar que el beneficiario sea quien consuma los alimentos (DIF, 2009).

En el Estado de México se entregan los desayunos escolares en las dos modalidades, tanto frío como caliente. Ambos proporcionan menús elaborados con los Criterios de Calidad Nutricia emitidos por el Sistema Nacional DIF en la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria vigente.

El Programa estatal de desarrollo social “Apadrina a un Niño Indígena”, diseñado por el gobierno priista del Estado de México en 2016, hasta 2019 estaba dirigido a niños y niñas indígenas de la entidad por presentar los mayores riesgos

de sufrir consecuencias graves por desnutrición. Su objetivo era favorecer el acceso a alimentos a esta población que viven en condición de pobreza multidimensional en su dimensión alimentaria o expuestos a vulnerabilidad del estado de nutrición, mediante la entrega de canastas alimentarias (Gobierno del Estado de México, 2016). De acuerdo con la normatividad operativa del programa, supuestamente las canastas se entregarían a las madres de los escolares mensualmente y sólo un niño o una niña de 6 a 16 años por familia podía ser beneficiado.

Análisis de la información

Se analizaron las variables de seguridad/inseguridad alimentaria, acceso a los programas alimentarios, y variables socioeconómicas de los hogares (infraestructura del hogar, ocupación del padre, madre o tutor, escolaridad de la madre y del padre, ingreso familiar), para identificar asociaciones entre las variables de interés, mediante la prueba de Chi cuadrada. Además de que se estimaron los porcentajes para las variables que describen la distribución de frecuencias.

Para fines de este estudio se utilizaron las categorías normal y sobrepeso-obesidad, para el estado de nutrición; para la seguridad alimentaria se utilizaron seguridad e inseguridad alimentaria y para el acceso a los programas, se emplearon tres categorías de análisis: contar con un programa alimentario, contar con dos o más programas alimentarios o ningún programa.

Tomando en cuenta las categorías “participación del escolar en algún programa alimentario” y “normalidad o sobrepeso-obesidad” del estado de nutrición, se analizaron las diferencias con la prueba de Chi-cuadrada entre grupos de SA/IA. La asociación entre el acceso al menos a un programa alimentario y las alteraciones del estado de nutrición se identificó mediante un modelo de regresión logística multivariable, calculando los odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% considerando al acceso al menos a un programa de alimentación como variable predictora de sobrepeso-obesidad.

En el análisis binario, el acceso al menos a un programa de alimentación fue considerada la variable predictora de sobrepeso-obesidad. En este sentido, al igual que el estudio de Hernández y colaboradores (2017) cuyo análisis de la asociación entre la IA y sobrepeso-obesidad realizaron un modelo de regresión logística multivariado secundario, ajustado por IA, para predecir los modelos de regresión logística, en este estudio se desarrollaron primeramente de forma individual con cada una de las categorías de la IA para generar un modelo no ajustado para la presencia de sobrepeso-obesidad. Posteriormente, se desarrolló el análisis de la asociación entre la IA y sobrepeso-obesidad con un modelo de regresión logística multivariado secundario ajustado por IA, para predecir

la asociación entre el acceso al menos a un programa de alimentación y esas alteraciones del estado de nutrición en una sola categoría. Para el análisis del modelo final, se consideró como variable independiente el acceso a uno o varios programas alimentarios.

RESULTADOS

Características generales y percepción de Inseguridad Alimentaria en escolares matlatzincas

El total de participantes fue de 178 escolares entre ambas escuelas: 95 de Emiliano Zapata (41 niños y 54 niñas) y 83 de Francisco Villa (42 niños y 41 niñas), la tasa promedio de participación en el estudio fue 94.1% en el plantel de la delegación y 91.2% de la subdelegación. La edad promedio de ambas escuelas fue de 9 años con 5 meses. La tabla 1 muestra la distribución por sexo y por escuela de la población participante.

Tabla 1. Distribución de la población de estudio por escuela y sexo/género y en SFO N= 178

Escuela	Femenino		Masculino	
	N	%	N	%
Primaria “Emiliano Zapata” No. 95	54	56.8	41	43.2
Primaria “Francisco Villa” No. 83	41	49.4	42	50.6

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo 2017.

De los 178 escolares que participaron en el estudio, 52.8% vive en hogares cuya percepción es de SA y 47.2% en IA. En contraste y con la misma aplicación de la EMSA por la ENSANUT 2018, a nivel nacional el índice de hogares rurales con SA sólo fue de 30.9% (INEGI/INSP/SS, 2019). En la tabla 2 se presentan algunas características socioeconómicas de los hogares de escolares que explican las diferencias entre SA e IA, dentro de las cuales destacan contar o no con agua potable entubada y drenaje. Ambos servicios se han relacionado continuamente con SA, especialmente porque con éstos se garantiza el saneamiento ambiental, reduciendo condiciones de riesgo sanitario que afectarían negativamente el adecuado uso de los alimentos. Pero también tiene que ver con la percepción de las mujeres sobre sus condiciones de pobreza, es decir que en entornos con restricciones de acceso a servicios básicos como el agua potable y el drenaje, ellas asumen que tienen mayor riesgo de estar en situación de IA. Rivera-Márquez y colaboradores (2014) y ENSANUT de 2012 (Gutiérrez *et al.*, 2012) con metodologías diferentes, llegan a la

misma conclusión a nivel de los hogares, cuyas prevalencias de IA aumentan en la medida en la que los indicadores de bienestar disminuyen.

Tabla 2. Características sociales según la Seguridad (SA) o Inseguridad (IA) Alimentaria en escolares de SFO

		En Seguridad Alimentaria n = 94 (52.8%)		En Inseguridad Alimentaria n = 84 /47.2%)		Valor de p**
		Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	
Sexo / Género	Niñas	50	28.1	45	25.3	0.901
	Niños	44	24.7	39	21.9	
Casa - habitación	Propia / prestada	93	52.3	82	46.0	0.489
	Rentada	1	0.6	2	1.1	
Agua potable entubada	Sí	93	52.3	78	43.8	0.032
	No	1	0.6	6	3.4	
Drenaje	Sí	54	30.3	35	19.7	0.044
	No	40	22.5	49	27.5	
Energía eléctrica	Sí	94	52.8	83	46.6	0.281
	No	0	0	1	0.6	
Estufa de gas LP	Sí	46	25.8	42	23.6	0.880
	No	48	27.0	42	23.6	
Estufa de leña	Sí	90	50.6	79	33.2	0.845
	No	4	2.4	5	2.8	
Refrigerador	Sí	34	19.1	23	12.9	0.194
	No	60	33.7	61	34.3	
Teléfono familiar	Sí	48	27.0	43	24.2	0.997
	No	46	25.8	41	23.0	
Vehículo propio	Sí	15	8.4	15	8.4	0.830
	No	79	44.4	69	38.8	
Televisión con servicio de paga	Sí	37	20.8	19	10.7	0.014
	No	57	32.0	65	36.5	
Televisión abierta	Sí	56	31.5	49	27.5	0.895
	No	38	21.3	35	19.7	

Tabla 2. (Cont) Características sociales según la Seguridad (SA) o Inseguridad (IA) Alimentaria en escolares de SFO

Dormitorio separado	Sí	87	48.9	79	44.4	0.481
	No	7	3.9	5	2.8	
No. de habitaciones separadas por paredes	Media (Min-max)	3 (1-9)		3 (1-6)		0.981
No. de personas viviendo con el escolar	Media (min-max)	5 (2-10)		6 (1-10)		0.21
Vivienda con ventanas	Sí	92	51.7	74	41.6	0.022
	No	2	1.1	10	5.6	
Madre con más escolaridad que primaria	Sí	91	51.1	81	45.5	0.8798
	No	3	1.7	3	1.7	
Padre con más escolaridad que primaria	Sí	58	32.6	50	28.1	0.722
	No	20	11.2	14	7.9	
	No saben	16	9.0	20	11.2	
Madre, padre o tutor con ocupación distinta al hogar	Sí	32	17.9	24	13.5	0.460
	No	62	34.9	60	33.7	
Cuenta con programa alimentario	Sí	84	47.2	72	40.4	0.447
	No	10	5.6	12	6.8	
Cantidad de programas alimentarios por escolar	Ninguno	10	5.6	12	6.8	0.708
	Uno	50	28.1	45	25.3	
	Dos o más	34	19.0	27	15.2	
Ingreso familiar mensual (pesos)	Media (min-max)	2,518.2 (800-6,200)		2,321.03 (400-6,200)		0.237

Fuente: Elaboración propia a partir de trabajo de campo.

**Chi cuadrada de Pearson para comparación de proporciones; T-student para diferencia de medias; significancia estadística $p < 0.05$.

El promedio del ingreso familiar mensual entre hogares es similar entre quienes perciben SA e IA. Si bien no hubo diferencias estadísticamente significativas por nivel de ingreso posiblemente porque la mayoría de la población de estudio se autoasigna como pobre, el nivel de ingreso por sí mismo, les permite tener acceso a la compra de alimentos y otros insumos o componentes de bienestar e inclusive acceder a servicios como contar con televisión con señal de paga. Quienes se

perciben con mayor SA, refieren tener este servicio de televisión. Esta característica llama la atención en esta población al considerar este servicio como probable modificador de la percepción de la realidad social ideal. Además con respecto al estado de nutrición sobrepeso-obesidad, se puede suponer como una condición socioeconómica que se relaciona con el tiempo frente a pantallas que reduce la actividad física en los escolares, además de proponer un escenario obesogénico, pues se ha reportado que los y las escolares que introducen cambios sus estilos de vida rural (caracterizada por actividades físicas en el exterior) y pasan más tiempo viendo televisión o frente a pantallas, consumen también mayor cantidad de alimentos con altos contenidos de energía en forma de hidratos de carbono (Lutfiyya *et al.*, 2007).

Así mismo el número de personas viviendo con el escolar (hacinamiento), es un factor que influye en la percepción de tener o no SA. En otras palabras, el número de personas que conviven con los escolares en IA es mayor, aunque el rango es muy amplio, es posible suponer que, a mayor número de personas en un mismo hogar, la distribución y consumo de alimentos interviene en que cada uno de los integrantes de la familia, consuma menos cantidad. Según el estudio de Bergel y colaboradores (2017), los hogares rurales y periurbanos con hacinamiento crítico (dormitorio compartido por tres o más personas) y el limitado acceso a bienes materiales y de consumo, deben ser considerados como indicadores para valorar la vulnerabilidad asociada a la IA.

De manera similar, y en congruencia con el bajo nivel socioeconómico de la población, no contar con ventanas en la vivienda, sigue siendo un factor asociado con la IA. De hecho, esta variable ha sido utilizada por el CONEVAL (2009) para la medición de la pobreza. Así entre mayor número de ventanas por vivienda mayor es la percepción de SA. Sánchez y Vizcarra (2012) señalan que las casas rurales antes de la monetización de los hogares mazahuas (etnia vecina a la matlatzinca), se caracterizaban por sus “muros altos de adobe, con pocas y pequeñas ventanas, interiores con poca luz (más bien oscuras), con techos de teja de dos aguas, pisos de ladrillo o de tierra, con no más de dos cuartos y con cocina separada, donde se mantenía el fogón de piso” (p. 152). En la actualidad y dado el fenómeno de la migración internacional, acompañada de remesas y mayor dependencia de ingresos de estos hogares, sólo sobreviven las viviendas con esas características en los hogares con mayores niveles de pobreza. No así para las nuevas construcciones con más y grandes ventanas donde es posible visibilizar no sólo el progreso de esos hogares, sino que éstas reflejan también cierta seguridad ambiental para los miembros de esos hogares, pues tienen acceso a mejor infraestructura.

Por otro lado, aunque para la mayoría de las investigaciones el nivel educativo de los padres y las madres juega un papel importante para percibir SA o IA (Bergel

et al., 2017; Rivera-Márquez *et al.*, 2014; Oyhenart *et al.*, 2013; Vega-Macedo *et al.*, 2014), en el presente estudio no resultó ser una variable que la determine a pesar de que las madres de los y las escolares reportaron tener mayores niveles de educación que los padres. Ciertamente, dista de los estudios de Vega-Macedo y colaboradores (2014) y de Bergel y colaboradores (2017), quienes encontraron que cuanto menor es el nivel de instrucción formal de las madres de menores de cinco años en México, mayor es la IA del hogar (asociada también a la menor variabilidad de alimentos en la dieta de preescolares). En cambio, tanto la ocupación de las madres y de los padres fuera del hogar, así como el número de programas alimentarios de los que se benefician, no son variables que puedan influir en la percepción de SA o IA, a pesar de que las madres tienen menor acceso a un empleo remunerado.

Resulta relevante enfatizar que el nivel de ingreso no representa un factor que se asocie con la percepción de SA/IA, pues al tratarse de unidades campesinas que obtienen alimentos de sus actividades de la milpa, monte y traspatio (Guzmán *et al.*, 2018) esta percepción puede estar influenciada por sus modos de vida rural basados en el autoconsumo.

Programas alimentarios y situación de Seguridad o Inseguridad Alimentaria

El acceso a los programas alimentarios por los escolares de acuerdo con la percepción de SA/IA se presenta en la tabla 3. Se encontró que los escolares de hogares en SA son quienes más reciben al menos un programa alimentario, y el programa de mayor acceso es el de Desayunos Escolares del DIF. En los hogares con IA, se notó que los que presentan inseguridad leve son quienes acceden con mayor frecuencia a los programas alimentarios. Se subraya que de los 22 escolares que no cuentan con algún programa alimentario, 55% vive en hogares que se perciben con IA por lo que no es posible relacionarlo con un nivel de ingresos alto, lo cual los hogares no requieren de algún tipo de ayuda.

Tabla 3. Acceso a programas alimentarios y estado de nutrición según Seguridad (SA) y niveles de Inseguridad (IA) Alimentaria en hogares de escolares de SFO

	Seguridad Alimentaria n = 94	Inseguridad Alimentaria n = 84		
		Leve	Moderada	Severa
		n = 58	n = 23	n = 3
Número de programas por escolar n(%)				
Solamente un programa	50 (53.2)	27 (46.6)	16 (69.6)	2 (66.7)
Más de un programa	34 (36.2)	24 (41.4)	2 (8.7)	1 (33.3)
Sin programa alguno	10 (10.6)	7 (12.1)	5 (21.7)	0
Total	100%	100%	100%	100%
Apoyo de sólo un programa (%)				
PROSPERA	8 (16.0)	10 (37.0)	1 (6.3)	0
Desayunos DIF	32 (64.0)	13 (48.2)	14 (87.4)	1 (50.0)
Apadrina a un Niño Indígena (ANI)	10 (20.0)	4 (14.8)	1 (6.3)	1 (50.0)
Total	100%	100%	100%	100%
Estado de nutrición				
Normal	66 (70.2)	44 (75.9)	20 (87.0)	3 (100)
Sobrepeso - obesidad	28 (29.8)	14 (24.1)	3 (13.0)	0
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recabados en trabajo de campo 2017.

Mundo-Rosas y colaboradores (2013) identificaron en la ENSANUT 2012, que solamente 16.1% de los hogares que hablan una lengua indígena viven en SA, mientras que de los hogares que no hablan lengua indígena es 31.2%. En cambio, para la comunidad matlatzinca la IA severa representó modestamente 3.6% de los hogares de escolares, menos de cuatro veces (16.3%) que los hogares que hablan una lengua indígena en México. En la ENSANUT 2018 no se mostraron resultados

por poblaciones hablantes de lengua indígena, no obstante, la IA severa observada en los hogares rurales a nivel nacional (11.2%) (INEGI, 2018) supera tres veces más lo observado en SFO.

En la ENSANUT 2012, también es posible vislumbrar que los hogares indígenas fueron los que tuvieron mayor acceso (alrededor de 60%) a un programa social que incluía algún componente de ayuda alimentaria. Estas últimas cifras reflejan más la pobreza alimentaria que viven los hogares en Chiapas, uno de los estados más pobres del país, donde 16% de los hogares rurales percibió IA leve (Martínez-Rodríguez *et al.*, 2015). Por su parte, la mayoría de las madres matlatzincas respondían que al menos con el consumo de una tortilla o un taco con sal, sus hijos e hijas se iban a la cama, por lo que no dormían con hambre. Este tipo de respuestas contribuyó a que la IA leve fuera la más representativa (69%) de los hogares que percibieron IA. Inclusive se supera por mucho y para el mismo nivel de IA de hogares rurales del país (40.7%) (INEGI/INSP/SS, 2019).

Por otra parte, y si bien en este caso no se valoró la diversidad de alimentos provenientes de los programas, el estudio de Mercado y colaboradores (2018) en la misma población encontró que tanto los desayunos calientes del DIF como los alimentos que contienen las canastas de ANI y la compra de alimentos en la comunidad, están acelerando la introducción de alimentos industrializados o ultra-procesados a la dieta de los escolares. Pese a ello, el programa de desayunos fríos y calientes (DIF), es el de mayor acceso sin importar si las y los escolares pertenecen a hogares con SA o IA.

El estudio de Ramírez-López y colaboradores (2005), corroboraron que este programa para el caso de escolares sonorenses, ha contribuido a mejorar el estado nutricional infantil y los niveles de aprendizaje escolar, pero difícilmente puede asociarse por sí solo al aumento de prevalencia de sobrepeso-obesidad que se registra en la población de estudio, por ello, sugieren que otros programas y otras formas de acceder a los alimentos procesados con alto contenido de azúcares y grasas deben ser considerados en dicha asociación.

Mercado y colaboradores (2018) indican que a mayor acceso a alimentos ultra-procesados o industrializados a través del acceso a varios programas alimentarios, la asociación con el estado de nutrición de escolares deviene más significativa en la misma comunidad de estudio.

Ciertamente, el programa PROSPERA no forma parte de los apoyos más importantes para los hogares de escolares matlatzincas, pero aun así puede ser un indicador de obtención de ingreso para acceder a ciertos alimentos, tal como es observado en el estudio de Pérez y colaboradores (2012) en comunidades rurales mayas, donde una gran parte de los ingresos que recibían los hogares con mayor ingreso provenía de la ayuda monetaria del programa OPORTUNIDADES, lo que les

facilitaba el acceso a los alimentos industrializados. Aunque vale la pena mencionar que este programa no está orientado a disminuir la inseguridad alimentaria (Martínez-Rodríguez *et al.*, 2015).

En tanto el programa ANI, por ser exclusivo del Estado de México y desafortunadamente con tintes electorales, no se somete a evaluaciones públicas (García y Vizcarra, 2018), por lo que se desconoce si los alimentos son o no consumidos por el infante apadrinado. Además, las canastas alimentarias se entregan irregularmente mensual o hasta cada dos meses, y en cuanto a sus formas selectivas, éstas propician exclusión, pues en este análisis se encontró que sólo 16 escolares fueron beneficiados.

En la misma tabla 3 se muestra cómo la mayor prevalencia de sobrepeso-obesidad se presentó en escolares de hogares que se perciben con SA; además, cabe resaltar que la mitad de los escolares con estado de nutrición normal también presentan IA, e inclusive 3 de los escolares con peso normal se encuentran en hogares que se perciben en IA severa. Por otro lado, a pesar de que solamente 45 (25.3%) de escolares presentaron sobrepeso-obesidad y que ligeramente está por debajo de la prevalencia rural a nivel nacional para escolares de 5 a 11 años (29.7%) (INEGI/INSP/SS, 2019), 38% de ellas y ellos viven en hogares con IA leve y moderada.

Programas alimentarios y sobrepeso-obesidad infantil según la condición de inseguridad alimentaria

Los resultados del presente estudio permiten observar que condiciones como el acceso a uno o varios programas de apoyo alimentario y percibirse en SA o IA, no se asocian con la prevalencia de sobrepeso-obesidad (tabla 4). Sin embargo, al observar que 89% de los escolares que viven con sobrepeso-obesidad reciben apoyo de algún programa alimentario, se puede suponer la necesidad de rediseñar el análisis de esta variable en cuanto a otros factores como el tipo de alimentos, los aportes nutrimentales de la alimentación habitual, el sedentarismo e incluso el diseño de estudios longitudinales que permitan identificar relaciones causales en poblaciones con intervenciones de larga duración como los programas de apoyo alimentario focalizados. Siendo los desayunos escolares fríos y calientes del DIF el programa que directamente cubre 35% de escolares rurales indígenas, y con base en lo identificado en este análisis transversal, es posible sugerir la importancia de continuar con el beneficio de los programas de este tipo de apoyo directo alimentario. Sobre todo, si se considera que no representan un factor de riesgo para sobrepeso-obesidad infantil. En este tenor, no debería ser cuestionado en el rediseño y adecuaciones de programas alimentarios de escolares indígenas, tomando en cuenta que existen otros probables factores que se pueden asociar a la calidad de la dieta en general.

Tabla 4. Prevalencia de sobrepeso-obesidad en escolares, por acceso a programas alimentarios y la percepción de seguridad alimentaria en hogares de SFO

	Sobrepeso - obesidad n = 45 (100%)			
		Frecuencia	(%)	Valor de p*
Acceso a uno o varios programas alimentarios	Sí	40	89	0.548
	No	5	11	
En seguridad alimentaria	Sí	28	62	0.114
	No	17	38	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenido en trabajo de campo 2017.

*Chi cuadrada de Pearson para comparación de proporciones (p<0.05)

Aunque no exista una asociación entre el acceso a programas y prevalencia de sobrepeso - obesidad a lo largo del tiempo, es importante analizar las otras variables que miden la seguridad alimentaria en contextos de globalización en comunidades rurales e indígenas. En cuanto a que no se encontró ningún escolar con desnutrición en esta comunidad, esto no garantiza que el problema se haya resuelto con elementos suficientes para prevenirlo, ya que se puede estar presentando algún otro problema de malnutrición oculto a la antropometría y a la percepción de IA/SA. Aunque se ha descrito en un estudio previo en esta comunidad, que la denominada dieta milpa-monte-traspatio es parte de la identidad matlatzinca, y a nivel familiar esta dieta aporta en los adultos la mayor fuente de nutrimentos de calidad (Guzmán *et al.*, 2018; Mercado *et al.*, 2018).

Con base en los resultados de este análisis y al observar que, por una parte, el acceso a los programas de ayuda alimentaria y por otra, la percepción de IA/SA son factores que no se asociaron con la prevalencia de sobrepeso-obesidad en escolares, se puede suponer que en la identificación de factores relacionados con la prevalencia de sobrepeso-obesidad infantil, se deben considerar nuevos indicadores para el análisis de la calidad de la dieta y de actividad física, por ejemplo.

Ahora bien, al tomar en cuenta el cálculo de la OR resulta que tener acceso o no a programas de ayuda alimentaria, no pueden pronosticar o ser una categoría predictora para influir en la percepción de SA o IA de los hogares (tabla 5).

Tabla 5. Odds Ratio* e Intervalos de confianza (95%) programas utilizados en escolares de SFO para la percepción de IA

Con algún programa	1	ic (95%)
Sin programas	1.42	(0.58-3.47)

* El modelo de referencia es contar con al menos un programa alimentario.

Limitaciones del estudio

La primera limitación del estudio subyace a su diseño transversal, ya que no permite la identificación de asociaciones causales, sin embargo, ha sido suficiente este diseño para descartar variables y factores de riesgo que continuamente se discuten en otros estudios.

Uno de los problemas más comunes de estos estudios es la falta de complementariedad con enfoques cualitativos etnográficos y la perspectiva de género para comprender los sistemas de creencias y prácticas culturales que definen las percepciones sociales según la etnia y el género sobre la alimentación y la nutrición infantil. De incluirlos, ciertas características socio demográficas serían conceptualizadas en sus multidimensiones, donde las desigualdades (género, sociales, culturales, históricas, económicas, políticas, nutricionales y ecológicas) contribuirán a comprender otros factores que intervienen en las relaciones que se dan entre políticas-SA/IA y estado de nutrición de escolares en contextos rurales e indígenas.

A pesar de que no existe una asociación entre el acceso a programas y prevalencia de sobrepeso - obesidad, a lo largo del tiempo es importante analizar las otras variables que miden la seguridad alimentaria en contextos de globalización en comunidades rurales e indígenas. La EMSA sólo es un instrumento de diagnóstico comparativo entre regiones, comunidades, hogares de México, pero tal y como está diseñada limita la percepción de quienes responden la encuesta, sobre todo si se considera que se trata de sujetos sociales que pertenecen a una identidad cultural cambiante, multi-intervenida y cada día más globalizada, lo que sin duda distorsiona la percepción.

Otra limitante del estudio estriba en que no se incluyó el análisis de la dieta habitual de los escolares ni la influencia del tipo de alimentos que se distribuyen por medio de los programas para valorar su consumo y, por lo tanto, su relación con el estado de nutrición.

Conclusiones

En este estudio se describe la asociación del acceso a los programas alimentarios y la percepción de IA/SA con el estado de nutrición de escolares de las dos escuelas primarias que existen en San Francisco Oxtotilpan, comunidad matlatzinca, pueblo originario del Estado de México. Se incluyeron factores como la percepción de las madres y los padres de familia en cuanto a la SA/IA y contar con uno o varios programas alimentarios.

Se concluye que la multi-intervención de programas para mejorar las condiciones de SA y con ello la nutrición infantil, no puede asociarse como un factor de riesgo en el aumento de prevalencia de sobrepeso-obesidad en esta población. No obstante, se encontró que uno de los programas de mayor cobertura que tienen los escolares son los desayunos del DIF (35% de los participantes) aunque en proporción es aún baja a pesar de que se ofrecen a la comunidad escolar entera, los desayunos constituyen una fuente segura de alimentos en el ambiente escolar, lo que puede disminuir el riesgo de encontrarse con una percepción materna/paterna de IA. Además, es probable que este programa sea uno de los responsables de que no existan casos de desnutrición en los escolares del estudio. De aquí la importancia de continuar con el beneficio de este tipo de programas de apoyo alimentario, y no sólo porque no representan un factor de riesgo para sobrepeso-obesidad infantil sino porque pueden ayudar a mejorar los hábitos alimentarios para evitar poblaciones adultas con factores de riesgo para padecer enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles. De hecho, es necesario enfatizar que recibir el beneficio de los desayunos calientes del sistema DIF, tiene como propósito proteger a los niños y niñas de la malnutrición tanto por deficiencias como por exceso nutricionales, favoreciendo además el consumo de platillos elaborados con la menor cantidad de alimentos ultra procesados, y que en el presente sexenio (2020), una de las estrategias del Programa Sectorial de Salud, es la transición de los desayunos fríos hacia los desayunos calientes (SS/DIF, 2019). Este programa busca tener efectos directos en reducir las prevalencias de sobrepeso y obesidad al mismo tiempo que mejora los niveles de aprendizaje, pues supone que los alimentos calientes en las mañanas liberan energía a lo largo del día.

El componente alimentario del programa PROSPERA, fue el de menor acceso en beneficio de los escolares. A pesar de la amplia cobertura del programa, los hogares reportaron que este programa era irregular y que no todos participaban, por ello se asume que influye poco en el estado de nutrición de los escolares. Cabe enfatizar, que el programa no está dirigido a mejorarlo, pero sí es una fuente que complementa sus ingresos para comprar alimentos.

La evaluación del estado de nutrición sigue siendo necesaria para evidenciar los efectos de las intervenciones con componentes alimentarios, particularmente cuando se complementa con análisis cualitativos sobre la percepción de la SA, y otros estudios que influyen en la disponibilidad de alimentos, la calidad de la dieta en general y demás variables que tradicionalmente han explicado los problemas de salud en los niños, como el sedentarismo cuando tienen acceso a la televisión de paga y al internet. De hecho, valdría la pena extender este tipo de análisis en adolescentes y jóvenes en los que el acceso a diferentes programas de apoyo alimentario es inexistente, pues el riesgo de percibir IA fue elevado en los hogares que no cuentan con al menos un programa alimentario.

Finalmente, el fenómeno de la malnutrición o desnutrición oculta, asociadas con el aumento de la prevalencia de sobrepeso-obesidad no pueden ser ajenos al diseño y ejecución de programas de alimentación que buscan corregir los errores de las políticas anteriores. Por lo contrario, deben ser enfáticos en políticas de intervención de larga data, con objetivos específicos y vinculantes a lo largo de vida de la población en condiciones de rezago social, las cuales influyen en la percepción de la IA tales como los encontrados en este estudio.

Agradecimientos

Se agradece especialmente tanto a las autoridades y profesoras y profesores de las escuelas que permitieron el desarrollo de las actividades de investigación, como a la participación voluntaria de madres y padres que firmaron al consentimiento informado para hacer posible el estudio sin contratiempos. Pero, el agradecimiento más importante es para todos los niños y las niñas que no sólo asintieron formar parte del estudio, sino que en todo momento expresaron su cariño hacia nosotros.

Referencias

- Aguirre, J., Escobar, M., & Chávez, A. (1998). Evaluación de los patrones alimentarios y la nutrición en cuatro comunidades rurales. *Salud Pública México*, vol. 40, pp. 398-407. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10640503>
- Álvarez-Castaño, L., Goez-Rueda, J., & Carreño-Aguirre, C. (2012). Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Revista Gerencial, Política y Salud*, vol. 11(23), pp. 98-110. <http://www.redalyc.org/pdf/545/54525297007.pdf>

- Badillo, D. (2018). La cruzada contra el hambre fracasó: Ernesto Palacios. *El Economista*. Diario Electrónico publicado 22 de septiembre de 2018, vol. 8, pp. 28. Disponible en <https://www.economista.com.mx/politica/La-cruzada-contra-el-hambre-fracaso-Ernesto-Palacios-20180922-0006.html>
- Baum, F. (2016). *The new public health*. Oxford, UK: *Oxford University Press*. Disponible en <https://global.oup.com/academic/product/the-new-public-health-9780195588088?cc=us&lang=en&>
- Bergel, M., Cesani, M., & Oyhenart, E. (2017). Malnutrición infantil e inseguridad alimentaria como expresión de las condiciones socio-económicas familiares en Villaguay, Argentina (2010-2012), Un enfoque biocultural. *Población y Salud Mesoamericana*. vol. 14 (2), pp. 26. Costa Rica. Doi: <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v14i2.27305>
- Bertran, M. (2010). Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 20 (2), pp. 387-411.
- Cecchini, M., Sassi, F., Laver, A., Lee, Y., Guajardo, V., & Chisholm, D. (2010). Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Series, Lancet*, vol. 20, (376), pp. 1775-1784. Doi: 10.1016/S0140-6736(10)61514-0
- CONEVAL-Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2013-14). Hallazgos del estudio “El acceso a los alimentos en los hogares: un estudio cualitativo, 2013-2014”. México. Secretaría de Desarrollo Social-CIESAS. Disponible en https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/EC-NCH/Documents/CIESAS_alimentacion.pdf
- CONEVAL-Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2009). Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México. México DF: CONEVAL. Disponible en http://web.coneval.gob.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES_Y_PUBLICACIONES_PDF/Metodologia_Multidimensional_web.pdf
- DIF-Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (2009). Descripción e informe de resultados de la estrategia integral de asistencia social alimentaria, para el ejercicio 2009. Informe anual DIF, México. Disponible en <http://www.dif.gob.mx/diftransparencia/media/DGADC-InformeResult-ProgrsAlim-Ene-Dic09.pdf>
- Evangelista, E. (1998). *Historia del trabajo social en México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Plaza y Valdés.
- ss/DIF-Secretaría de Salud/ Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (2019). Transición de desayunos fríos a desayunos calientes. Gobierno de México. Disponible en <http://sitios.dif.gob.mx/alimentacion/docs/drive/alimentacion/Transicin%20de%20desayunos%20fros%20a%20desayunos%20calientes.pdf>

- FAO-Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2012). Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA): Manual de uso y Aplicaciones. Comité Científico de la ELCSA. Disponible en <http://www.fao.org/3/a-i3065s.pdf>
- FAO, FIDA, UNICEF, PMA y OMS-Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Mundial de Alimentos, Organización Mundial de la Salud- (2018). El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición. Roma: FAO. Disponible en <http://www.fao.org/3/I9553ES/i9553es.pdf>
- FAO/OPS-Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y Organización Panamericana de Salud. (2017). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe. FAO, POS Y Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://www.fao.org/3/a-i7914s.pdf>
- Figueroa, P. (2003). Seguridad alimentaria familiar. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, [S.l.] vol. 4, (2). Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2003/spn032f.pdf>
- Figueroa, P. (2009). Obesidad y Pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. *Saúde Social São Paulo*, vol. 18, (1), pp. 103-117.
- Galvão, C., Finkelman, J., & Henao, S. (2010). Determinantes ambientales y sociales de la salud. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC. pp. 545. Disponible en https://www.paho.org/blogs/paltex/wp-content/uploads/2010/11/Finkelman_Cap00_semifinal_27.09.10_bis.pdf
- Gamboa-Delgado E., González de Cossío, T., & Colchero-Aragón, A. (2016). Riesgo de sobrepeso en niños preescolares beneficiarios de programas de ayuda alimentaria. *Revista de Salud Pública*, vol. 18(4), pp. 643-55. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2016.v18n4/643-655/es>
- García M., & Vizcarra, I. (2018). Masa con o sin nixtamal: Respuestas femeninas matlatzincas ante los programas sociales de alimentación. En Vizcarra, I. (coord.) *Volteando la tortilla, género y maíz en la alimentación actual en México*. México: Juan Pablos Editores, UAEMex, pp. 227-250.
- Gobierno del Estado de México. (2016), Periódico oficial gobierno del Estado libre y soberano de México. Periódico oficial gaceta del gobierno, pp. 1-80. Disponible de <https://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/gct/2016/ene295.pdf>
- González-Castell, D., González-Cossío, T., Barquera, S., & Rivera, J. (2007). Alimentos industrializados en la dieta de los preescolares mexicanos. *Salud Pública de México*, (49), pp. 345-356. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/106/10649505.pdf>

- Gutiérrez, J., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas, L., Romero, M., & Hernández, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX). Disponible en <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Guzmán, M., Benítez, A., Vizcarra, I., & Morales, L. (2018). La dieta viva de las mujeres matlatzincas: milpa-monte-traspatio. En Vizcarra, I. *Volteando la tortilla, género y maíz en la alimentación actual en México*. México: Juan Pablos Editores y UAEMex, pp. 85-106.
- Hernández. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX). Disponible en <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Hernández, C., Reesor, M., & Murillo, R. (2017). Food insecurity and adult overweight/obesity: gender and race/ethnic disparities. *Appetite*, vol.117, pp. 373-378. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.07.010>.
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2010). Catálogo de localidades. San Francisco Oxtotilpan, Temascaltepec. Estado de México. Disponible en <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=150860029>
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INSP-Instituto Nacional de Salud Pública, ss-Secretaría de Salud. (2019). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. Presentación de resultados. Consultado en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- INEGI, México. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ensanut/2018/>
- Jackson, A., Smit, E., Branscum, A., Gunter, K., Harver, M., Manore, M., & John, D. (2017). The family home environment, food insecurity and Body Mass Index in rural children. *Health Education & Behavior*, vol. 44 (4), pp. 648-657. Doi: 10.1177/1090198116684757
- Kroker-Lobos, M. F., Pedroza-Tobías, A., Pedraza, L. S. & Rivera, J. A. (2014). The double burden of undernutrition and excess body weight in Mexico. *American Journal of Clinical Nutrition*, (100), pp. 2S-8S. Doi: 10.3945/ajcn.114.083832
- Kuhnlein, V. & Receveur, O. (1996). Dietary change and traditional food systems of indigenous peoples. *Annual Review of Nutrition*, (16), pp. 417-442. Doi: 10.1146/annurev.nu.16.070196.002221
- Loaiza, M. & Atalah, S. (2006). Factores de riesgo de obesidad en escolares de

- primer año básico de Punta Arenas. *Revista Chilena de Pediatría*, vol. 77 (1), pp. 20-26. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062006000100003>
- Lobstein, T., Baur, L. & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Review*, vol. 5 (1), pp. 4- 104.
- Lutfiyya, N., Lipsky, S., Wisdom, J. & M. Inpanbutr (2007). Is rural residency a risk factor for overweight and obesity for U.S. children?. *Obesity*, vol. 1(9), pp. 2348-2356. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.278>
- Martínez-Rodríguez, J., García-Chong, N., Trujillo-Olivera, L., & Noriero-Escalante, L. (2015). Inseguridad alimentaria y vulnerabilidad social en Chiapas: el rostro de la pobreza. *Nutrición Hospitalaria*, vol. 31 (1), pp. 475-481. Doi:10.3305/nh.2015.31.1.7944
- McLeroy, R., Bibau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, (15), pp. 351-377. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3068205>
- Mercado, R., Carreto, F., Benítez, D., & Vizcarra, I. (2018). La otra cara de la dieta de escolares de San Francisco Oxtotilpan. Entre tortillas y programas. En Vizcarra, I. (coord.) *Volteando la tortilla. Género y maíz en la alimentación actual en México*. México: Juan Pablos Editores, UAEMex, pp. 205-226.
- Morales-Ruán, M., Valenzuela-Bravo, D., Jiménez-Aguilar, A., Cuevas-Nasu, L., Méndez-Gómez-Humarán, I., Shamah-Levy & Shamah-Levy, T. (2018). Diversidad de la dieta en mujeres que habitan en inseguridad alimentaria en México, beneficiarias de un programa de ayuda alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 35(2), pp.408-415. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1620>
- Moreno-Altamirano, L., Hernández-Montoya, D., Silberman, M., Capraro, S., García-García, J., Soto-Estrada, G., & Sandoval-Bosh, E. (2014). La transición alimentaria y la doble carga de malnutrición: cambios en los patrones alimentarios de 1961 a 2009 en el contexto socioeconómico mexicano. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, vol. 64 (4), pp. 231-240. Disponible en <https://www.alanrevista.org/ediciones/2014/4/art-2/>
- Mundo-Rosas, V., Shamah-Levy, T., & Rivera-Dommarco, J. (2013). Epidemiología de la inseguridad alimentaria en México. *Salud Pública de México*, (55), pp. S206-S213. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a18.pdf>
- Oyhenart, E., Garraza, M., Bergel, L., Torres, F., Castro, E., Luis, A., Forte, M., Gamboa, I., Zonta, L., Cesani, F., Quintero, A., Luna, E., & Navone, T. (2013). Caracterización del estado nutricional, enteroparasitosis y condiciones socioambientales de la población infanto-juvenil del Partido de la Plata. *Revista Argentina de Antropología Biológica*, vol. 15(1), pp. 47-60.
- Peña, M. & Bacallao, J. (2005). La obesidad en la pobreza: un problema emer-

- gente en las Américas. *Revista Futuros*, vol. 3 (10). Disponible en http://www.revistafuturos.info/futuros_10/obesidad1.htm.
- Pérez-Escamilla, R., Melgar-Quinónez, H., Nord, M., Álvarez, M., & Segall-Correa, A. (2007). Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). Memorias de la 1a Conferencia en América Latina y el Caribe sobre la medición de la seguridad alimentaria en el hogar. *Perspectivas en Nutrición Humana*, pp. 117-134.
- Pérez, O., Nazar, A., Salvatierra, B., Pérez, R., Elena, S., Rodríguez, L., Castillo, T., & Mariaca, R. (2012). Frecuencia del consumo de alimentos industrializados modernos en la dieta habitual de comunidades mayas de Yucatán, México. *Revista de Estudios Sociales*. Vol. 20 (39), pp. 155-184. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572012000100006&lng=es&tlng=es
- PNUD-Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2010). Informe sobre Desarrollo Humano 2010. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. Madrid, España: Ediciones Mundi-Prensa. Disponible en http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2010_es_complete_reprint.pdf
- Popkin, M. (1998). The nutrition transition and its implications in lower-income countries. *Public Health Nutrition*, vol. 1, pp. 5-21. Cambridge.
- Popkin, M., & P. Gordon-Larsen (2004). The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *International Journal of Obesity*, (28), pp. S2-S9. Doi: 10.1038/sj.ijo.0802804
- PROSPERA-Programa de Inclusión Social-Prospera. (2015). Información de programa de inclusión social para directoras, directores y docentes de educación primaria, secundaria y campo laboral, ciclo escolar 2015-2016. Gubernamental. México: Secretaría de Desarrollo Social.
- Ramírez-López, E., Grijalva-Haro, M., Valencia, M., Ponce, J., & Artalejo, E. (2005). Impacto de un programa de desayunos escolares en la prevalencia de obesidad y factores de riesgo cardiovascular en niños sonorenses. *Salud Pública de México*, 47(2), pp.126-133. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000200006&lng=es&tlng=es
- Rauber, F., Campagnolo, P., Hoffman, J., & Vitolo, R., (2015). Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: A longitudinal study. *Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular Diseases*, vol. 25(1), pp.116-22. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2014.08.001>
- Rivera-Dommarco, J., Cuevas-Nasu, L., González de Cosío, T., Shamah-Levy, T.,

- & García-Feregrino, R. (2013). Desnutrición crónica en México en el último cuarto de siglo: análisis de cuatro encuestas nacionales. *Salud Pública de México*, vol. 55(2), pp. 161-169. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a13.pdf>
- Rivera-Márquez, J. A., Mundo-Rosas, V., Cuevas-Nasu, L., & Pérez-Escamilla, R. (2014). Inseguridad alimentaria en el hogar y estado de nutrición en personas adultas mayores de México. *Salud Pública de México*, (56), pp. 71-78. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56s1/v56s1a11.pdf>
- Sánchez F. & Vizcarra, I. (2012). Así construí “mi” casa: entre relaciones de género y el (otro) sueño americano de las parejas de migrantes mexicanos. *Revista Alteridades*, vol. 22 (44), pp. 165-182. Disponible en <http://hdl.handle.net/20.500.11799/39850>
- Servan-Mori, E., Torres-Pereda, P., Orozco, E., & Sosa-Rubí, S. (2014). An explanatory analysis of economic and health inequality changes among Mexican indigenous people, 2000-2010. *International Journal for Equity in Health*, vol. 13(21), pp. 1-8. Doi: 10.1186/1475-9276-13-21
- ss/INSP-Secretaría de Salud/ Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016). México: ss-INSP. Disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- Stunkard, L. (2000). Factores determinantes de la obesidad. Opinión actual. En Peña, Manuela y Jorge Bacallao (editores). *La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública*. Organización Panamericana de la Salud/OMS, Washington DC: Publicación Científica, (576), pp. 27-32. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/170604>
- Tristán, A. (1998). Análisis de Rasch para todos (Una guía simplificada para evaluadores educativos). México: CENEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social).
- Vega-Macedo, M., Shamah-Levy, T., Peinador-Roldán, R., Méndez-Gómez Humarán, I., & H. Melgar-Quiñónez (2014). Inseguridad alimentaria y variedad de la alimentación en hogares mexicanos con niños menores de cinco años. *Salud Pública de México*, vol. 56 (1), pp.S21-S30. Disponible en https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636342014000700005&script=sci_arttext&tlng=pt
- Vizcarra, I. (2002). Social Welfare of the 1990's in Mexico. The Case of 'Marginal' Families in the Mazahua Region. *Anthropologica*, XLIV, pp. 209-222. Doi: 10.2307/25606081
- Vizcarra, I. (2008). Entre las desigualdades de género: un lugar para las muje-

res pobres en la seguridad alimentaria y el combate al hambre. *Alteridades*, vol. 21(57), pp.141-170. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59511124007>

Capítulo 6

La experiencia y perspectivas de directores de escuelas primarias públicas sobre las políticas anti obesidad en Nuevo León, México

The experience and perspectives of public elementary school principals on anti-obesity policies in Nuevo León, Mexico

María Natividad Ávila Ortiz, Ana Elisa Castro-Sánchez, Rogelio Rodríguez Hernández y Brenda Berenice Tovar Jasso

Resumen

A casi una década del inicio del Programa de Acción en el Contexto Escolar y a la luz de los resultados de la ENSANUT 2018, los cuales han mostrado un agravamiento de la obesidad, existe un vacío de conocimiento y poco se sabe sobre las percepciones de quienes estuvieron a cargo de la implementación-ejecución de los programas anti obesidad en las instituciones educativas. Por lo cual, el objetivo del presente capítulo es analizar las políticas anti obesidad dirigidas a la población escolar a través de las experiencias de directores de Escuelas Primarias Públicas de Nuevo León, México. Se realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas audiograbadas. Los hallazgos se analizaron bajo el modelo ecosocial de Bronfenbrenner. Los resultados indican que el escaso cumplimiento de los lineamientos sobre los alimentos y bebidas permitidos interactúa con el papel determinante que juega la familia del niño, ya que sus hábitos alimenticios y la propia dinámica familiar entran en contradicción con lo que se establece en la escuela sobre los alimentos prohibidos y el ejercicio físico. Los docentes no reciben capacitación y existen pocos contenidos sobre nutrición saludable en la currícula; sólo las escuelas federales cuentan con profesor de educación física. En conclusión, las perspectivas de directores de escuelas primarias permiten mostrar factores socioambientales, económicos y culturales que intervienen decisivamente en la ejecución de las políticas anti obesidad en establecimientos de educación básica y los cuales deberían ser considerados para un replanteamiento de dichas políticas en una nueva época de la salud alimentaria en México.

Palabras clave: políticas antiobesidad, escolares, escuelas primarias públicas, percepciones.

Abstract

Almost a decade after the start of the Action Program in the School Context and considering the results of the ENSANUT 2018, which have shown a worsening of obesity, there is a knowledge gap and little is known about the perceptions of those who were in charge of the implementation-execution of anti-obesity programs in educational institutions. Therefore, the objective of this chapter is to analyze anti-obesity policies focused on the school population through the lived experience of directors of public elementary schools in Nuevo León, Mexico. A qualitative study was carried out through semi-structured audio-recorded interviews. The data were analyzed under the Bronfenbrenner ecosocial model. The results indicate that poor compliance with the guidelines on allowed foods and beverages interacts with: the determining role played by the child's family, since their eating habits and family dynamics are in contradiction with what is established in school on forbidden foods and physical exercise. Teachers do not receive training and there is little content on healthy nutrition in the curriculum; only federal schools have a physical education teacher. In conclusion, the perspectives of primary school principals allow showing socio-environmental, economic and cultural factors that decisively intervene in the implementation of anti-obesity policies in basic education establishments and which should be considered for a rethinking of these policies in a new era of food health in Mexico.

Keywords: anti-obesity policies, schoolchildren, public elementary schools, perceptions.

Introducción

En México, el sobrepeso y la obesidad infantil son un problema de salud pública considerable, además continúa aumentando en todas las edades, regiones y grupos socioeconómicos. En el 2016 fue declarada una emergencia sanitaria por las autoridades de salud. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, el sobrepeso y la obesidad combinada en los niños de 5 a 11 años es de 35.6%, es decir, aumentó 1.2% respecto a 2012 (INEGI, INSP, SS, 2019).

También, según la ENSANUT 2018, desde el 2006 la obesidad infantil ha aumentado, puesto que en ese año 14.6% de los niños de 5 a 11 años presentaba obesidad, para 2012 se mantuvo el mismo porcentaje y para el 2018 aumentó a 17.5%. En cambio, el sobrepeso ha disminuido, en 2006 se presentó en el 20.2% de los niños, para 2012 en el 19.8% y para 2018 sólo en 18.1% de los infantes.

Los infantes que presentan sobrepeso o son obesos en la edad escolar poseen 5 veces más probabilidades que los niños con un peso normal de tener sobrepeso u obesidad cuando sean adultos, lo cual traerá consigo importantes repercusiones de salud y económicas para el país. Asimismo, los escolares que padecen sobrepeso muestran un menor rendimiento académico en la escuela, más probabilidades de faltar al colegio y, cuando crecen, tienen menos probabilidades de acabar los estudios de educación superior (CDC, 2019).

En el país, desde 2010 con la finalidad de contrarrestar la obesidad infantil se puso en marcha una propuesta de intervención denominada *Programa de Acción en el Contexto Escolar*, en atención a los objetivos y compromisos establecidos en el Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria (ANSA), Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad. Es necesario enfatizar que fue la primera política pública ante este tema, pero que no incluía obligaciones ni sanciones por incumplimiento y tuvo como objetivo promover una nueva cultura de la salud mediante el desarrollo de competencias para una vida saludable, entre las que destacan las referentes a prevenir, revertir y disminuir el avance en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los alumnos de educación básica y, con ello, ofrecer mayores oportunidades para alcanzar mejores logros de aprendizaje. Para su organización y desarrollo se definen tres componentes: promoción y educación para la salud, fomento de la actividad física regular y acceso y disponibilidad de alimentos y bebidas que facilitan una alimentación correcta (SEP, 2010).

El Programa de Acción en el Contexto Escolar abarcó nueve de los diez objetivos de la estrategia contra el sobrepeso y la obesidad del ANSA: 1) Fomentar la actividad física, 2) Aumentar la disponibilidad de agua simple potable, 3) Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas, 4) Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, 5) Etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud, 6) Lactancia materna exclusiva; disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos, 7) Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans, 8) Control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos y en alimentos procesados, 9) Disminuir el consumo diario de sodio. Los primeros seis objetivos dependen principalmente de la voluntad individual y de la existencia de condiciones y oferta adecuadas, que permiten aumentar la actividad física y consumir agua potable, frutas y verduras. Los otros tres objetivos requieren de una decidida participación del gobierno, de los sectores sociales y de la industria alimentaria y restaurantera para disminuir la cantidad de azúcares y de sodio añadidos a los alimentos, reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial, orientar al consumidor en la

preparación casera de los alimentos y fomentar en él la cultura en el tamaño de las porciones (Gallegos, Barragán & Hurtado, 2016).

Para 2014, se aprobaron diversas leyes alineadas con las recomendaciones internacionales que buscaban promover un ambiente alimentario saludable en la niñez y adolescencia; por ejemplo, el Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del Sistema Educativo Nacional. Se contemplaba el cumplimiento de estándares de alimentación saludable, regulación del ambiente alimentario a través de la disponibilidad de alimentos saludables y el acceso a agua segura (sg, 2014a).

Así mismo, el país cuenta con la *Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCF-VSSA1-2010, especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasadas-información comercial y sanitaria*. Esta norma indica que los productos industrializados deben presentar una declaración nutricional obligatoria situada en el área frontal de exhibición, basado en el sistema de guías diarias de alimentación-GDA (sg, 2014b).

En materia de activación física el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 incluye el apartado sobre deporte donde señala que se necesitan profesores de educación física preparados y que reciban capacitación constante. Además, indica que se busca que en el plantel educativo los niños tengan como mínimo tres horas de educación física a la semana para que las escuelas sirvan como un catalizador del deporte (PND, 2019).

En Nuevo León desde el 2011 a la fecha existe el programa de *Salud para Aprender*, coordinado por la SEP y la SS del Estado, el cual fue desarrollado bajo los propósitos del Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional de Salud, el Plan Estatal de Desarrollo y los Programas Sectoriales de Educación y Salud, el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria y los Lineamientos Generales para el Expendio o Distribución de Alimentos y Bebidas en los Establecimientos de Consumo Escolar (ECoEs) y así mismo, bajo la directriz de políticas de orden internacional en materia de educación y salud emprendidas por instancias institucionales como la UNESCO, FAO, OMS-OPS y UNICEF (Villareal, 2011). Su propósito es desarrollar en los alumnos de escuelas públicas y privadas del Estado, los conocimientos y capacidades para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud integral, mejorándola e incrementando condiciones de aprendizaje óptimas.

A partir del conocimiento de estas políticas, los autores tienen como propósito analizar bajo el modelo ecosocial las políticas anti obesidad dirigidas a población escolar a través de las experiencias de directores de escuelas primarias públicas de Nuevo León, México. Además de identificar cambios y barreras en la

implementación y desarrollo de estas políticas. Se utiliza el concepto de experiencia o perspectiva en el sentido de Taylor y Bogdan (1996:16), se busca: “entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor... examina el modo en que se experimenta el mundo. La realidad que importa es lo que las personas perciben como importante”.

METODOLOGÍA

La metodología cualitativa permitió analizar la política anti obesidad y abordarla bajo los diferentes ambientes que incluye el modelo ecosocial y su interrelación. Según Hernández-Sampieri & Mendoza (2018:9) “La metodología cualitativa resulta conveniente para comprender fenómenos desde la perspectiva de quienes los viven y cuando buscamos patrones y diferencias en estas experiencias y su significado”. Los intereses de investigación estuvieron puestos en casos y muestras restringidas, se realizó una descripción detallada de los datos obtenidos y sobre todo se relató la experiencia de los participantes y en sus palabras, es decir, tal como nombran las cosas. La experiencia de los sujetos se conoce a través del relato de los mismos y es una fuente válida para el conocimiento científico (Taylor y Bogdan, 1996).

Modelo ecosocial

El modelo ecosocial propuesto por Bronfenbrenner (1979) se centra en el estudio de las personas en sus ambientes naturales (la escuela, el barrio, la casa donde viven, entre otras). Bronfenbrenner divide el ambiente que rodea a las personas en diferentes sistemas (desde el más próximo al más remoto), e incluye en cada uno tanto el espacio físico como las personas que se encuentran en él, las cuales van a determinar las relaciones y los comportamientos (Bronfenbrenner, 1979; Torrico, Santín, Andrés, Menéndez & López, 2002). Por lo tanto, el modelo estudia el modo en que los individuos se desarrollan en interacción con el medio social, al que se le define como una red de sistemas en diferentes niveles e interrelacionados entre sí, cuyas influencias son mutuas y circulares. Este modelo de análisis es sumamente consistente y abarcativo, ya que permitió entender las múltiples causas que generan la adecuada o mala nutrición en los niños (Villalba, 2003).

Este modelo concibe al ambiente ecosocial como un conjunto de estructuras clasificadas y ordenadas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. Bronfenbrenner denomina a esos niveles el microsistema, el mesosistema y el macrosistema. El microsistema constituye el nivel más inmediato

en el que se desarrolla el individuo (usualmente la familia, padres); el mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona participa activamente, puede ser la relación entre la familia y la escuela o entre la familia y los amigos; las relaciones que mantiene un maestro con el resto del profesorado. Finalmente, al macrosistema lo configuran la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad (Torrico *et al.*, 2002).

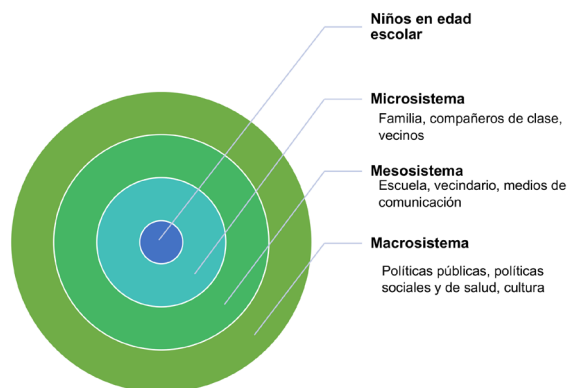
El modelo ecosocial fue de gran utilidad para la interpretación de los hallazgos obtenidos. Este modelo plantea una causalidad recíproca entre los individuos y su ambiente, es decir, que la conducta influye y es afectada por su ambiente social, en diferentes niveles. Para iniciar con el análisis se consideraron los tres sistemas de la siguiente forma: el microsistema lo compone la familia del niño, compañeros y vecinos. El mesosistema incluye la interrelación de dos o más entornos en los que participan, puede ser la familia con su entorno cercano de la escuela, tales como los maestros de grupo, profesores de educación física los encargados de la venta de alimentos y bebidas, también puede ser la familia y el vecindario y los medios de comunicación que influyen directamente en la conducta de los niños. En el macrosistema es donde se encuentran las políticas públicas: abarca los escenarios, organizaciones y su influencia sobre el comportamiento del individuo, también incluye las políticas sociales y de salud que pueden obstaculizar o promover las conductas recomendadas. En este nivel estudiaremos las políticas y normas de la escuela y los lineamientos de la Secretaría de Educación Pública del Estado que influyen el ambiente escolar y, por lo tanto, también afectan el comportamiento de los niños.

El hecho de que la prevalencia de la obesidad infantil haya aumentado dramáticamente, a pesar de los programas e intervenciones que se han emprendido en los últimos años, pone de manifiesto una escasez en el estudio de las políticas enfocadas a la obesidad, ya que es necesaria una modificación continua y permanente de los hábitos alimentarios y de actividad física en los niños. Esa meta es particularmente complicada de conseguir, debido a las presiones del entorno físico y social. La prevención es una de las opciones más viables para controlar la obesidad; por eso es tan importante reconocer el ambiente en el que se desenvuelve el menor, desde el entorno más próximo, como el microsistema, hasta los más distales, como son el mesosistema y el macrosistema (Muñoz & Arango, 2017).

Analizando la política anti obesidad desde el modelo ecosocial se presenta una descripción general de los principales niveles contextuales que lo componen, el cual señala que el individuo se encuentra inmerso en el sistema social que ejerce influencia sobre su comportamiento y sus hábitos mediante diversos entornos, ubicando al niño bajo la influencia de una serie de niveles representados en forma

de círculos concéntricos, que van del más distal al más proximal; ese modelo lo es-
quematiza Rivera, Hernández & Valdillo (2012), y fue adaptado para este estudio
como se observa en la figura 1.

Figura 1. Determinantes del estado nutricional en escolares



Fuente: Adaptado de Rivera, Hernández & Valdillo, 2012.

Contexto y sujetos de estudio

El estudio se realizó en el período de enero a septiembre de 2019 en Escuelas Primarias Públicas del área metropolitana de Monterrey, NL. Las escuelas fueron seleccionadas por muestreo dirigido⁸. En este estudio cualitativo la muestra fue un grupo de personas, de los cuales se recolectó información, sin que necesariamente sea representativo del universo o una población, ya que la finalidad fue comprender de una manera más profunda el ambiente y el problema. Por lo tanto, se realizaron entrevistas semiestructuradas a siete directores de diferentes planteles educativos adscritos a la Secretaría de Educación Pública.

Técnica de recolección de la información

Para contactar a los directores que participaron, primeramente, se les realizó una llamada telefónica a sus oficinas, explicándoles brevemente el proyecto, una vez que se interesaban en éste, se acordaba una cita en las instalaciones de la escuela

⁸ Se seleccionan participantes por uno o varios propósitos; no se pretende que los casos sean representativos de la población en el sentido estadístico (Hernández, Fernández y Baptista, 2010: 171); sino en cuanto al potencial para proporcionar datos relevantes sobre el tema estudiado.

primaria. Estando en el plantel educativo se procedía a explicarle ampliamente el propósito de la investigación; con ésto se corroboraba la participación. Todas las entrevistas se llevaron a cabo en las escuelas.

El día de la entrevista, antes de iniciar, los participantes firmaron un formato de consentimiento informado, donde quedaron estipulados las responsabilidades y beneficios mutuos. Las entrevistas semiestructuradas realizadas se caracterizaron por tener una guía, donde se detallaban los temas o tópicos de investigación, no se siguió un esquema de preguntas y respuestas, sino que se trató de realizar la entrevista como si fuera una conversación entre dos personas, lo cual ayudó a que el entrevistado se sintiera en confianza para hablar del tema.

En el momento en que se realizaron las entrevistas se utilizaron dos grabadoras, lo cual se les informó previamente a los participantes. Además, como lo mencionan Rodríguez, Gil y García (1999) las grabadoras registraron exactamente cada una de las interacciones que realizó el entrevistador y el entrevistado; asimismo, ayudaron a prestar más atención a lo que decía el informante y observar sus actitudes y gestos.

Las entrevistas dieron inicio solicitándoles algunos datos demográficos y un cuestionario relacionado con actividad física en la escuela. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 60 y 90 minutos. Se concluyó con la búsqueda de participantes cuando se llegó a la saturación de los datos (Nascimento, Vignuda, dos Santos, Moraes, Montenegro & Burla, 2018), fue cuando se registraron repeticiones en las respuestas de los directores en torno a las políticas públicas implementadas en el contexto escolar. Cada entrevista fue identificada con un seudónimo que constó del número de entrevista; escuela estatal (EE- con recursos o financiamiento de la entidad federativa), o federal (EF- con recursos y financiamiento del gobierno federal); el tipo de turno de la escuela: matutino (TM: horario de 8:00 a 12:30 h.); vespertino (TV: de 13:00 - 17:30 h.); o, de tiempo completo (TC: de 7:45 a 16:30 h.).

Análisis de los hallazgos

Sobre la información que se obtuvo de las entrevistas, se realizó la transcripción textual en archivo Word, esto se hizo lo más pronto posible después de haber finalizado la entrevista. El análisis de los datos implicó tres etapas, las cuales fueron basadas en Taylor y Bogdan (1996), la primera consistió en el descubrimiento, en ella lo primero que se realizó fue familiarizarse con los datos, leyendo repetidamente las transcripciones y se escucharon nuevamente los audios, en seguida se aplicó un proceso de abstracción hasta que se formaron bloques para enlistar las ideas claves y temas repetidos.

La segunda etapa incluyó categorizar y codificar los datos, se clasificó u otorgó etiquetas a las unidades que fueron cubiertas por un mismo tópico, donde las

categorías fueron referidas a los diferentes sistemas que conlleva el modelo eco-social. Según Rodríguez, Gil y García (1999), el identificar y clasificar elementos, se realiza cuando se categoriza y se codifica un conjunto de datos; esto consiste en examinar las unidades de datos, para identificar en ellas componentes que permitan su clasificación posterior en una u otra categoría de contenido.

Por consiguiente, se realizó una descripción de cada categoría, se determinó la frecuencia con la cual aparecieron los datos y se encontraron vínculos entre categorías. Conjuntamente se realizó una codificación de los datos para definir que pertenecían a una categoría ya incluida, con esto se logró que el análisis fuera manejable y sencillo.

Para realizar el análisis cualitativo se utilizó el programa MAXQDA, el cual facilitó analizar los textos, a determinar pasajes de textos y asignarles códigos e incluirlos a una categoría (MAXQDA, 2019). Las categorías encontradas se dividieron en los diferentes sistemas que indica el modelo ecosocial: a) la familia y los hábitos alimentarios; b) el entorno escolar y la alimentación; c) experiencias de los directores sobre el Programa de Salud para Aprender; d) cambios, barreras para implementar los programas antiobesidad; e) implementación de los programas antiobesidad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se entrevistaron siete directores de escuelas primarias públicas. De estas escuelas sólo una era federal; tres eran de tiempo completo, una de turno vespertino y tres del matutino. Respecto a la ubicación de las escuelas, cuatro se ubican en el municipio de Monterrey, dos en el municipio de San Pedro Garza García y una en el municipio de Santa Catarina. En cuanto a la edad y sexo, las edades de los directores oscilaron entre 31 y 72 años; y fueron 5 mujeres y 2 hombres. Uno de ellos tenía como escolaridad licenciatura, otro había realizado dos licenciaturas; 4 de ellos, tenían maestría y sólo uno tenía doctorado.

La familia y los hábitos alimentarios

El sistema más inmediato, del niño, el microsistema es el entorno familiar, que en México incluye frecuentemente no sólo a la familia nuclear, sino también a la familia ampliada, compañeros de clase y vecinos que tienen una gran influencia en el comportamiento del individuo debido a que en este entorno se destina generalmente una parte importante de su vida y en él se desarrollan las normas y hábitos.

Además, se le atribuye un papel fundamental en la formación de los niños, pues es ella la encargada de establecer las pautas de crianza, los hábitos de alimentación y la predisposición a consumir determinado tipo de alimentos.

En relación con este punto los directores coinciden en que los hábitos alimentarios de los niños se han modificado por factores que alteran la dinámica familiar, tales como la menor dedicación, la falta de tiempo para cocinar y la pérdida de autoridad. Sobre esto dicen:

“Muchas familias, papá y mamá trabajan, entonces tendemos... tendemos todos hacia comida rápida, lo más sencillo, eh... ve y compra algo, entonces, tiene mucho que ver la obesidad siento yo, los malos hábitos alimenticios, a que ya no tenemos tanto tiempo para... preparar los alimentos. A los hábitos les digo... eh... si la familia acostumbra a tomar refresco, a comer esto y comer lo otro pues a los niños los enseñan. Tenemos niños que llegan con la bolsa de papas y aunque les mandamos recado de que no deben de traer eso, eh... pues... es más fácil para un papá comprarle unas papas y un refresco que estarle preparando una comida nutritiva. A veces a lo que llegan es este... taquitos de... harina, pero como quiera no son lo ideal, el papá no va a estar picándole frutita, entonces...” (E1-EETV).

“La mayor parte de los padres de familia trabaja, sí, entonces hay niños que están cuidados con la vecina, con la tía y de repente le traen ahí el lonchecito, no sé, un panecito con el juguito y no que sea tan malo el darles un pan, pero dices tú en lugar de que usted le traiga un pan de la tienda pues cómprale una galleta integral sí y tráigale un juguito, pero en lugar de que le traiga un Jumex tráigale un juguito de soya” (E6-EETM).

“La gente que trabaja no tiene tiempo de llegar a cocinar, yo lo veo llegan y compran una hamburguesa, una pizza, comida que no es tan sana para los niños, pero bueno, es lo que me queda de vuelo, de paso a mi casa porque no tengo tiempo de preparar alimentos saludables entonces esto influye mucho” (E7-EETC).

Ante esto, Osorio-Murillo y Amaya-Rey (2011) indican que en los últimos años, los patrones alimentarios de las familias se han modificado en todos los países, de acuerdo con el gran avance de las nuevas tecnologías agroalimentarias y a la publicidad, las cuales crean nuevas tendencias en la alimentación de la población, propensión al consumo de alimentos con baja calidad de nutrientes y con alta cantidad de preservantes, que generan riesgos en la salud de los niños, sabiéndose que están en una etapa de crecimiento y desarrollo.

Para los directores, la pieza fundamental para prevenir el sobrepeso y obesidad es la familia. Díaz y Chapman-Novakofski (2014) en un programa que validaron con expertos encontraron que la familia representa una herramienta potencialmente eficaz, pues puede convertirse en un modelo a seguir de alimentación saludable para los más pequeños en el hogar. Ante esto los directores dicen:

“No tenemos al 100 la cultura de la sana alimentación desde la casa con la familia” (E6-EETM).

“No es la escuela es la familia, se tendría que trabajar con las familias porque la educación comienza en la familia, no es nada más este que lo eduques con reglas modales o reglas cívicas, sino que también trabajes la nutrición, entonces para mí básicamente es con la familia con quien se tiene que trabajar, la familia es la que tiene que aprender qué es lo bueno...” (E7-EETC).

“Siento que más que nada son hábitos de la familia, sí, más que nada es la familia, porque nosotros aquí como escuela nos damos cuenta de que, mmm... el niño sabe y entiende lo que es bueno y lo que es malo en nutrición. El niño sabe, así como nosotros adultos sabemos, el niño sabe qué es bueno para su salud y qué no es bueno para la salud. Lo va viendo desde preescolar, se le va manejando siempre que estos alimentos son saludables, estos no, checa las etiquetas, incluso en 5to o 6to manejan a que chequen las etiquetas, o sea, viene en el contenido de clase que revisen las etiquetas, las calorías” (E1-EETV).

Desde el ámbito escolar, con la finalidad de que los padres de familia conozcan sobre nutrición y obtuvieran un beneficio en la alimentación de los niños, se les invitó para que recibieran capacitaciones, pláticas o talleres. Al respecto los directores mencionan:

“No puedo obligarlos, aquí es invitarlos cordialmente, lo invito a que venga a un taller de nutrición, sería excelente porque podemos lograr mucho” (E7-EETC).

“Tuvimos la necesidad de que nos platicaran sobre el beneficio de los desayunos escolares. Vino y les platicó [una nutrióloga] a las mamás de primero, segundo y tercero cuál era el beneficio. Y entonces esa fue una motivación para que los niños aceptaran y las mamás también, el desayuno escolar” (E2-EETC).

El entorno escolar y la alimentación

El siguiente nivel de influencia es el mesosistema o el entorno comunitario (el barrio, la vecindad, el círculo social cercano), el entorno escolar y normas locales. Si bien, los maestros se incluyen en este nivel para que puedan realizar una prevención con relación al sobrepeso y obesidad requieren información y capacitación al respecto. Sobre cómo obtienen este tipo de información los directores señalaron que el conocimiento se adquiere a través de los medios de comunicación o por alguna experiencia propia, porque no reciben capacitación de estos temas por parte de la Secretaría de Educación Pública. Ante esto la FAO (2011) ha señalado que quienes tienen a su cargo niños deben recibir educación nutricional, ya que es necesaria en todos los ámbitos para proteger la salud de la población, pero los recursos públicos son escasos y las necesidades urgentes tienen prioridad:

“Pues nada más preparan a los maestros sobre escuela saludable... En forma general, ya los maestros bajan la información y las prácticas con los alumnos, eso es a lo que nos ayuda la secretaria” (E6-EETM).

“No, no ha habido ninguna plática, por lo general, es por parte de situación en algún foro de discusión o en cursos que yo propiamente he destinado, pero que no están enfocados hacia ese tema, sino que dentro de algún curso ha estado la temática, lo poco que yo he podido rescatar o simplemente por la lectura de artículos informativos o algunas noticias, páginas de internet y demás” (E4-EFTC).

“No recibimos capacitación, nunca, ni en la Secretaría [Secretaría de Educación Pública-SEP]. Pues más que nada, por ejemplo, la televisión, los comerciales, sí te informan; pues también las visitas al médico... yo por ejemplo pues tengo sobrepeso, entonces ahorita de hecho estoy yendo con un nutriólogo... nutrióloga por lo mismo, pero le digo, sí hay mucha promoción en la televisión” (E1-EETV).

En temáticas sobre nutrición, el calendario escolar sólo una vez al año estipula una fecha en el que todos los planteles educativos se enfocan a la preparación de un platillo saludable y se realiza en conmemoración del día mundial de la alimentación:

“Hacemos una presentación de platillos, de escuela saludable sobre todo el día de la alimentación” (E6-EETM).

“El Día Mundial de Alimentación, en esas fechas hacemos el concurso de alimentos nutritivos y creativos, son eventos diferentes y todo lo organizamos con apoyo del Consejo escolar de participación social” (E5-EETV).

De acuerdo con De la Cruz (2015) la escuela, sobre todo la de formación inicial, debería tener un papel fundamental en la formación de hábitos de alimentación adecuados, su énfasis, entonces, se debe abocar a erradicar las prácticas inadecuadas y los mitos en torno a los alimentos, y promover un mayor sentido crítico en relación con la alimentación. Un recurso para lograr estos propósitos son las estrategias educativas en torno a la alimentación. Sobre este tema, los directores señalaron que dentro de la currícula escolar sólo existen dos contenidos enfocados a nutrición como son: el platillo saludable y la jarra del buen beber. Por lo tanto, queda al descubierto el vacío en el tema de la educación nutricional:

“Hay contenidos que corresponden a nutrición y salud, ya cada grado tiene algunos temas en específico, pero son los que forman parte del currículum nacional. Por ejemplo, pues tenemos la alimentación sana, el plato del bien comer o del buen comer y el... la jarra del bien beber...” (E3-EETM).

“Son actividades de realizar manualmente, normalmente se les toma foto a los niños, que, si trajeron el plato del buen comer o que, si hicieron un platillo saludable, eh... todo eso eh... o si hicieron sus carteles, todo eso es en foto, pero... las fichitas de evaluación son también comprobante de que se hicieron” (E1-EETV).

“Viene dentro de los programas. Está lo de... lo de escuela saludable, están los programas de escuela saludable que ahí también viene cómo manejarse “El Plato del Buen Comer”, ... la... “la Jarra del Buen Beber” (E2-EETC).

Dentro de las primarias públicas en la hora del recreo es cuando el niño recibe algún tipo de alimento y éste puede ser comprado en la tiendita escolar o el “lonche” que los niños traen de su casa. Dos directores señalaron que estaba permitido que, en el receso escolar, un familiar (la mayoría de las veces las madres) podía traerles alimentos y entregarlos por las rejas de la escuela. Otras dos directoras mencionaron que no tenían tiendita, ya que son escuelas de tiempo completo y ellos, les proporcionan la comida. A continuación, los directores mencionan la disponibilidad y variedad de alimentos que los niños pueden comprar en las tienditas escolares:

“Pues vende lo que son taquitos cuidando las porciones algunos tipos de tostaditas con frijolitos y repollo es lo que maneja el manual del SPA [Pro-

grama Salud para Aprender] que puede incluir sándwich, todo lo que es ella respeta las indicaciones que sean alimentos que el alumno se nutra verdad; vende algunos juguitos pero que sean bajos en azúcar y agua natural, también les vende agua, nosotros tenemos agua potable” (E5-EETV).

“Siempre les trae comida, arrozito con carne, eh... a veces sí les trae tamales o les trae taquitos, les trae... no sé, espagueti con albóndigas. Intentamos que de preferencia siempre les traiga comida, comida. Porque le digo yo a la señora que muchos niños... como estamos de turno de tarde, muchos niños acostumbran a levantarse, medio tomarse... o sea se levantan muy tarde, toman alguna leche o algo y así los mandan a la escuela. Le digo a la señora: “ésta es su comida” de los niños, no es que se levanten temprano y coman antes de venir, no!; desayunan antes de venir, entonces le digo a la señora: “esta es su comida, entonces necesito que me les venda comida, comida” *risas* Sí, comida nutritiva. No le voy a decir que siempre venda comida nutritiva, hay veces que no tiene tiempo y les vende hot dogs, les vende eh... hamburguesas, les vende pues... mmm... a veces les vende tostitos, o sea les vende diferente, una vez al mes más o menos o una vez cada dos meses, les vende pizza. Eh... pero sí intentamos que sea comida, comida”. (E1-EETV).

“Nosotros le pedimos que se ajuste a los lineamientos que nos establece la Secretaría de Educación, entonces lo que vende es elotes, son tacos, vende hot cakes, alguna vez ha vendido molletes, sándwich, elote; vende solamente algún tipo de papas, vende jugos, sabores naturales; en ocasiones vende frutas, en ocasiones vende rebanadas de pizza; a veces solamente es permitido una vez a la semana, jugos sin azúcar, naturales eso es de lo que menos vende y lo que vende si es el dulcito, la fritura” (E3-EETM).

En un estudio realizado en una escuela Primaria Pública de la Ciudad de México, los investigadores evidenciaron que la falta de regulación en el expendio de alimentos y bebidas dentro de la escuela influye directamente en el consumo de alimentos no saludables por parte de las y los niños, ya que por lo general el consumo de alimentos durante el recreo se ajusta, por una parte, a la elección entre aquellos alimentos y bebidas disponibles en su contexto escolar, y a la cantidad de dinero que les proporcionen sus padres (Valencia, Mata & De Lira, 2018). Por ello la importancia de regular y supervisar el expendio o la distribución de alimentos y bebidas en los planteles de educación básica.

Los alimentos que los niños llevan de su casa a la escuela o que las mamás les entregan en el plantel a la hora del descanso se componen de:

“Las señoras a veces les llevan lonche a los niños y bueno les llevan taquitos de huevito, frijoles y cosas más o menos, pero a veces llega con una bolsa de Fritos, Sabritas y una Coca Cola, donde debemos de trabajar inicial y fundamentalmente con las familias la escuela, claro la escuela tiene que coadyuvar” (E7-EETC).

“Se busca que sea saludable que puedas traerte de que el taquito, dos o tres taquitos, y ya no comes este... esto no va a hacer daño. O traes sándwich, con jamón o... algo preparado... no traigas papitas. Pero hay mamás que de lonche les mandan papitas por más que estemos insistiendo con ellas” (E2-EETC).

“La hora del descanso viene la mamá a traerle el lonche pues sí le trae su taquito de harina calentito, su sanwichito o su Margarita [pan tipo bollo] y con algún guisadito verdad” (E6-EETM).

Los refrigerios que consumen los niños durante el recreo son el complemento de su dieta diaria y pueden representar un riesgo de obesidad si los padres los preparan con base en alimentos procesados, elevados en azúcar, sal y grasa, situación que se observó en este estudio y en otra investigación realizada en doce escuelas de Tamaulipas, donde el lonche escolar enviado por los padres de familia sobrepasa la recomendación de calorías, e incluía alimentos no saludables (alto contenido de azúcar y grasa en relación con su aportación nutrimental) (Aleman-Castillo, Castillo-Ruiz, Bacardí-Gascón & Jiménez-Cruz, 2019).

De las tres escuelas de tiempo completo incluidas en el presente estudio, la comida que consumen los niños en el receso escolar es muy distinta. El director de la escuela federal señala que las autoridades correspondientes le enviaban la comida que se proporciona a los niños, sin embargo, hace hincapié en que el menú se ha deteriorado con los años y ya no es un platillo equilibrado:

“Se ha ido deteriorando que es una cosa criminal ya lo que te mandan; no el programa, [sino] la gente que lo hace o que lo atiende [porque] mandan carbohidratos con carbohidratos cosas por el estilo; la frutita es de la peor calidad que tengan, la manzanita de este tamaño [señala algo muy pequeño con las manos], las naranjitas de este tamaño. O sea, no sé qué tanto se estarán robando [los recursos del programa] la mera verdad, pero de que decayó... una ensalada a veces casi sin pollo, o te mandan un picadillo casi sin picadillo pura papa, así cosas por el estilo, entonces ahí es donde viste que se mermó la calidad; y como le dije en una ocasión, que vienen las niñas de nutrición [pasantes] les dije nomás para darme una idea, para ver sino estoy equivocado yo verdad: “supervísenme durante una semana los alimentos que nos están

enviando”, y ya ellas me dieron un reporte, me confirmaron que donde te mandaban, por ejemplo, un puré de papa con pasta con equis cosa, que la equis cosa si es carne viene muy escasa entonces, pues te mandan carbohidratos con carbohidratos” (E4-EFTC).

Otra de las escuelas, estatal de tiempo completo y con apoyo de las cuotas de los padres de familia, les proporcionan desayuno y comida a los niños:

“A las 8:30 ya están saliendo de comedor, es lavado de dientes, lavado de manos y al salón; ya para iniciar el día de trabajo se les da su colación que puede ser una fruta puede ser un yogurt bebido, puede ser unas galletitas de avena con coco y con todo, todo muy nutritivo. La comida es a la 1:30, a la 1:30 de 1:30 a 2 de la tarde están los niños en comedor salen a las 2 de la tarde y empiezan las materias curriculares de la escuela. Los menús se elaboran por temporada entonces es una comida sana, es una comida nutritiva, comen sopas, calditos, la mayoría de los niños se come todo. Pero hay, por ejemplo, ciertos alimentos, el pescado batallamos, para que coman pescado tienen que comerlo en tortitas de pescado, tienen que comerlo como ceviche, pero, por ejemplo, un caldo de pescado no les gusta” (E7-EETC).

Otra de las escuelas, también estatales de tiempo completo, se caracteriza por un alto grado de marginación. Al inicio de la jornada escolar a los niños se les entrega un desayuno proporcionado por el DIF, de lo cual señaló la directora que para poder acceder a este tipo de desayuno la escuela debería tener un 30 por ciento de niños en bajo peso y la escuela según sus últimas cifras tenía un 35% de niños en ese estado nutricional; sobre la comida, dependía de si los padres le proporcionaban al menor algún refrigerio o le llevaban comida en el receso:

“El desayuno escolar consiste en una leche, que es de soya sabor natural lo que son las galletas integrales, el cereal, y aparte una bolsita con fruta seca que trae chabacano, cacahuates y manzana, se entregan diariamente a los niños, lo entregamos a cuarto a las 8 [refiriéndose a 7:45 am], tienen el tiempo para que se lo tomen, todo... se lo terminen y ya pasan al salón a trabajar. Todo esto está financiado por el mismo DIF, aquí la recuperación es \$1 peso, cada niño, paga \$1 peso por el paquete del desayuno y se lo tenemos que depositar... que viene siendo a nombre del DIF” (E2-EETC).

De acuerdo con la revisión de la literatura indican que los programas de desayuno han impactado favorablemente el crecimiento físico de los niños, su desarrollo cognitivo y estado nutricional de vitamina A, hierro y zinc; así mismo, no representa un

factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y otros factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares; no contribuye al aumento de masa grasa y no causa cambios de patrones dietéticos (González, Ortega & Grijalva, 2016).

Experiencias de los directores sobre el Programa Salud para Aprender

El nivel de influencia más distal, que a su vez permea tanto al microsistema como al mesosistema, es el macrosistema, el cual está conformado por los factores sociales, económicos, culturales, legales, normativos y las políticas públicas que moldean a una sociedad. En el pasado, el macrosistema tenía un carácter geográfico limitado (regional o nacional), pero actualmente, por efecto del fenómeno de la globalización, rebasa límites geográficos, por la exposición cada vez más intensa a influencias internacionales o global.

En este sentido, el estado de Nuevo León desde el 2011 ha implementado el programa Salud para Aprender (SPA), la cual es una política pública encaminada a promover la salud integral de los escolares de educación básica mediante acciones de prevención, detección temprana de enfermedades, solución de problemas de salud y promoción de hábitos saludables (Ávila, 2012).

Para el 2014 con carácter de obligatorio la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública declararon los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del sistema educativo nacional.

Actualmente, las acciones que se llevan a cabo a través de este programa son: a) el diplomado salud integral en los estudiantes, enfocado a la salud física y mental; b) cada ciclo escolar se distribuye la ficha evolutiva y expediente médico escolar; c) se crearon con acreditación “Escuelas en Proceso de Validación” y “Escuelas Validadas como Promotoras de Salud” con la intención de fomentar un ambiente saludable; d) el día Mundial de la Alimentación se presenta una muestra de trabajos de estudiantes y personal docente; e) desde su creación se elaboró y distribuyó el denominado “Catálogo Estatal de Alimentos, Bebidas, Desayunos y Refrigerios Escolares”, dirigido a madres y padres de familia, alumnos y expendedores de alimentos de expendedores de alimentos de los Establecimientos de Consumo Escolar (ECOES); f) se realizan capacitaciones y visitas de supervisión a los ECOES (Gobierno del Estado de Nuevo León, 2020).

Sobre las acciones declaradas en el programa, todos los participantes coincidieron en que hacía varios años se les comunicó sobre un programa para disminuir el sobrepeso y la obesidad titulado Salud Para Aprender (SPA), al respecto dijeron:

“Te puedes inscribir como escuela al programa Salud para Aprender y ahí ellos te mandan algunos cuadernillos, eh... de cómo trabajar, qué debe vender la señora de la tiendita o esto. Y tú vas también llenando y tomando evidencias de los trabajos que has hecho, de cómo has promovido la salud, la buena alimentación con los niños y los mandas, al final te dan una bandera que es la “bandera blanca” le dicen, de la escuela saludable” (E1-EETV).

“En Salud para Aprender cada ciclo escolar en dos períodos al año nosotros volvemos a tomar peso y talla; dos veces en el ciclo escolar peso y talla de todos los niños de primero a sexto grado, este, y ahí nos vamos dando cuenta de acuerdo a las gráficas, cómo va ese avance, cómo va si disminuye o si aumenta” (E6-EETM).

“Para el programa nosotros tomamos el peso y la talla de los estudiantes y valorar si cuentan con sobrepeso, obesidad o si están en peso ideal o si hay bajo peso y a partir de ahí, pues realmente no ha habido un proyecto en específico para prevenirlo, no hay un programa estructurado enfocado a eso” (E3-EETM).

Dentro del programa SPA, se mencionan las regulaciones sobre los alimentos permitidos y no permitidos que pueden estar en venta en las tiendas escolares. Al respecto los directores señalaron:

“En ese reglamento nos marcan qué alimentos se deben de vender por medio de la tiendita, deben de ser alimentos saludables obviamente; yo le digo a la señora de la tiendita pues: “a lo mejor un dulce le puedes vender al niño, porque el niño siempre te va a buscar el dulce”... no debemos de vender refrescos, este, no debemos de vender harina que no sea algo integral, este, dulces, fritura o alimentos chatarra, todo eso nos lo marca el reglamento; puedes vender papita, pero hay una empresa que es Barcel, ellos tienen productos, por ejemplo, de una papita que elaboran baja en grasas o sea hecha para que el niño la pueda consumir, no como una papita normal” (E6-EETM).

“La Secretaría de Educación [Ministerio de Educación] emite una normativa donde establece qué productos se deben de ofrecer, por ejemplo productos que sean... por ejemplo, los jugos que no sean o las bebidas que no sean bebidas gaseosas, que sean jugos pero que no sean con alto contenido calórico... recomiendan más aguas frescas y recomiendan agua natural... en el caso de los alimentos pues también es procurar el... que sea la menor cantidad de golosinas... de dulces que sean bajos en azúcares, que no tenga alto contenido calórico; en cuestión de la fritura, las papas procuren que nada

más sean hasta cierto contenido calórico, realmente no tengo el dato exacto de cuál, pero no permiten el consumo excesivo de ese tipo de alimentos... sándwich, de taquitos, elote, por ejemplo, en el caso de dulce lo que autoriza son los mazapanes, palanquetas, ese tipo de dulces que tienen cacahuete, nuez o almendra” (E3-EETM).

“Se promueve mucho que el niño coma pan integral, o sea, si es algún sándwich que sea con pan integral, que sea mucha fruta y verdura, o sea jícama, pepino, todo eso... piña, manzana, eh... no se permite el refresco, ningún refresco a los niños, de hecho, la Secretaría promueve que sólo sea pura agua la que se le venda a los niños. Normalmente ninguna escuela cumple específicamente con eso porque los niños no compran el agua, les venden juguitos, pero pues ya buscamos que tenga la menor cantidad de azúcar, por ejemplo, ¡el Boing! a veces les trae que las “agüitas” se llaman, con un toque de sabor y siempre les tienen también agua. A los maestros sí les trae refresco, pero a los niños no tiene permitido venderles. Eh... el mismo programa te dice “no galletas, no papas, no dulces” más que nada fruta y comida saludable” (E1-EETV).

Por lo tanto, para los entrevistados el programa SPA en estas escuelas se limita a pesar y medir a los alumnos al inicio escolar, o sólo se toman como lineamientos que se tienen que implementar en las tienditas escolares. Además, no existe una supervisión o fiscalización oficial que se encargue de verificar y en su caso, sancionar a quienes no cumplan con lo exigido. Ante la pregunta sobre qué puede ocurrir o qué sanción podría recibir un director de escuela que permite se expendan alimentos no saludables en su escuela, uno de los entrevistados señaló que sólo se limita a una amonestación verbal y tal vez a una nota en su expediente y lo cual sería intrascendente en la trayectoria laboral: “Pues se va a tu archivo principalmente, queda marcado” (E4-EFTC).

No obstante, Trejo y Raya (2018) han documentado que en una escuela de Nuevo León el programa SPA logró disminuir el sobrepeso y obesidad en los niños, la escuela lleva de forma estricta el cumplimiento de los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparadas y adoptó los menús saludables. Además, cuenta con el respaldo de los Consejos Escolares de participación social, madres y padres de familia, docentes, autoridades educativas y de salud en el Estado de Nuevo León; también existe orientación a los padres sobre el Plato del Bien Comer y la alimentación correcta en el escolar.

Cambios y barreras para implementar los programas anti obesidad

En la búsqueda de la disminución del sobrepeso y la obesidad en niños se han estipulado algunos lineamientos que se enfocan a una baja disponibilidad de alimentos altamente procesados dentro y a los alrededores de los espacios educativos, a la disponibilidad de agua potable, y de espacios e insumos adecuados para realizar actividad física, además de que exista disponibilidad de alimentos frescos como las frutas, verduras y preparaciones con cereales integrales o leguminosas.

Al respecto los directores comentan que este tipo de lineamientos enfocados a las tienditas escolares, si bien, al inicio del programa SPA se implementaron los cambios que se incluían en el programa, surgieron diversas barreras para continuar con las acciones anti obesidad, porque a los niños no les gustan los alimentos saludables y se enfrentan a la disminución de las ventas y no existen ganancias monetarias para las personas que trabajan en las tienditas:

“Me decía [los encargados de la tienda escolar], que han intentado traer comida saludable, más fruta, más verduras en la tiendita, pero en este caso se encuentra la barrera de ellos, de los niños que no los quieren consumir; sí, es que no la quieren consumir o a veces se les hace muy caro algunos productos. Entonces esa es la dificultad con la que nos topamos, como ella [la encargada de la tiendita] quiere venir y ofrecer su producto, y obtener una ganancia, entonces a veces los productos son un poquito más altos en el precio y a eso le sumamos que a veces los niños no quieren consumir algunos de ellos, por diferentes motivos, entonces ya se complica un poquito la venta y pues realmente termina vendiendo lo que los niños estén pidiendo, lo que siempre piden [chatarra], entonces son los limitantes que tenemos. Entonces los alimentos que marca el reglamento no los vendía porque el chiquillo busca chatarra, entonces aquí la compensación es que el papá le traiga alimentos saludables, sí te vende taquitos de los que marca, pero el fuerte es la fritura” (E3-EETM).

“Las señoras [las encargadas de la tienda] protestan porque “es que [los niños] no quieren los taquitos, no quieren los taquitos de nopal”, porque nos dan una... por decir, varias recetas la Secretaría...Un menú, que los niños no quieren, no aceptan el menú los niños. ¿Y por qué no lo quieren? Porque no están acostumbrados” (E2-EETC).

Además, los directores enfatizaron que otra de las razones por la que los cambios en la venta de los productos de la tiendita escolar, no se llevan tal y como dice el reglamento, se debe a que la tiendita es una concesión a un particular y representa una aportación de dinero para la escuela y un negocio para las personas que la atienden:

“La señora del puesto tiene que buscar la manera de también obtener una ganancia porque al final eso es a lo que se dedica, es su trabajo, entonces ella no quiere perder” (E3-EETM). “Ella [la encargada de la tienda escolar] firma un convenio un contrato este, que es por parte de la Secretaría de Educación, es un convenio verdad donde ella se concesiona la tienda escolar...” (E5-EETV).

“Hay un reglamento de la SEP que marca lo que se debe vender, pero si te pones a vender eso no vendes nada y la verdad es que las escuelas necesitan entradas [de dinero] porque las entradas de la escuela nomás son las inscripciones y luego nomás lo de la tiendita y ya no hay más y el mantenimiento se hace con eso, con recursos propios, no hay de que digas tú “se fundió esta lámpara, voy a la Secretaría [SEP] para que venga el eléctrico y la repare o la cambie”... o que hay una fuga [de agua] o un baño deteriorado... no, no, no, aquí hay que contratar un plomero, a alguien y comprarle los materiales... entonces de ahí se paga con lo que deja la tiendita, si no, no existiera, la mera verdad.. si [la tiendita] se dedica a vender los alimentos del reglamento, no los vendiera, porque el chiquillo busca chatarra” (E4-EFTC).

Al respecto, Muñoz & Arango (2017) ponen de manifiesto que las políticas podrían funcionar como instrumento efectivo si son parte de una estrategia integral de prevención de sobrepeso y obesidad. Como lo demuestran los hallazgos, la aplicación de leyes o decretos debe estar acompañada de otras estrategias, dado que solas tienen un efecto limitado en la modificación de los hábitos saludables de consumo y el incremento de la actividad física.

Otra barrera para la disminución del sobre peso y obesidad son las clases de educación física. Los directores mencionaron que estas clases, se rigen bajo un reglamento:

“De la educación física, sí nosotros tenemos también el reglamento que rige también a la educación física. Ellos [La Secretaría de Educación] tienen sus propios reglamentos que son por los que nosotros nos regimos” (E6-EETM).

No obstante, los entrevistados señalaron que no se pueden cumplir todas las actividades relacionadas con educación física por falta de tiempo:

“La barrera pues es que tienes una currícula cargada de español, matemáticas, geografía, historia, etc. para poderle dedicar más espacio a la actividad física, no deja tiempo” (E3-EETM).

Además, que a nivel estatal si las escuelas tenían maestro de educación física era por contratación de la escuela con recursos propios generados por aportaciones de los padres de familia:

“Mándenos también a la [escuela primaria] estatal un maestro de educación física, en el estado [Nuevo León] no tienen maestro de educación física. Si hay, es porque los contrata la escuela, hay que contratarlos aparte” (E3-EETM).

En caso de que no se cuente con el apoyo de los padres de familia para la contratación del maestro, las escuelas se quedan sin clases de educación física, que es el caso de dos escuelas primarias públicas estatales participantes en este estudio:

“Educación física es básicamente salen a jugar...acorde a su edad, futbol u otra cosa, dependiendo de la edad, es la actividad que realicen y todos estos instrumentos... este material que tienen lo sacan, lo guardan...” (E2-EETC).

“Por lo pronto no tenemos maestro de educación física, solamente en el descanso los niños tienen balones de futbol, eh... tienen uno de futbol americano, pero es de espuma. Tienen eh... cuerdas, tanto pequeñas individuales como grandes. Desde el ciclo pasado, iniciamos con maestro, pero al finalizar, ya como para marzo-abril, nos quitaron al maestro, o sea, se retiró el fondo de ese maestro de educación física y a partir de marzo-abril ya no tuvimos maestro. A inicios de este ciclo escolar que inició en agosto, iniciamos sin maestro, nos los proporcionaba el municipio de San Pedro, entonces ahorita no han tenido fondos y pues dejó de haber maestro de educación física. Entonces los maestros [de grupo] son los que se están haciendo cargo de esas clases que en ocasiones los sacan a jugar ; preferimos tenerlos con pelotas, con cuerdas a que nada más anden corriendo, que a veces si no se les proporcionan balones, las cuerdas, las aros, lo que hacen es andar jugando al voto y eso sí nos llega a veces a ocasionar accidentes, entonces preferimos que estén brincando la cuerda, jugando realmente futbol, lanzando balón de futbol americano, pero de preferencia evitamos que corran sin sentido como quien dice” (E1-EETV).

A pesar de los múltiples beneficios de salud que trae consigo la actividad física y que está contemplada en plan curricular de la Secretaría de Educación Pública como clase obligatoria, Pérez y Alcalá (2009) coinciden con los hallazgos de este estudio señalando que el tiempo destinado a trabajar los temas de salud y ejercicio representa sólo 5% del tiempo de clase (2.5 minutos). Por lo tanto, el 80% de los niños no realiza actividades físicas suficientes para alcanzar los niveles mínimos de desarrollo

físico. Además, el sistema educativo nacional no proporciona las herramientas suficientes para que los niños obtengan los conocimientos básicos para realizar actividades físicas mínimas.

Otra barrera se enfoca al consumo de agua en los niños, los directores mencionan que existe el rechazo de los niños de consumir agua simple y algunas escuelas presentan instalaciones inadecuadas para el consumo de agua potable:

“Sí nos promueven que sea agua pura para el niño, pero normalmente se les vende porque no te compran el agua” (E1-EETV).

“Los bebederos nos los acaban de reparar, es potable o pueden traer de su casa, antes les puse tres botellones, con los conitos, y los mojaban y los tiraban. Los mojaban y los tiraban, le digo: “Es que hay que educarlos”, no salen caro los botellones, te vas y te sirves tu agua, no hay problema... ¿Sí? Pero... hay que estarles diciendo y educarlos a los niños, desde primero yo creo a sexto” (E2-EETC).

“Nosotros contamos con bebederos que forma parte de la red del servicio de agua común, o sea, no tenemos un purificador de agua, por ejemplo, nos limitamos solamente que el alumno traiga su agua de casa, ya sea en una botella o en un termo o algún bote, si no sería bueno que aquí tuviera un bebedero” (E3-EETM).

También, la escasa participación de los padres de familia se suma a las barreras para frenar el sobrepeso y obesidad, ya que los directores mencionan que en las actividades realizadas en la escuela como taller o pláticas sobre diferentes temas, los padres no asisten:

“Participan cuatro madres de familia, por lo regular son las mismas. A veces nos ayuda una o dos diferentes, pero casi siempre son las cuatro mamás” (E2-EETC).

“Es muy limitado a los padres de familia que te apoyan aquí yo fijese está un consejo de participación social reúne a 13 señoras, batallo para juntarlas teniendo 200 y fracción de padres de familia batallo para juntar 13; 13 que de verdad tengan la disposición porque muchas se anotan pero luego cuando las ocupas es de: “no tengo tiempo”, “voy a trabajar”, “tengo vuelta” a quien sabe dónde y total no vienen a apoyarte en la actividad que tú estás realizando, entonces es muy difícil con los padres de familia” (E4-EFTC).

Implementación de los programas anti obesidad

Todos los directores coincidieron que para facilitar la implementación de los programas de nutrición era necesario contar con profesionales de nutrición que los apoye y asesore:

“Sí nos faltaría un nutriólogo, yo creo que sí sería importante un nutriólogo” (E6-EETM).

“Yo creo que sería interesante tener un nutriólogo que fuera aceptado, no lo sé porque a lo mejor una de las barreras a las que nos enfrentamos sería precisamente el padre de familia; ya un especialista pues ya daría un poquito más en el tema que nosotros, o sea, que no estamos realmente preparados en esa materia, [porque] yo no le puedo decir “¿sabe qué? tales alimentos tienen tantas calorías, tienen tanto de azúcares” o no sé, o sea, yo creo que ya un nutriólogo a lo mejor ya introduciéndose ya más los padres de familia les ayudaría a cambiar sus hábitos alimenticios” (E7-EETC).

Para que las acciones anti obesidad funcionen consideran muy importante contar con el apoyo, motivación y participación de los padres:

“Yo considero que aquí más que todo es motivar a los papás” (E2-EETC).

“Citar a los papás para que les den una plática de capacitación que les va a servir y la otra es que los papás se interesen en asistir, que el padre de familia quiera asistir” (E5-EETV).

“Lamentablemente estamos en un medio difícil donde el papá no se involucra o no se quiere responsabilizar, algunos son, vamos a decirlo responsables de la manera económica, vamos a decirlo, trabajan todo el día, para poder completar porque hay otros que no trabajan y que tampoco se involucran y la que trabaja es la señora, cosas por el estilo, pero es necesario se involucren” (E4-EFTC).

Un caso de éxito en Puebla declarado por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura 2018, concuerda que el apoyo del director de la escuela, el compromiso de madres, profesores y alumnos es importante para el éxito de los programas, ya que esta escuela tras seis años de implementación de actividades en favor a la sana alimentación de las niñas y niños, se han percibido beneficios en el rendimiento escolar, condición física, estado de ánimo y bienestar en general que ha logrado trascender a los hogares (Trejo & Raya, 2018).

Conclusiones

“No es la escuela, es la familia”. Desde la perspectiva de directores de escuelas primarias públicas, la familia es la estructura principal donde debe llevarse a cabo la prevención y control del sobrepeso y la obesidad; mientras que la escuela aportaría sólo un apoyo complementario.

En nuestro estudio encontramos que existe una estratificación entre las escuelas primarias públicas, donde las escuelas estatales son mayormente desfavorecidas en cuanto a recursos propios y contar con ciertas plazas laborales de planta. Además, las políticas anti obesidad en las escuelas han representado una sobrecarga de trabajo más allá de lo académico o pedagógico para los docentes, debido entre otras, a que se les ha asignado la responsabilidad de las mediciones antropométricas para la evaluación del estado nutricional y reportarlas periódicamente a las autoridades de salud correspondientes.

Sumado a lo anterior, la familia del niño, el padre y la madre tienen largos horarios de trabajo, dedican poco tiempo a cocinar y al cuidado de los hijos, lo que lleva a optar por comidas rápidas, además de que tienen el hábito de las bebidas azucaradas; algo determinante es que los padres tienen un escaso involucramiento, motivación y participación en los programas escolares y de salud implementados. Esto interactúa con otras situaciones fundamentales: los docentes no reciben capacitación en el tema de la alimentación saludable y existen pocos contenidos sobre nutrición en la currícula; sólo algunos padres acatan las recomendaciones de evitar alimentos chatarra en la lonchera para el refrigerio escolar; si las tiendas escolares vendieran sólo comida saludable, no se les vendería o muy poco y no se obtendrían ganancias o recursos que requieren las mismas escuelas para su mantenimiento básico o regular; no hay tiempo en la currícula para integrar la cantidad de horas suficientes de educación física durante la jornada escolar; faltan bebederos y agua potable de calidad y a los niños no les gusta tomar agua natural sino bebidas saborizadas y azucaradas; sólo las escuelas primarias federales cuentan con profesor de educación física mientras que las escuelas estatales deben conseguirlo con recursos propios o de los padres de familia.

No obstante, también se identificó una cierta luz sobre lo que ha causado mejor impacto y sobre lo que podría implementarse en los programas. Los directores ven positivamente algunos resultados del programa de desayunos escolares del DIF y así también, consideran alentadora la posibilidad de que a los profesionales de la nutrición se les integre como personal de las instituciones de educación básica.

Finalmente, nuestro estudio muestra que es esencial considerar la experiencia y perspectivas de los propios miembros de las comunidades educativas, es decir, debería tomarse en cuenta su participación- acción para reformular y replantear las

políticas de salud y anti obesidad de manera integral y asimismo, incorporar una perspectiva de determinantes socioeconómicos y culturales. Dar continuidad a programas con un marco teórico-conceptual renovado y crítico que permita aprender de las experiencias vividas de aquellos que día a día ejecutan, concretan, operan y hacen realidad las acciones de salud y de bienestar al interior de las escuelas.

Referencias

- Alemán-Castillo, S. E., Castillo-Ruíz, O., Bacardí-Gascón, M., & Jiménez-Cruz, A. (2019). Alimentos seleccionados por los padres para los refrigerios de sus hijos en etapa de educación básica en Reynosa, Tamaulipas. *Ciencia UAT*, 14(1), 61-70.
- Ávila, A. (2012). *Salud para aprender. Guía general*. Recuperado el 20 de agosto de 2020, de <https://coleccion.siaeducacion.org/node/1719>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- CDC-Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Progreso en la lucha contra la obesidad infantil. Recuperado el 24 de septiembre de 2019, de <https://www.cdc.gov/spanish/signosvitales/obesidadinfantil/index.html>
- De la Cruz, E. E. (2015). La educación alimentaria y nutricional en el contexto de la educación inicial. *Paradigma*, 36(1), 161-183.
- Díaz, L., Chapman-Novakofski, K. (2014). Relevance and Appropriateness of ¡Salud! Comiendo en Familia, an Obesity Early Prevention Program for Hispanics, *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 46, (4).
- ENSANUT-Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2018). Presentación de resultados. Recuperado de 20 de mayo de 2020, de https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INSP-Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud-ss. (2019). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. Presentación de resultados. Consultado en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- FAO. (2011). La importancia de la educación nutricional. Recuperada el 30 de agosto de 2020, en https://pesoehblog.files.wordpress.com/2015/06/la-importancia-de-la-educacion-nutricional_fao-light.pdf
- Gallegos, R. P., Barragán, L. A., & Hurtado, E. E. (2016). Evaluación de la estrategia contra el sobrepeso y obesidad en establecimientos de consumo escolar en planteles de educación básica de Villahermosa, Tabasco. *Horizonte Sanitario*, 15(3), 155-163.

- Gobierno del Estado de Nuevo León. (2020). Salud para aprender. Recuperado el 15 de agosto de, <https://www.nl.gob.mx/campanas/salud-para-aprender>
- González, D. G., Ortega, M. I., & Grijalva, M. I. (2016). Programa de desayunos escolares en Sonora. Un recuento de experiencias y retos nuevos. *Estudios Sociales (Hermosillo, Son.)*, 26(48), 165-189.
- Hernández-Sampieri, R., Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Mc Graw Hill Education.
- Hernández-Sampieri R., Fernández, F., & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill Education.
- MAXQDA. (2019). Guía de Introducción. Free guide. Español. Recuperado el 20 de mayo de 2020, de https://es.maxqda.com/wp/wp-content/uploads/sites/3/WEB_ESP_MAXQDA-2020.pdf
- Muñoz, F. L., & Arango, C. (2017). Obesidad infantil: un nuevo enfoque para su estudio. *Salud Uninorte*, 33(3), 492-503.
- Nascimento, L. C., Vignuda, T., Dos Santos I., Montenegro J., Burla R., & Silva, L. (2018). Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 228-233.
- Osorio-Murillo, O., Amaya-Rey, M. (2011). La alimentación de los adolescentes: el lugar y la compañía determinan las prácticas alimentarias. *Aquichan*, 11(2), 199-216.
- Peréz, A., & Alcalá, I. (2009). Impacto de la clase de educación física sobre la actividad moderada y vigorosa en niños de primaria. *Revista Mexicana de Investigación en Cultura Física y Deporte*, 1(1), 148-171.
- Plan Nacional de Desarrollo. (2019). Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Recuperado el 10 de febrero de 2020, en <https://lopezobrador.org.mx/wp-content/uploads/2019/05/PLAN-NACIONAL-DE-DESARROLLO-2019-2024.pdf>
- Rivera, J. Á., Hernández, M., & Valdillo F. (2012). *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1999). *Metodología de la investigación*. Granada: Aljibe.
- Secretaría de Educación Pública. (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad. Recuperado el 20 de mayo de 2020, en http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/635/1/imagenes/programadeaccion_sept.pdf
- Secretaría de Gobernación de México. (2014a). Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del Sistema Educativo Nacional. Recuperado el 10 de febrero de 2020, en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5344984&fecha=16/05/2014

- Secretaría de Gobernación de México. (2014b). Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010, Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados- Información comercial y sanitaria. Recuperado el 10 de febrero de 2020, en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5356328&fecha=14/08/2014
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S., & López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18, (1), junio, 45-59.
- Trejo, A., & Raya, G. (2018). *Buenas prácticas para el control y la reducción del sobrepeso y obesidad en escolares: casos en escuelas primarias de México*. México: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
- Valencia, A., Mata, C., & De Lira C. (2018). Preferencias alimentarias durante el recreo escolar: Niños de primaria de 9 a 10 años. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 9, (2).
- Villalba, C. (2003). Redes Sociales: Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria. Intervención Psicosocial. *Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, 2, 8 - 9.
- Villareal, J. (2011). Programa Salud para Aprender (SPA). *RESPYN*, 12, (3). Recuperado el 10 de julio de 2020, en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsal-pubnut/spn-2011/spn113a.pdf>

Capítulo 7

Entre la delgadez y el miedo a la gordura. La experiencia corporal de mujeres jóvenes del noroeste de México

*Between slimness and fear of fat. The bodily experience of young women
in Northwest Mexico*

Juana María Meléndez Torres y Marissa Eunyce Valenzuela Gutiérrez

Resumen

En la etapa actual de la modernidad, el cuerpo se ha vuelto un objeto de consumo al que se le exige control y autodisciplina. Mientras que el cuerpo delgado representa el ideal corporal desde la visión biomédica y social, la obesidad prevalece con niveles nunca antes vistos, principalmente en las mujeres. El objetivo fue analizar desde la experiencia de las mujeres jóvenes, cómo significan y viven el cuerpo, así como la presión social por la delgadez. Partimos del supuesto de que existe una interacción entre la cultura y las estructuras sociales que definen la manera en cómo se vive y se significa el cuerpo en cada ámbito cultural. Se trabajó con mujeres jóvenes de diversas clases sociales y condiciones corporales de Hermosillo, Sonora, desde una perspectiva cualitativa y mediante entrevistas semiestructuradas. Encontramos que en las jóvenes se interioriza el cuerpo delgado como la norma y toman consciencia de su cuerpo en diferentes etapas de su vida dependiendo de su condición corporal y contexto sociocultural. En las jóvenes el miedo a ser gordas es acusado y depende en gran medida de su experiencia y trayectoria corporal, así como de la presión social ejercida e internalizada de su grupo social de pertenencia, el grupo de pares y la suya propia. Este miedo es aún mayor para las jóvenes con experiencia de obesidad previa y que han logrado modificar su cuerpo al bajar de peso. La confluencia de estos elementos puede acarrear una serie de situaciones que vuelven más compleja la experiencia corporal sobre todo en una etapa de la vida como es la adolescencia y la juventud.

Palabras clave: obesidad, presión social, experiencia corporal, miedo a la gordura, jóvenes.

Abstract

In the current stage of modernity, the body has become a consumer object that is required to control and self-discipline. While the slim body represents the body ideal from biomedical and social vision, obesity prevails with levels never seen before, mainly in women. The goal was to analyze from the experience of young women how they mean and live the body, as well as social pressure from thinness. We assume that there is an interaction between culture and social structures that define how the body is lived and meaning in each cultural sphere. We worked with young women of various social classes and bodily conditions in Hermosillo, Sonora, from a qualitative perspective and through semi-structured interviews. In young women, the thin body was internalized as the norm and they became aware of their body at different stages of life depending on their body condition and socio-cultural context. The fear of being obese was accused in young women, depends mostly on their experience and body trajectory, as well the social pressure exerted and internalized from their social group of belonging, the group of peers and their own. This fear gets stronger for young people with previous obesity experience and who have been modified their body by losing weight. The confluence of these elements in the presence of obesity can lead to a number of situations that make body experience more complex especially at a stage of life such as adolescence and youth.

Key words: *obesity, social pressure, body experience, fear of fat, young women.*

Discursos y valoraciones de la delgadez corporal como sinónimo de salud y belleza

En las sociedades contemporáneas, y mayoritariamente para las mujeres, se ha establecido como práctica social el culto al cuerpo delgado (Reischer y Koo, 2004). Es una preocupación casi generalizada, al menos en el contexto urbano, que atraviesa todos los grupos y clases sociales. Esta forma de idolatría al cuerpo delgado es apoyada por un discurso que se basa en la valoración estética de la delgadez, emanado por parte de la industria de la moda, en conjunción de un discurso de la salud, por parte de la comunidad científica biomédica. Ambos discursos difundidos mediante los medios masivos de comunicación (MMC) y la misma sociedad que, nos invitan a mantenernos saludables, bellos, delgados y en forma, atributos únicos e irremplazables (Reischer y Koo, 2004; Frost, 2005; Sakar, 2014). Lo que da sentido a todos estos mensajes es precisamente el cuerpo en el que se codifican formas de aceptación y normalización en el contexto de la modernidad.

Al cuerpo, tratado como un objeto de consumo, se le exige además control y disciplina, pues su valoración se basa en la delgadez como atributo principal. Asimismo, la construcción del cuerpo delgado como modelo ideal a seguir, no sólo se basa en el discurso social e ideológico que ha dado distinción a la delgadez como canon de belleza, sino que el discurso biomédico ha auspiciado en gran medida dicha construcción como sinónimo de salud. Cambio que ha sido acompañado y sustentado por nuevas prácticas, técnicas y tecnologías en los órdenes culturales, sociales, políticos, económicos y de género (Muñiz, 2014; Davis, 2007). A su vez, Vigarello (2004) señala que esta idealización por los cuerpos delgados se agudizó a partir de que se comenzó a estigmatizar los cuerpos robustos (en Moreno, 2010)⁹, principalmente en las últimas cuatro décadas, desde que se dio la emergencia de la obesidad en la escala mundial (oms, 2014; Company y Rubio, 2013).

Actualmente, el discurso biomédico se encuentra sobre la meta de establecer a la obesidad como la pandemia del nuevo siglo (Company y Rubio, 2013) y bajo una connotación de enfermedad (Hofmann, 2015). De tal suerte que se arguye sobre la imperante necesidad de ajustar a los individuos a un estándar corporal que los ‘salve’ de ser ‘categorizados’ en exceso de peso y de ser un factor de riesgo, tanto propio como social. Desde el poder institucionalizado de la biomedicina, el cuerpo es visto como un objeto del saber-poder, que busca controlar y regular la vida de los individuos, disponiendo de planes y programas para regular el cumplimiento de los mismos¹⁰. Su legitimidad práctica se fundamenta en la corrección/rehabilitación de anormalidades estandarizadas hasta la recomendación de algunas prácticas de intervención (Foucault, 2001). El discurso que difunde es el cuidado del cuerpo en pro de la salud, pero siempre atravesado por la valoración, intencionada o no, de la delgadez a través de la vigilancia del peso corporal. A este discurso se une el de la moda en pro de la estética corporal que privilegia la delgadez corporal como sinónimo de belleza. Ambos discursos se encuentran en un mismo ideal corporal, la delgadez, que toman sentido a través del poder mediático que difunde y amplifica estos discursos (Monaghan, 2010).

⁹ Vigarello (2004: 12) considera que la historia del cuerpo desde el siglo XVI hasta la actualidad se caracteriza por un triple proceso. En primer lugar, un aumento de la atención al cuerpo que comienza en el siglo XV. En segundo lugar, la concentración estética en partes precisas del cuerpo desde el siglo XVII. Por último, la elaboración de nuevas cualidades y formas de expresión desde el siglo XIX: la historia del cuerpo se escribe como individualización, análisis y recombinación.

¹⁰ Definición conceptualizada a partir del análisis de Foucault sobre el estudio de la medicalización. En sus trabajos, analiza al saber médico como un discurso de poder que, operando en distintos dispositivos, forma parte del núcleo central de las estrategias tendientes a la normalización de los cuerpos individuales y sociales. Además, inscribe a la medicina como partícipe en un fenómeno histórico más amplio: el proceso de medicalización de la sociedad (Foucault, 1996).

Sin embargo, la postura biomédica complejiza la concepción del cuerpo al manejar un discurso ambivalente. Al mismo tiempo que llama la atención sobre los peligros de la obesidad, advierte también sobre el riesgo y el incremento de las patologías asociadas a los trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia (Gracia, 2010). Esto se deriva de la paradoja en la que se sitúa el cuerpo en la actualidad. Al tiempo que el cuerpo delgado es la norma que delimita el ideal estético, el exceso de peso se presenta con niveles nunca antes vistos en la mayoría de las sociedades occidentales (Ng *et al.*, 2013).

Es así que la preocupación social y la atención mediática actual está enfocada en los riesgos de salud que significa el exceso de peso y a su vez, esta preocupación por la ‘epidemia de la obesidad’ ha sido criticada por considerarse que se exagera en las cifras de su prevalencia y, más que nada, por hacer hincapié sobre el pánico moral de una sociedad de control que sobre la salud *per se* (Monaghan, 2010). En este hecho, el papel de la difusión de la salud por parte de las ciencias biomédicas, la difusión de imágenes de cuerpos ideales y prácticas de modificación corporal por parte de los medios masivos de comunicación son elementos que han jugado un papel primordial en la valoración, concepción y en la forma actual y contingente de construir el cuerpo en el presente, sobre todo el cuerpo femenino.

Se ha evidenciado que, a pesar de las diferencias sociales, la importancia del cuerpo y su cuidado está presente en todos los sectores, principalmente urbanos, aunque no se manifiesten del mismo modo. Un cuerpo delgado es bello y sano, refleja bienestar, no sólo por cómo se siente, sino, y básicamente, por cómo se ve (Bertran, 2010; Valenzuela y Meléndez, 2019). Ante este panorama, es que nos planteamos que existe una interacción entre la cultura y las estructuras sociales que definen cómo se regula, expresa y significa el cuerpo en cada ámbito cultural. Por ello, es importante discutir cómo la forma contingente y reguladora de tratar el cuerpo en la actualidad pasa por alto la existencia de una diversidad de cuerpos y realidades que son producto tanto de la variabilidad biológica como de los diversos contextos socio-históricos y culturales particulares en los que el cuerpo es (re)construido y vivido.

Por tanto, este trabajo se sitúa en el análisis de la experiencia de las mujeres y de cómo estos cambios y discursos en la modernidad se racionalizan y se explicitan, y cómo se va reinterpretando y resignificando el cuerpo cuando la delgadez es la norma, pero no siempre es la regla del grupo, los grupos o sujetos. Así mismo, si bien es cierto que la delgadez, la salud y la estética son valores altamente dominantes en las sociedades occidentales, también es cierto que estos discursos difundidos principalmente por fuentes ‘expertas’ y mediáticas, tienen un impacto sustancial sobre la subjetividad y la experiencia, no sólo de las mujeres como

cuerpos tradicional e históricamente regulados, sino para la sociedad misma que re-produce el discurso normalizador del cuerpo femenino. Por ello, analizar desde la experiencia de las mujeres jóvenes, cómo significan y viven el cuerpo, así como la presión social por la delgadez es el objetivo del presente trabajo.

Profundizar en estudios centrados en el cuerpo ofrece la posibilidad de tener una visión más amplia acerca de la problemática actual de la obesidad en el entendido de que esta condición está *encorporada* en el cuerpo y es a través de la propia experiencia, que se significa y se enfrenta el problema. Sobre todo, cuando hay un trasfondo sociocultural muy profundo y surgen alrededor de ella situaciones de estigmatización, discriminación, inseguridad, desvalorización y riesgos, que impactan en otros aspectos de la vida de los sujetos, principalmente de las mujeres.

Contextualización de la obesidad y la valoración del cuerpo en la región de estudio

Partimos del hecho que la obesidad aparece como parte de la modernidad ligada a los cambios económicos, políticos y alimentarios ocurridos a partir de la década de los ochenta en la mayoría de las sociedades de libre mercado, en las cuales se ubica México (Meléndez y Aboites, 2015). Período en el cual la población mexicana, en especial la región norte, experimentó un aumento sin precedente en las prevalencias de sobrepeso y obesidad (CONEVAL, 2009). Según datos de la Encuesta Nacional de Nutrición del 2006, el promedio nacional de exceso de peso fue de 69.8% en población mayor de 20 años y Sonora lo superó con 73.2%, muy cerca de la máxima nacional de 76.5%. Actualmente, para 2018, el porcentaje nacional de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad es de 75.2% (39% sobrepeso y 36% obesidad), porcentaje que en 2012 fue de 71 por ciento. Comparativamente entre 2012 y 2018 el sobrepeso aumentó en las mujeres de 35.5% a 36.6% mientras que en los hombres prácticamente se mantuvo (42.5%); en cambio, la obesidad aumentó casi tres puntos porcentuales en las mujeres (de 37.5% a 40.2%), mientras que en los hombres fueron cuatro puntos porcentuales (26.5% al 30.5%). En el caso del noroeste de México, particularmente Sonora, no se cuenta con los últimos datos de la ENSANUT regional, pero según datos de la encuesta de medio camino del 2016, las prevalencias de exceso de peso se mantienen similares; de tal suerte que Sonora representa el segundo lugar en las prevalencias de exceso de peso en adultos (70%) al superar la media nacional. Se observa que el exceso de peso en el estado es mayor en las mujeres (75.6%) que en los hombres (69.4%); así como la obesidad (38.6% vs. 27.7%) (ENSANUT, 2012, 2016).

A la par, con la paulatina inclusión de los medios masivos de comunicación primero con la radio, y particularmente la televisión en los años ochenta, la población fue educándose con nuevas ideas, sobre una diversidad de productos y servicios

que podían consumir, así como adquiriendo nuevos valores e ideas, no sólo en torno a la alimentación, sino sobre el cuerpo (Meléndez, Moreno, Cañez y Núñez, 2018). Los medios masivos de comunicación y particularmente los visuales, empezaron a cambiar la visión positiva que antaño se tenía de un cuerpo robusto, grande o de formas más gruesas por los modelos delgados, lo que ha significado no sólo un riesgo para el bienestar físico y emocional de las personas, sino un nuevo punto de quiebre en las relaciones sociales, así como un cambio en los significados y valores atribuidos a los alimentos y al cuerpo (Meléndez, Cañez y Frías, 2012).

Los estudios sobre el cuerpo en la población sonoreense tienen relativamente poco que empezaron a tener atención y surgieron por un interés empírico de la comunidad científica en torno a la seriedad del problema de obesidad en la región, pero a su vez, por la identificación de un aspecto cultural muy arraigado en el contexto regional sobre la alta importancia otorgada a la imagen corporal y demanda de un cuerpo estético a las mujeres, incluso por ellas mismas. En dichos esfuerzos que se han estado haciendo para comprender esta demanda estética y de salud, se ha encontrado que en las mujeres de diferentes grupos de población existe un miedo a engordar, elevada presión social por una imagen corporal ideal, insatisfacción corporal, ansiedad y algunas prácticas de riesgo en cuestión alimentaria y de consumo de productos para adelgazar, así como un incremento de cirugías estéticas como prácticas corporales para moldear y controlar el cuerpo (Meléndez, Cañez y Frías, 2010, 2012; Coutiño, 2014; Arreguín, 2015; Meléndez y cols., 2018; Valenzuela y Meléndez, 2019). Sin embargo, no está documentado cómo internalizan los discursos sobre el cuidado del cuerpo las propias mujeres, en un contexto regional donde el exceso de peso y la demanda por un cuerpo estético y delgado es la norma.

El cuerpo ‘en forma’: La valoración del cuerpo delgado

Al final de los años 30's del siglo pasado, bajo el impacto combinado de las industrias de los cosméticos, la moda, la publicidad y el cine, fue que las mujeres incorporaron el uso del maquillaje y empezaron a valorar el cuerpo delgado y firme (Lipovetsky, 2007). Según Featherstone (1996), la combinación de estas cuatro industrias fue fundamental para imponer el cuerpo delgado sobre el cuerpo grueso, en el transcurso del siglo xx. A partir de entonces, las últimas cuatro décadas han marcado la hegemonía del cuerpo delgado, sano, estético y más recientemente, el cuerpo de estar en forma, como los atributos únicos e irremplazables en la demanda por el ideal corporal. Como apología de las encrucijadas que la modernidad plantea en la sociedad, en esta búsqueda del cuerpo ‘en forma’ no

hay tiempo para descansar, relajarse por los logros obtenidos y disfrutar del estado conseguido, el cuerpo siempre es un proyecto incompleto; cada meta alcanzada es siempre parcial porque su logro compromete plantearse una mayor o distinta. Lo que ha cambiado es que ahora la salud, aquella necesidad sólida y finita, ahora es un anhelo tan líquido e inacabado como el asunto de ‘estar en forma’, principalmente, porque la salud es concebida como un asunto de *apariencia* (Bauman, 2003).

En las sociedades modernas el cuerpo está menos influido que en las sociedades tradicionales a los modelos heredados de cuerpos, socialmente aceptados, que eran básicos para la vida ritual y ceremonial; por el contrario, el cuerpo se encuentra más sometido a los conceptos modernos de individualidad y de consumo. Según Shilling (2012) y otros teóricos (Giddens, 1995; Featherstone 1996), el cuerpo es un proceso y proyecto reflexivo. Nuestros cuerpos son considerados como corazas maleables del yo, que se conciben como únicos y singulares; a partir del cual el individuo, en su afán por construir y adaptar su cuerpo a un ideal, sea el social o el individual, se inserta en la dinámica de los proyectos corporales¹¹ (Turner, 1996; Shilling, 2000). Una mayor individualización permite a los sujetos retar a su propia naturaleza (el cuerpo material) y diseñar proyectos corporales en los que se busca la transformación consciente de sí mismo mediante diversas prácticas corporales (Shilling, 2012).

En los proyectos corporales, la constante explicativa siempre será la experiencia incorporada que origina y otorga sentido a la significación del cuerpo individual (Csordas, 1990; Shilling, 2000; Esteban, 2004). Por tanto, en los proyectos corporales al partir de la experiencia incorporada es posible plantear la posibilidad de agencia que implica el principio de la incorporación. En tanto su origen interaccionista, permite observar la manera en que los discursos normalizadores y reguladores del cuerpo pasan a formar parte de los discursos de ‘verdad’ o discursos a rebatir por parte de las mujeres a través de la reproducción de prácticas corporales conscientes y decididas y, en tanto agentes, tienen todas las posibilidades y capacidades de crear escenarios de resistencia o contestación desde su cuerpo. Estamos hablando entonces, que es necesario mirar hacia el cuerpo vivido.

¹¹ Los proyectos corporales son todos aquellos planes que diseñados a mediano o largo plazo, están orientados a mantener, moldear o modificar el cuerpo y cuya base se centra en la individuación de los motivos que los orientan; el consumo y las relaciones entre sujetos que los sustentan (Shilling, 2012; Ayora, 2007).

La vivencia del cuerpo. La encorporación (*embodiment*¹²) de la experiencia

El concepto teórico de la encorporación, plantea una perspectiva en la que el cuerpo se explica desde la experiencia vivida del sujeto, es un enfoque en el que la experiencia del cuerpo individual se completa y explica desde el sentido fenomenológico de la interacción vivida del cuerpo con otros cuerpos (Crossley, 2005; Csordas, 1990). La encorporación concibe de manera conjunta aquellas ideas que entienden el cuerpo como símbolo y representación (Douglas, 1979; Le Breton, 2002; Bourdieu, 2002), aquéllas que atienden al carácter constituido de la corporalidad (Csordas, 1990) y las que se centran en el carácter activo y transformador de la práctica corporal en la vida social (Crossley, 2005; Muñiz, 2014). Concebir y estudiar el cuerpo en tanto construcción sociocultural permite ‘armar’ al cuerpo dentro del habitus según el grupo social. Por el otro, detenerse en el carácter constituido del cuerpo abre a la consideración de un cuerpo ‘atravesado’ por discursos, historia y estructuras económico-políticas que lo modelan y en la actualidad, lo normalizan (Foucault, 2004).

Shilling (2000), señala que analizar la encorporación como aspecto básico de la experiencia, permite desplazarse por un entramado de dimensiones en las que pueden distinguirse al cuerpo-objeto, cuerpo-social y cuerpo-subjetivo, entre los cuales podemos ‘reconocer al cuerpo como un campo activo donde se reforman el género, las emociones y el conocimiento’, y sugiere que superar la brecha de la *naturalista/constructivista*, es un requisito vital para la exploración de todas las cuestiones referentes al conocimiento y la experiencia de nuestros cuerpos como objetos y sujetos a la vez (Ibid: 420). El sujeto definido corporalmente no sólo hace sino también siente, y en ese sentir se vuelve capaz de apropiarse y dar significado al mundo. Por los dos aspectos anteriores, en el cuerpo aparecen las inscripciones de lo social, la impronta de las trayectorias que nos hablan acerca de la posición y condiciones sociales de los sujetos.

De acuerdo con Csordas (1990), los estudios sobre encorporación son estudios sobre la cultura y la experiencia entendidas como el ser-en-el-mundo corporizado, lo que implica que la experiencia encorporada, los distintos modos de experimentar y significar el cuerpo, son el punto de partida para analizar la participación humana

¹² En castellano, no se tiene un consenso sobre cómo traducir este concepto: algunos/as autores/as utilizan el término encarnación; otros/as el de corporización o corporalidad; hay también quien utiliza el término en inglés. En este caso, se utiliza encorporación, ya que este término remite a la acción cambiante de integrar el cuerpo, sus formas, significaciones, valores y prácticas.

en el mundo cultural. Csordas (Ibidem) propone este término para conceptualizar el cuerpo como punto central en donde se entrecruza la realidad del individuo y su mundo; el cuerpo es existencia del individuo, es a través del cuerpo que éste se relaciona, se crea y recrea, así como crea y recrea su mundo. Es en torno a ésto que el enfoque de la fenomenología cultural desarrollado por Csordas, resulta fértil como un marco desde el cual analizar la experiencia de las mujeres con su cuerpo. Considerar entonces, al cuerpo como agente y desde la clase social, el cuerpo como lugar donde se cruza el espacio social y la experiencia individual y el cuerpo como el lugar de los significados y las prácticas (específicamente las corporales) permite establecer que sin negar el poder de las estructuras discursivas sobre los sujetos y sus cuerpos, se debe tomar en cuenta que la experiencia no está producida solamente por la interacción entre los sujetos y los discursos, y que no se experimenta al cuerpo propio como una construcción de estructuras, sino que muchas veces la experiencia corporizada es el lugar donde se desarrolla el discurso, no su resultado (Foucault, 1997).

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

La presente se trata de una investigación socio-antropológica del cuerpo, que versa sobre la construcción sociocultural y la regulación social del cuerpo de la mujer, así como la manera en que les dan sentido en su propia experiencia corporal. Abordamos desde el enfoque del interaccionismo simbólico, que atribuye una importancia primordial a los significados sociales y culturales desde la experiencia. Por experiencia corporal nos referimos ya no a indagar por el objeto físico, sino por el sujeto consciente que vive en un cuerpo, que expresa su subjetividad y sus dinamos interiores y culturales: el cuerpo reconocido como la exteriorización de la realidad interna y cultural del sujeto, por lo cual se plantea que el ser humano no posee un cuerpo, es su propio cuerpo. Desde esta perspectiva, el cuerpo no es un instrumento, objeto positivo de investigación sino la condición necesaria del ser, del sí mismo, del ser persona, del sujeto. La subjetividad implica la construcción del mundo que hace el sujeto. Este proceso se da en interrelación con el contexto histórico, social y cultural en el que el individuo se encuentra inserto, a la manera en que el sujeto piensa, siente y actúa. Por tanto, implica simultáneamente lo interno y externo, lo introspectivo y lo interactivo del sujeto (González, 2008).

Los sujetos de estudio y el contexto de la investigación

Para la elección de las participantes en el estudio se consideraron mujeres jóvenes (20 – 28 años), solteras, de origen sonorenses, de diversa condición corporal (talla,

peso, forma), social (baja, media, alta) y de grupo (estudiantes, empleadas, sin ocupación, entre otros aspectos). Se tomaron estos criterios por diversas razones: por la importancia que adquiere la corporalidad en la juventud; por la búsqueda de un equilibrio y estabilidad emocional que en lo afectivo incide en la relación que la mujer establece con su cuerpo y la sociedad; por la diversidad de significados, prácticas y estilos que el cuerpo adquiere según el contexto y la posición social de cada mujer; y, por la riqueza incuestionable acerca de los elementos que están interviniendo en la construcción sociocultural y la regulación institucional del cuerpo. De esta forma, podemos hablar de experiencias corporales que son compartidas por las mujeres de la región, según su contexto sociocultural.

Las participantes fueron nueve jóvenes y la descripción de cada una de ellas se muestra en la tabla 1. En todos los casos sus nombres fueron sustituidos por seudónimos para preservar su privacidad, no obstante, todos sus testimonios aquí expuestos son fieles a su relato.

Tabla 1. Descripción de las participantes en el estudio

Clase social	ID	Edad (años)	Escolaridad / ocupación	Trayectoria de su condición corporal
Baja	Glenda	21	Universitaria / estudiante	Delgada siempre
	Lidia	21	Preparatoria / empleada servicios	Normopeso / anterior obesidad
	Denia	19	Posgrado / estudiante	Obesidad siempre
Media	Alma	27	Posgrado / estudiante	Sobrepeso / antes muy delgada
	Mariana	29	Posgrado / estudiante	Normopeso / anterior obesidad
	Massiel	27	Posgrado / estudiante	Obesidad siempre
	Karina	23	Universidad / estudiante	Delgada siempre
Alta	Maribel	22	Universidad / chef	Muy delgada siempre
	Anneth	22	Universidad / estudiante	Delgada siempre / fit

Herramientas de investigación y categorías de análisis

A partir de la perspectiva biográfica se utilizó como herramienta de investigación la entrevista semiestructurada para construir la experiencia corporal de las jóvenes, a partir de un guión inicial, el cual se basó en las siguientes categorías para abordar la experiencia del cuerpo de cada una de las participantes: a) los significados y usos del cuerpo; b) la experiencia y cambios corporales a lo largo de la vida de las jóvenes y, c) la presión social que viven las mujeres en relación con su cuerpo. El trabajo de campo se llevó a cabo durante mayo y junio de 2016 y de abril a mayo de 2018. Las entrevistas fueron transcritas con fidelidad, categorizadas de acuerdo con las dimensiones antes mencionadas y codificadas en el software de análisis de datos cualitativos MAXQDA versión 18.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Principales etapas en la experiencia corporal de las mujeres jóvenes y su relación con la condición corporal

Las jóvenes entrevistadas identificaron tres etapas que señalaron como coyunturales en la construcción de su experiencia corporal: infancia - pre adolescencia (relativa al período final de primaria y secundaria), adolescencia (etapa de bachillerato) y juventud (etapa actual –universitaria), que se exponen a continuación en función de si viven o vivieron una experiencia asociada a la obesidad como condición corporal, pues resultó ser el punto de inflexión en la conciencia y experiencia corporal de las mujeres. Para las jóvenes que presentaron obesidad desde muy pequeñas, su biografía corporal se remonta al momento que hicieron conciencia de la diferencia de su cuerpo con respecto del otro, a partir de los señalamientos, críticas y/o burlas del grupo de pares:

“De niña, chiquita de 3-4 años siempre fui robustita ¿no? Nunca he sido flaquita. A los 5-7 años estaba bien, a los 8 ó 9 años sí empecé a engordar y toda esa niñez fui gordita, pero pues... A esa edad empecé a saber [que era gordita]. Yo lo sabía, porque veía a los demás que no lo eran, pocos éramos gorditos y la mayoría eran delgados, normales¹³. Comparada con ellos pues yo sabía que era gordita. Aparte, mi mamá me decía: ‘Mijita no comas tanto’ porque yo era dulcera, todo me comía, en la tarde cereal y cereal azucarado; siempre he sido muy dulcera” (Mariana, CM, normopeso/anterior obesidad).

¹³ Con el término ‘normal’, Mariana, como el resto de las informantes, se refieren al modelo corporal que las personas, estrictamente en el orden de la interacción cara a cara, perciben que se apega mejor o que no se desvía del contorno o forma corporal de referencia.

“Pues... yo como siempre fui gordita. Por ahí de cuando tenía 8 ó 9 [años], me preguntaba por qué era yo gordita. Porque ya sabes, el típico bullying de que ‘¡ay! eres gordita’ y así y de hecho, una vez, me peleé en una escuela con unos compañeros por lo mismo de que [me dijeron] ‘¡ah! ¡gorda!, ¡no se te va a quitar!’ y así... fue un momento de mi vida que (se le corta la voz) perdón ¿eh? [...] (Con lágrimas) En ese momento me quedé pensando que... sí... estaba gorda(llora) Yo, yo, estaba como en cuarto de primaria, tenía como 9 años, quinto cuando fue que me peleé, así fue como caí en cuenta [¿Qué hiciste?] Pues... fue cuando le dije a mi mamá que quisiera hacer ejercicio y ella me decía ‘Es que tienes asma, no puedes hacer’ y así me quedé hasta que ya después me trajo mi mamá; iba a cumplir como 13 años cuando empecé la dieta, ya estaba en la secundaria cuando me llevaron con un nutriólogo [...] Sí bajé de peso, pero fue por lo mismo del medicamento para el asma que volvía a subir y siempre pensaba que ‘Todo el tiempo voy a tener asma y no voy a poder bajar’” (Denia, CB, Obesidad siempre).

De los testimonios anteriores se infiere cómo una misma condición corporal, con historias individuales distintas, detona situaciones, emociones y sentimientos, que se desarrollan a partir de la interacción social, el reconocimiento con el otro, en este caso, con su grupo de pares, y que en algunas ocasiones genera situaciones de estigmatización y sufrimiento. Es el punto de inflexión en el que hacen consciencia de la propia condición corporal que es la obesidad.

Si bien Mariana se asume como gordita y robustita desde niña, no asevera haber sido objeto de críticas directas por su imagen, pero la percepción de su propio cuerpo se construyó en función de compararlo con los otros. No así Denia quien también fue obesa desde pequeña, esta situación la llevó a vivir una confrontación muy fuerte con su realidad corporal a muy temprana edad y el evento detonante fue de tal impacto para su vida que al recordar y hablar del tema los recuerdos la llevaron a las lágrimas. Cuando hay una historia de dolor, de sufrimiento, ligada a la condición corporal propia, el hablar de esa experiencia es casi como levantar el telón e invadir el espacio tras bambalinas al momento en que se está desplegando su actuación ritual (Goffman, 2009)¹⁴.

Si bien la concepción del cuerpo es una construcción a nivel sociocultural, el cuerpo propio se construye, se vive y se percibe a partir de la interacción con la

¹⁴ Es acceder al conjunto de emociones que las mujeres ocultan o han ocultado por múltiples razones –no sólo durante la entrevista, sino a lo largo de su vida– y que ahora quedan expuestas a la mirada de un extraño. Los sentimientos y emociones acontecidos por esta intromisión pueden tornarse incontenibles e incontrolables, de modo que buscó mantener, con los medios a su alcance, el control expresivo en aras de la entrevista.

corporalidad del otro y es esa interacción social que se traduce en experiencia en todos los niveles (psíquicos, emocionales, sociales y afectivos) para el sujeto. La corporalidad vivida a través de una experiencia ligada al exceso de peso, merece ser analizada desde el estigma, el rechazo y las emociones relativas a la condición. Es importante establecer que la obesidad marca sobremanera la experiencia corporal de las mujeres que la padecen al nivel de cómo conectan de manera consciente con su cuerpo a muy temprana edad.

En el caso de las mujeres que no experimentaron exceso de peso en su infancia, el momento que señalan de la conciencia corporal, de cuándo el cuerpo empieza a ser importante y más visible para ellas es la etapa de la pre adolescencia:

“De niña y en la secundaria no me preocupaba nada porque era muy delgada (ríe)... Pero ¿Cómo me sentía todo el tiempo que estuve ahí? [Colegio de alta sociedad de su ciudad] Por el medio en el que estaba pues sí me empecé a fijar en el cuerpo porque, aunque sí sentía presión no actuaba por ella... Era algo como tácito por estar en un medio en el que el cómo te ves importa mucho. Era algo que estaba ahí, que sí lo sentía, lo oía, pero no me molestaba. Nunca sentí presión, o sea hablando de mi cuerpo y pensando en que tenía que hacer algo por cambiarlo, porque yo siempre fui delgada de chiquita; era muy, muy delgada, yo estaba contenta siendo delgada, siempre me pude poner toda la ropa que quisiera, no estaba acomplejada en ningún sentido. Era delgada, estaba bien y así estuve siempre hasta que fui adulta y ya no, no, fui delgada (ríe)” (Alma, CM, sobrepeso, antes muy delgada).

“Yo creo que fue en la secundaria [que empecé a ser consciente de mi cuerpo]. En la primaria la neta estás bien chiquita y estás pensando en jugar a las piedritas, no estás pensando en cómo te ves... pero luego, llegas a secundaria, ya tienes 12 años y ya te empezó a bajar, a salir granos... que te gusta alguien. Es que yo desde que estaba súper chiquita siempre he ido por dermatólogos por lo mismo de la piel, todas mis alergias, mi piel se ponía horrible. De mi cuerpo pues yo toda mi vida he sido delgada, toda la primaria, secundaria y prepa, un palo y comía y comía y mi estómago seguía plano. Pero en la secundaria, la verdad, experimenté muchas etapas. La escuela en la que estuve, la verdad sí es una escuela difícil porque entran muchos estilos de personas diferentes y no sabes ni quién eres en la secundaria, no sabes ni qué quieres ser ni por dónde te quieres ir. Pero ahí es cuando empecé a ver como qué estilo iba a ser el mío, pero también te dejas guiar un chorro por tus amigas” (Maribel, CA, muy delgada siempre).

Al vivir una infancia libre de presiones, críticas y señalamientos relacionados con el peso o tamaño de su cuerpo, en estas chicas el cuerpo se hace presente en la adolescencia cuando al interior del grupo se demanda un tipo de cuerpo y es importante para pertenecer al grupo de pares, y por el atractivo para los chicos. Ha sido ampliamente señalado que las presiones sociales sobre la apariencia y forma del cuerpo a nivel de los pares son particularmente influyentes durante la adolescencia, al ser un periodo crítico en el desarrollo de la identidad y del rol sexual y puede llevarlas a formarse percepciones negativas sobre su propio cuerpo. Es una etapa que implica un momento más de cambio en la experiencia corporal, además de otro nivel en la conciencia de su cuerpo:

“Pues para mí desde que hago ejercicio y hago gimnasio ... porque antes no porque siempre estuve muy delgada pero como desde los 16, entré al primer gimnasio porque desde la prepa siempre yo pensaba: ‘quiero las piernas bonitas, las pompis paraditas, la cintura bien’ yo pienso que de ahí. [...] en la secundaria era más bien como que el andar arreglada¹⁵, pero del cuerpo.... yo nomás me acuerdo que veía a otras personas y veía su cuerpo y me gustaba y desde entonces digo: ‘¡ay!, también quiero estar así’ y hacía el esfuerzo por hacerlo. Desde entonces yo veo una gente en la calle y digo ‘yo no quiero estar como ella’, me traumo [...] También en la prepa empecé a ser muy fachosa, me preocupaba por verme bonita y verme mejor que otras, desde la secundaria empezó eso de lo bonita. En la prepa también pero ahí más porque también el cuerpo [me preocupaba] y en la prepa quería poner modas. Como que entré a esa etapa de que quería ser más que otras personas, quería verme más que otras personas [¿Por qué para otras personas?] Pues ya sabes, desde que ya los novios y cuestiones de esas, que te gusta alguien y quieres gustarle más que otra o simplemente verte mejor que las demás” (Glenda, CB, Delgada siempre).

“[...] Cómo te digo, siempre fui gordita, pasé a la secundaria, a la preparatoria y seguía gordita. En la preparatoria, quizá desde la secundaria, ahí sí me empecé a sentir como que: ‘¡Cómo quisiera estar delgada!’ porque yo veía a mis amigas y estaban ellas en porristas y yo no, jamás me metería a porristas por mi cuerpo en la prepa pues [...] En la prepa sí tuve un tiempo de ponerme a dieta con mi mamá que tomaba Herbalife y la madre... En la prepa estás en plena adolescencia con el metabolismo a todo lo que da y todos comiéndose

¹⁵ En el lenguaje coloquial de la región, el ‘arreglo’ ‘arreglarse’ ‘andar arreglada’ refiere a las prácticas corporales referentes al cuidado de la apariencia estética. Esto es, vestimenta adecuada y a la moda, maquillaje en algún grado, peinado y, en ciertos casos, pedicura y/o manicure.

tostitos, pizza, panes, molletes, todo y yo a dieta, viendo eso pues lo dejé. Seguí gordita, sí, pero ahorita veo fotos y considero que no estaba tan gordita” (Mariana, CM, normopeso/ anterior obesidad).

“Tu apariencia te empieza a importar desde la secundaria, pero en la prepa ya es como que el cuerpo en sí ¿no? Mira, en orden en primaria yo me comía todo marinela, todo bimbo pero es que creo que en secundaria es cuando empiezas más a las salidas, y que te gusta tal y así de que cómo te vas a ver o qué te vas a poner, te empiezas a hacer un poquito más vanidosa... Pero en la prepa, aparte de la vanidad ya es que te fijas en cómo tienes el cuerpo ¿sabes? Todo. Ahorita ni se pueden imaginar, me vas a decir ‘¡Qué simple! ¿de dónde estabas gordita?’ pero sí estaba porque cuando me fui a estudiar a Francia no me gustaba la comida de allá, vivía a base de nutella, pan, etc ¡muy mal! engordé como 5 kilos de hecho, mucho, en un año. Cuando me fui a estudiar pesaba lo normal, casi 50...mi complexión siempre ha sido chiquita, delgada. Antes de irme a estudiar creo que pesaba menos de eso, me fui y los multipliqué muy rápido. Cuando volví estaba hinchadísima, me veía y ya ni siquiera era gordita, estaba hinchada que no circulaba, no tenía ni un líquido yo creo en el cuerpo y ya, [mi mamá] me puso a dieta, a comer bien” (Anneth, CA, muy delgada siempre).

En los testimonios anteriores, se deduce que durante la adolescencia -en la preparatoria- el cuerpo se torna algo más complejo para las mujeres, ya sea por el ajuste de los cambios biológicos y hormonales, como por la motivación y las inquietudes sexuales acerca de la apariencia física; siendo un estímulo para las jóvenes a que adopten cambios que puedan repercutir en su atractivo físico, tanto en términos de peso y forma corporal como de apariencia estética (Moreno, Cervelló, Huéscar y Llamas, 2011). El sujeto se va construyendo a medida que aparecen las manifestaciones biológicas de la pubescencia, el cuerpo y sus comportamientos se transforman y se vivencian a través de las percepciones y las ideas de los otros, sobre sí mismos, pero también de sus cuerpos (Shaffer, 2010), en donde la madre tiene un papel preponderante en el cuidado corporal de las hijas.

En lo relacionado con la experiencia corporal de estas mujeres, hay otro punto de inflexión que comprende los 22-23 años y que coincide con la culminación de la universidad. Para quienes estaban en exceso de peso en ese momento, significó un periodo en el cual empezaron a ser conscientes de su condición en un sentido más individual y llevado a la realización o planeación de ciertas prácticas corporales con el afán de incidir en su cuerpo, ya sea en peso, forma o ambos aspectos.

“[como te dije, en la prepa] no estaba como cuando después en la universidad, a los 20 ó 21, que veo fotos y pienso: ‘¡A la torre! ¿Cómo pudo ser que estaba así?’ Es que estaba muy, muy gorda. Ah, pues empecé a subir de peso, más, después de eso [de la prepa]. Pero yo pienso que fue porque ya no estaba en la adolescencia ¿no? Ya no tenía el mismo metabolismo porque en la prepa comía y comía y seguía no delgada pero no así de gorda como me puse cuando seguí comiendo igual y subí mucho de peso. Cuando yo empecé a cuidarme fue que ya pesaba 80 kilos en la universidad, sí estaba muy gordita. Lo primero fue darme cuenta porque me hice estudios, análisis y me salió muy alta la glucosa para tener 20-21 años y que me saliera una glucosa tan alta de que casi en el límite, me quedé: ‘¡A la torre! ¡Esto no está nada bien!’ Y fue cuando dije ¡Ya! Toda la carrera estuve bien gordita y estaba terminada la carrera cuando estaba en stand by. Tenía mucho tiempo libre, iba al gimnasio... Así seguí. Como a los 22 años fue cuando empecé a bajar de peso, todo ese tiempo yo estuve en dietas y gimnasio, fueron como 4 años y llegó un momento que me estancué. Como hasta los 25 ó 26 años; algo empezó a suceder en ese momento en el que ya no bajaba más, por más que hiciera no bajaba y me operé [...]” (Mariana, CM, normopeso/ anterior obesidad).

“No, yo ahorita no estoy delgada. Estoy menos gorda pero todavía estoy en el estereotipo de que tengo cintura, tengo pompa, tengo cadera y no soy muy fea. Pero delgada, delgada, no estoy, hay más delgadas. Peso 78 kg y mido 1.71, no estoy delgada, estoy pasadita de mi peso, pero yo era más gorda, he bajado, pesaba como 100 kilos” (Lidia, CB, normopeso/ anterior obesidad).

Otra etapa referida a cambios en cuanto al cuerpo es a la vida post universitaria¹⁶. En este grupo encontramos principalmente jóvenes de clase media. Biológicamente en esta etapa del ciclo vital femenino, las hormonas y los procesos fisiológicos del cuerpo tienden a equilibrarse (*Ibidem*). Esto significa que la mayoría de los cambios

¹⁶ El criterio del cual establecemos esto es a partir de comprender la juventud desde la experiencia biográfica (Casal *et al.*, 2006). Algunos autores la delimitan hasta el momento en que la mujer tiene la capacidad de establecer un hogar independiente, un trabajo que le permita independizarse, o con la finalización de sus estudios. Como definimos en apartados anteriores, este trabajo delimita la juventud en dos aspectos, primero en términos de experiencia hasta el momento en que las mujeres se emancipen del hogar de sus padres y/o inicien una familia propia; por otro lado, desde la edad en donde se coloca, que el límite superior varía entre los 24 y los 30 años. Estos criterios ya no son biológicos sino sociales y económicos.

que suceden en el cuerpo están influenciados por el estilo de vida, pero a la par, fisiológicamente algunas mujeres refieren perder el tono muscular. En este punto, empiezan a mirarse en el espejo y pensar ‘mi cuerpo ya no es como antes’ o ‘mi cuerpo está cambiando desde que cumplí tal edad’. Lo cierto es que el aumento de peso se debe más a cambios en el estilo de vida, como el estrés, la falta de tiempo y la multiplicidad de factores sociales e individuales. Fisiológicamente, los altos niveles de estrés pueden desencadenar una reacción hormonal que conlleva al cuerpo a almacenar peso (Morris *et al.*, 2015). Es en este punto cuando hablar del cuerpo desde el *embodiment* es pertinente puesto que es el canal que puede conectar aspectos tan diametrales como el cuerpo natural y el cuerpo social.

El cuestionar sobre la evolución de su condición corporal, implicó para las mujeres meditar y dejar ver que la consciencia del cuerpo no es algo meramente racional, sino sensorial. En esta noción –estar consciente, ser consciente de algún fenómeno– es imposible dissociar la mente del cuerpo, pues la conciencia opera como los sentidos y en un cuerpo vivo que se experimenta como tal, remite necesariamente al orden sensorial. De esta forma, una persona no habita un cuerpo estático, sino que se incorpora subjetivamente en un constante proceso de negociación del ser (Csordas, 1990).

Presión social incorporada en la experiencia corporal de las jóvenes

Una de las cuestiones que influyó de manera importante en la experiencia corporal de las mujeres fue la presión social sobre el cuerpo; que ellas la identificaron como ‘propia’ o ‘presión por mí misma’ como una forma de señalar que no es resultado de una presión externa, sino de un deseo o anhelo propio por alcanzar y/o mantener determinada apariencia. En la práctica esta presión sentida como propia, es resultado de la internalización de los discursos normalizadores del cuerpo y la presión por el cuerpo a nivel sociocultural. En este grupo de mujeres identificamos que esta presión se presenta para alcanzar y/o mantener el cuerpo deseado y es parte de una negociación permanente derivada de la comparación continua con el otro y diferenciada por la condición y trayectoria corporal de las mismas mujeres.

Actualmente, en el modelo corporal ideal que se promueve, el mensaje que se difunde es que tener un cuerpo delgado es ser socialmente aceptado, y en cierto sentido y en la medida que los grupos sociales y los individuos internalizan este discurso, se convierte en verdad. La promoción de este modelo corporal hegemónico que no es afín a todas las realidades físicas de las mujeres, provoca en ellas una presión generalizada muy asociada con el nivel de insatisfacción que se tenga por la condición corporal actual y ésta depende de si tal condición es la que desean o no:

“Principalmente es por mí [la presión] y después por los demás, pero no es que alguien me presione, yo más bien quiero estar bien formada; pompi parada, pierna bien hecha, brazos [...] y es por mí misma, por sobresalir de las demás y, a lo último, porque me gustaba alguien y pues compites” (Glenda, CB, muy delgada siempre).

“Para mí sí es bien importante estar bien, verme bien, así que me presiono yo sola pues. Porque laboral y socialmente es importante esto de estar bien delgada, verte bien, te abre un chorro de puertas. Yo antes no lo veía porque aún gordita todas las puertas se me abrían, por como yo soy, pero ahora que estoy mejor, pues siento más presión que antes. Por ejemplo, en el trabajo. El dueño de ahí es muy guapo, es un muchacho que tiene 26 años y es muy guapo. Quiere la mejor presentación en las mujeres, no tanto en los hombres, pero para las mujeres sí, no te contratan así. Si la van a contratar y está medio feíta, tiene que tener cuerpo. Te puedes dar una vuelta y es lo que vas a ver, cuerpos, y yo era hostess. Ahorita no, pero igual sí me presiono que quiero estar mejor pues” (Lidia, CB, normopeso/anterior obesidad).

“No es como que siento que me presionen porque más bien yo soy quien les dice a mis amigas, o a mí me preguntan mis amigas qué hacer. Pero si me presiona, ahorita, por mis metas [participar en concurso de belleza], tener un cuerpo más tonificado. Yo soy delgada, alta, pero tengo grasa todavía, no tengo tonificado mi cuerpo. Pretendo poder modelar en zapatillas cuando concurse y que no se me mueva nada” (Karina, CM, delgada siempre).

En cuanto a quienes desean alcanzar un cuerpo delgado, encontramos principalmente a las mujeres de clase media y baja cuya condición corporal, en la mayoría de los casos, se distancia del cuerpo legítimo para ellas, es decir, el cuerpo deseado. A la vez, es comprensible y explicable al ver que son precisamente las mujeres de estos grupos quienes han sufrido cambios importantes en su condición corporal, ya sea por una disminución de peso y mejora de la forma corporal o por el aumento de peso en quienes siempre fueron delgadas:

“No era tanto que me comparaba, sino que más bien era una comparación conmigo sola, o una meta de mí sola, de cómo yo pienso que quiero mi cuerpo. No era como decir: ‘Quiero estar como ella o como ella’, era más bien: ‘¡No quiero tener esto, ni esto!’ Era yo, nadie me decía algo malo, al contrario, todo eran: ‘¡Estás muy bien! ¡Estás muy bonita! ¡Ya bajaste mucho!’ Pero yo todavía no me sentía cómoda, era para yo verme y sentirme bien, no porque alguien me lo dijera ya iba a estar bien o porque quisiera estar como alguien o gustarle a alguien. Era porque yo todavía no me veía como quería” (Mariana, CM, normopeso/anterior obesidad).

En estos grupos, principalmente en clase media, el crisol de cuerpos valorados, al ser más amplio (Valenzuela y Meléndez, 2019), los anhelos por ciertos atributos corporales generan más presión y la competencia entre las mujeres y por los hombres es a través del cuerpo, de la apariencia corporal. En ese sentido, la legitimidad social del ‘otro’ influye en la percepción afectiva de la mujer dado que la validez de su reconocimiento depende de él. La presión por alcanzar el cuerpo deseado depende de cambios importantes en su figura corporal, principalmente, en el peso. Alcanzar el ideal corporal no sólo corresponde a las mujeres que ya de por sí son delgadas, sino que, si ya se es delgada entonces hay que mejorar ese cuerpo, pues nunca es suficiente y no basta con ser delgada. Esto lo vemos con claridad en la experiencia de Karina de clase media y en Glenda de clase baja, la primera por metas y proyectos en sentido profesional y la segunda por objetivos de atractivo y aceptación social¹⁷.

En las jóvenes de clase alta, el cuerpo a alcanzar está tan bien definido, internalizado y homogéneo al interior del grupo que para ellas la presión por el cuerpo es una constante, tan normalizada en el grupo de pertenencia que se percibe como una presión invisible, incorporada y encarnada en el ‘deber ser’ del grupo. Sin embargo, esta aseveración que hacemos al respecto, es limitada puesto que las dos participantes de clase alta con las que contamos en este estudio poseen un cuerpo que al interior de su grupo es aceptado y no nos fue posible contar con la visión de jóvenes de clase alta que no cuenten con el cuerpo legítimo del grupo:

“Mira, es una realidad y si tú convivieras con mi círculo social, tú verías que aquí el cuerpo es uno: súper fit, no musculoso como hombre porque no, sino uno delgado marcado, estilizado, súper fit y esa es la presión de todas. Pero es lo que quiera cada quien, entonces yo no me presiono, acepto mi cuerpo como es, pero sí, por cosas de mi familia, me interesa un chorro la salud, me presiona estar bien, pues. Obviamente la apariencia importa, pero siempre he estado bien con mi cuerpo” (Maribel, CA. Muy delgada siempre).

¹⁷ En el caso de Karina, el cuerpo como proyecto es un proyecto en sí, trazado y puesto en práctica en pos de alcanzar un ideal corporal, puesto que cuando ella habla de ‘metas’ y ‘concurrir’ ella se refiere a su proyecto de ser reina de belleza. En ese sentido, si bien Karina tiene un cuerpo delgado y estilizado, no considera que cuente aún con los atributos y el trabajo físico necesario para posicionar su cuerpo en ese estándar de ideal. Además, como veremos más adelante, sus prácticas no sólo tienen que ver con el peso y la forma sino con toda una serie de procedimientos esteto-cosméticos para mejorar su apariencia de una forma integral.

En algunos casos como el anterior, cuando la enfermedad está presente en el círculo familiar cercano, el cuerpo delgado representa salud y cuidado; es ahí donde radica la presión propia y familiar. Es muy importante mencionar que la clase baja es el único grupo, a nivel de la experiencia, que señala que la presión por alcanzar el cuerpo que desean tiene que ver con la aspiración de ascenso y aceptación social, así como con el interés por ser atractivas para una potencial pareja.

Por otro lado, si bien la presión incorporada por alcanzar o mantener un cuerpo ideal la remiten como propia, a nivel de la experiencia, los agentes sociales cercanos con los que las jóvenes interactúan son un punto central en la incorporación de estos discursos normalizadores. En su vivencia individual, particularmente los padres son los agentes primarios que más presionan en función de la demanda de un ideal corporal. Aunque la madre tiende a ser quien mayor presiona a lo largo de la vida de todas las mujeres entrevistadas, es más acusada su influencia en las mujeres de clase media seguida de la clase alta. Para la clase baja, el agente de presión principal recae a menudo en figuras masculinas: el padre por presión directa y la presión indirecta sentida por la necesidad de ser atractiva para la pareja.

Experiencia corporal a partir de la evaluación con los otros cuerpos considerados ideales

La construcción de la corporalidad en el individuo, siempre está condicionada por la interacción con los otros cuerpos. El cuerpo se construye, completa y comprende en función de cómo se percibe, se evalúa y define el propio cuerpo en relación con el del otro (Weiss, 1999). En las mujeres de nuestro estudio, la comparación con el otro tuvo que ver, por un lado, con esa evaluación que se tiene del propio cuerpo en comparación con el cuerpo de las otras mujeres, cuya corporalidad perciben como aceptada, ideal o en su caso, corresponde al cuerpo deseado por ellas mismas. Por el otro, por la influencia que tiene en la conciencia de las mujeres participantes, los comentarios, críticas y señalamientos negativos que esas otras mujeres con cuerpos aceptados y/o deseados le hicieron a su cuerpo:

“Yo antes no me presionaba de nada, a pesar de que estaba gorda y me lo decían, pero no me presionaba. Ahora que ya cambié y me veo mucho mejor, ya no me presiona la gente, pero yo sí. Pienso: ‘Aquella que va allá es más guapa y está mejor que yo’ y ahora sí me doy cuenta y antes no, como que al físico ya le di más importancia, a mi físico, al físico de los demás; a lo mejor hago una comparación con la fulana que va caminando allá y no conmigo a como era antes. Nadie sabe que yo era gorda pero sí saben que la que está allá está más guapa que yo. Tal vez esa es mi inseguridad y eso

me presiona, porque yo ahora sí sé cómo estaba antes y todavía no sé cómo quiero estar o hasta donde quiero llegar, pero sí quiero estar bien, verme mejor [en relación a su pérdida de peso y mejora de su cuerpo]” (Lidia, CB, normopeso/anterior obesidad).

“Pues sí, pero nunca me ha tocado que directamente me digan algo. Me afecta, ¿sabes qué? Me presiona ver o escuchar que se dicen gordas ellas, cuando no lo están o están más delgadas que yo, por ejemplo. O que se digan que tienen que hacer ejercicio o dieta porque están gordas o que tienen celulitis o peya y no tienen nada pues. Yo sí y pienso ‘Pues qué, ¿cómo estoy yo?’ Eso sí me afecta, pero es como una presión indirecta que te llega” (Alma, CM, sobrepeso, anteriormente muy delgada).

“Yo tenía una ‘roomie’ que está flaca. O sea, está bien, no es tísica, nada, sólo está bien; pero está traumada y a mí también me trauma verla. Porque está flaca, tú la ves guapa y se la lleva diciendo que está gorda y tú te comparas y piensas ‘¡Si ella dice que está gorda ¿Cómo estoy yo entonces?!’ Otra cosa que me trauma es cuando personas del tipo como mi amiga digan que te prestan de su ropa cuando ocupo algo ¡Ella sabe que no entro pues! ¿No sabe que no estamos iguales? ¿Que las bubis no me caben en mis blusas? Sí te da corajito y sí te presionas si lo cargas en la mente, la verdad” (Massiel, CM, Obesidad siempre).

Este tipo de presión, que es una presión que llega de forma indirecta, las mujeres la internalizan como un modo de comparación que no inician ellas de modo consciente, sino que la desencadena el comentario de una tercera persona. Y, la presión y la incomodidad que les genera consigo mismas se relacionan con la manera en que ellas perciben el cuerpo de esa otra mujer (con un cuerpo aceptable) en comparación con el propio cuerpo con el que ellas no están satisfechas o consideran con mayor tamaño o menos forma en relación con el peso. Es importante señalar que las mujeres no comparan su cuerpo en función de la apariencia estética en términos de moda, vestido o cosmética; sino en tenor de las dimensiones de forma y peso. Es decir, del modelo corporal delgado que esté en juego, tanto el propio como el del otro cuerpo con el que se comparan.

Viviendo con el miedo a engordar

La presión que las mujeres experimentan y refieren como propia va ligada a una emoción constante del miedo a engordar, que todas lo perciben como un riesgo permanente pero que se internaliza de forma diferenciada dependiendo de

la condición corporal y de la pertenencia al grupo social. El ‘miedo’ es una de las emociones más características en cuadros de trastornos de la imagen corporal y comportamientos alimentarios (Braun, *et al.*, 2016). Aunque cada caso es diferente, hay ciertas características que aparecen con mucha frecuencia y que permiten comprender un poco mejor la tortura por la que pasan estas personas cada día: pensamientos persistentes y repetitivos acerca de la comida, del peso y de la imagen corporal, evitan situaciones en las que creen que van a ser observadas o donde van a tener que mostrar alguna parte de su cuerpo que rechazan (por ejemplo, en traje de baño), se sienten muy insatisfechas con ellas mismas y rechazan su cuerpo o alguna parte de éste y se comparan constantemente con aquellas personas cuya apariencia desearían tener. El engordar, subir de peso o la posibilidad de llegar a hacerlo en algún momento de sus vidas es una idea totalmente negada para todas las mujeres. Especialmente, para quienes han padecido exceso de peso en algún momento de su vida y han logrado reducirlo, y es el temor por volver a subir de peso lo que más les preocupa y en algunas ocasiones, les obsesiona:

“Sí te presiona la información y la gente, pero la verdad también soy yo sola, yo me presiono. Es que yo siempre estuve muy, muy gordita, o sea, dos veces yo ahorita. Mi trauma ahorita es que tengo mucho miedo, jamás quiero volver a estar como estaba y siempre me estoy cuidando y engordo poquito y a darle. Sí tomo pastillas y hago ejercicio y todo eso, yo siento que no es porque me influyan sino por mí misma, que yo me siento bien así porque no quiero por nada del mundo volver a como estaba antes; entonces mientras yo me sienta bien. Sí hago cosas que no debería de hacer, tomo muchas cosas para mantenerme” (Mariana, CM, normopeso/ anterior obesidad).

En estos casos, el ‘miedo a engordar’ está muy relacionado con el ideal de delgadez y con las consecuencias que en una sociedad lipofóbica, como la nuestra, supone ‘estar gorda’. Por un lado, una de las consecuencias tiene que ver con la imagen corporal y la estética y, por otra parte, el ‘miedo a’ relacionado con el ‘éxito y/o aceptación social’: elogios, aceptación por parte de los otros, éxito en el amor, en el trabajo, entre el grupo de iguales, entre otros aspectos. Por ejemplo, para algunas jóvenes la imposibilidad de no poder vestirse con ciertos estilos de ropa, de no poder comer lo mismo que sus compañeras/os, debido a su peso corporal las sitúa al otro lado de la frontera (Valenzuela y Meléndez, 2018) porque las excluye, las diferencia. En este sentido, el ‘miedo a engordar’ representa un determinado orden social inscrito en sus cuerpos, que tiene que ver con la delgadez corporal y con la voluntad de estar delgados y delgadas, pero también con la aspiración y necesidad de formar parte del grupo social que se considera exitoso:

“Yo ya no quiero estar así [gorda] nunca más y me da una fobia terrible volver a estarlo, es como perder todo lo ganado, todo mi esfuerzo ¡todo! Pensar en que puedo volver a engordar sería perder mi esfuerzo y no quiero, me da pavor, no miedo, pavor [¿Qué es todo lo ganado?] Pues primero mi esfuerzo, todo lo que he hecho para adelgazar, pero aparte tener una buena imagen, estar delgada y bien. El cuidarte te abre puertas, te da mayor aceptación. Yo siempre me acepté a mí misma pero ahora veo que la sociedad me ve mejor y eso yo no lo voy a perder. [...] Si en mí no hubo un rechazo es porque yo siempre he tenido lo que yo quiero, pero ahora sé que un buen físico atrae y te abre más puertas o te facilita más las cosas. No es que yo no quiera a las gorditas o gorditos porque no me hayan aceptado a mí, sino que ahora te das cuenta que una imagen te abre puertas y te ayuda en la sociedad. O sea, una aceptación sí es importante pues si quieres hacer algo en la vida, si quieres ser ama de casa toda tu vida pues come, no le hace, pero si te quieres superar vístete bien y ponte bien porque no te van a ayudar. Y desgraciadamente estamos en un país así y se anuncia tanto eso y hay tantos casos en la televisión que no deben traumar tanto a la gordita, pero ni modo porque así es la gente y uno no puede cambiarlo” (Lidia, CB, normopeso/ anterior obesidad).

Padecer o haber padecido obesidad, la insatisfacción corporal generada a partir de esa condición parece determinar algunas diferencias en cuanto a la percepción del miedo que tienen las mujeres. Esto en el sentido de que las mujeres con historial de gordura fueron más severas al expresar su temor fóbico a engordar, a tener grasa o a ‘volver a ser gorda’ y a enfatizar mayormente las consecuencias de vida que la gordura origina o las situaciones que ellas revivirían. Este punto es muy importante ahondarlo porque remite a un aspecto central en la experiencia de Lidia, quien como señalamos, tiene una experiencia corporal con una obesidad superada, y su crítica a la obesidad como problema social y de salud es tan profunda, que ella misma pasó de ser objeto de presión social a ser un agente de presión sobre el cuerpo de los otros:

“Como te digo yo sí tengo pavor de volver a ser gorda, de perder todo lo que he avanzado y ganado. Mis amigas me dicen y yo se los digo, ellas dicen que yo estoy obsesionada y, a lo mejor sí, pero hay que cuidarse. Sí creo que estoy en un punto donde sí me obsesiona el cuidarme... ¡Yo no te como una tortilla y no te la como! ¡Así! Es una obsesión el decirles o hacerles entender que es importante cuidarse. Yo, que estuve muy gorda, les digo que entiendan lo que puede pasar; decirles cómo te puedes poner si no te cuidas. Lamentablemente criticamos, nos fijamos cómo te ves y digo somos

porque todos somos así. O sea, no vas a contratar a la muchacha que venga con las garras aquellas a una que venga de vestir. Vas a preferir la de vestir porque es tu imagen, porque a tí te vale madre cómo se sienten, a tí te importa tu empresa, te importa tu trabajo, tu dinero. Tú no vas a vivir de los sentimientos de aquella muchachita que viene de pobrecita, ni modo. O sea, hay que buscarle pues, hay que verle el lado, hay que adaptar a la necesidad que vivimos. Y sí... si tú no vas a cambiar tampoco se puede cambiar la opinión de un millón de personas y aunque no te guste pues vas a tener que hacerte a agradecerles a las demás personas, eso pienso” (Lidia. CB, normo- peso/anterior obesidad).

En cuanto a las mujeres que no han sido obesas, si bien su temor a engordar no es tan acusado, sí lo ven como algo negativo: ‘Nunca, ninguna mujer, desearía en algún momento de su vida ser gorda’ señala Alma. Pueden tener una visión más ‘blanda’ o ‘compasiva’ de la gordura y sus consecuencias, al menos en el terreno de lo social pero no así en la salud, pues tienden a ser más enfáticas en la urgencia que deberían sentir las personas con obesidad por cuidar su cuerpo por salud.

“Yo siempre he sido delgada y siempre he dicho ‘¡nunca, nunca voy a engordar!’ ¡Ojalá! [...] Yo opino que una mujer siempre debe cuidarse lo mejor que pueda de su cuerpo para que tengan autoestima. Si yo estoy bien me siento con más autoestima, si estoy gorda me voy a sentir con depresión y entre mejor estés pues más autoestima tienes. Depende de cada persona su autoestima, por ejemplo, una gordita que tenga autoestima pues quizá le vale la gente y se siente bien, pero para mí, si yo engordara, yo iba a tener baja autoestima. [¿Por qué crees eso?] Pues... no me acuerdo, yo nomas sé que empecé a ver gente así [gorda] y les platicaba a mis amigas les decía ‘¡Ay no! Ve pobrecita, como está’, me daba lástima ver a una persona así... Veía a la gente así muy gordita y me trauma, yo decía ‘¡Ay no, nunca, nunca!’ Además, mi mamá murió por cosas de estar con obesidad, problemas del corazón, todas mis tías son gordas, sí me da miedo, yo nunca voy a ser gorda” (Glenda, CB, muy delgada siempre).

“Depende de la sociedad, no todos pensamos igual. Yo creo que un gordito o gordita depende el ámbito donde vaya a querer abrirse alguna puerta, va a jugar el cómo le vaya. A mí por ejemplo no me importa si tiene dinero o no, a mí me importa la persona, no su físico, gordo o no. Pero la sociedad no está bien y es crítica, los gorditos sufren de esas críticas. Yo nunca me he puesto a pensar los problemas que tuviera si ahorita fuera gordita, pero si lo fuera creo no tuviera los pensamientos que tengo, quizá viviera diferente. Para empezar si tuviera esos pensamientos no fuera gordita, es la forma de pensar por-

que me cuidaría, cuidaría mi salud, el estar bien. No que sea imagen, pero al menos una persona gordita pues... por salud hacer algo” (Karina, CM, Delgada siempre).

“Nunca he sido así gorda, subí, pero no así obesa, pero sí sé cómo podría sentirme. Yo tengo una amiga que, por cosas que me ha tocado ver, si yo fuera ella la verdad la autoestima yo lo tuviera por los suelos, ella, la verdad, tiene la autoestima súper alto. Por ejemplo, Monterrey... pues sí es una ciudad con un ambiente muy pesado en ese sentido, y por ejemplo me ha tocado que en antros o idas a fiestas no la dejaban entrar por estar gordita y está muy, muy bonita, tiene una cara preciosa, pero por estar gordita y le decían ‘¡No, no vas a entrar por estar gordita!’ ¡Imagínate yo me quería morir! Si a mí me hacen eso ¡mi autoestima, todo mal! Ella tenía la autoestima súper alta, pero en lugar de motivarse o que se cuidara por su salud, por ella, no por cómo se va a ver sino para sentirse mejor, no, nada. A ella nunca le interesó su salud y así sigue” (Anneth, CA, delgada y fit siempre).

Para quienes la gordura es ajena o ausente a su experiencia de vida, el miedo a engordar lo expresan a partir del simple temor e insatisfacción corporal que saben experimentarían y el estigma social del que serían objeto. No obstante, el ‘miedo a engordar’ y el control del peso a través de la alimentación va más allá de lo meramente físico o estético pues tiene que ver con los sentimientos y el estado emocional. En ese sentido que Anneth y Glenda refieren a la autoestima y el cómo se ‘sentirían’ si fueran gordas en algún punto de su vida; la primera lo explica a partir de la experiencia que ha vivido en torno a la gordura con una de sus mejores amigas y Glenda señala el hecho de que ella ha sido agente de señalamiento y crítica hacia personas en esta condición física.

El temor a estar gordo es también el miedo a ser objeto de todos esos elementos y experiencias físicas, afectivas y sociales que van unidos a dicha condición corporal. Identificar este tipo de emociones en estudios sobre la obesidad es de suma importancia pues se ha reportado que es un elemento clave en el diagnóstico de los trastornos alimentarios. Además, en términos de las significaciones de lo corporal, conlleva identificar toda una gama de estigmas, rechazos y experiencias de vida que se generan alrededor del cuerpo obeso, como los significados el cuerpo ‘gordo’ y que son resultado de la tiranía que actualmente se vive en torno a la sublevación de la delgadez como modelo de normalización estética y como sinónimo de salud (Gracia, 2007).

Conclusiones

Indagar sobre la trayectoria de la condición corporal es una puerta de acceso para comprender la encorporación como un ámbito en el que se entrecruzan tanto lo natural, lo social y lo cultural de la corporalidad (Csordas, 1990). Es así que la experiencia y percepción individual del cuerpo se forjan en consonancia con categorías sociales, resultado de lo cual es la preservación de una forma particular de organización social (Douglas, 1979; Bourdieu, 1986), de una exigencia, de una demanda, un control y una experiencia corporal (individual) ligada al grupo.

Al situar el análisis en el nivel de la experiencia encontramos una alta interiorización del cuerpo delgado como la norma, lo deseado, como el cuerpo legítimo de todas las entrevistadas. De tal suerte, que el discurso normalizador, la hegemonía institucional, social y cultural del cuerpo se encuentra tan permeada en la experiencia corporal, que la delgadez es un valor social para todas las entrevistadas, vinculado más hacia el discurso de la estética que a la salud *per se*.

En las jóvenes el miedo a ser gordas es acusado y depende en gran medida de su experiencia y trayectoria corporal, así como de la presión social ejercida e internalizada de su grupo social de pertenencia, el grupo de pares y la suya propia. La confluencia de estos elementos en la experiencia vivida puede acarrear una serie de situaciones que vuelven más compleja la experiencia corporal sobre todo en una etapa de la vida como es la adolescencia y la juventud.

El miedo a la gordura como una emoción socialmente construida con base en diferentes discursos normalizadores y reguladores del cuerpo a favor de la delgadez, puede llevar a los sujetos tanto a estigmatizar y rechazar como a sentirse estigmatizados y rechazados por ellos mismos. Encontramos que la situación de rechazo y estigmatización por el cuerpo gordo se da desde edades muy tempranas y puede coadyuvar a una trayectoria y experiencias corporales traumáticas e incluso, llevar a cabo prácticas corporales riesgosas, a través de las cuales puedan obtener la forma y el peso que socialmente es aceptable y que les haga sentirse bien consigo mismas, y a la vez un sentido de pertenencia. Sin embargo, cuando se ha adquirido el peso deseado, el miedo a la gordura se vuelve una obsesión en sus propias vidas, porque saben lo que implica vivir con un cuerpo gordo en una sociedad lipofóbica.

Los hallazgos de este trabajo plantean que, para las mujeres, la carrera que libran por y para el cuerpo es compleja, larga, ardua y plantea un proyecto corporal que no es afín a todas las realidades de vida de las jóvenes y, para quien sí lo es, implica un proyecto corporal que parece perpetuo, con metas que al alcanzarse son reajustadas o reformuladas para continuar la carrera. Lo que sí es afín y deseable

para todas las jóvenes son los beneficios, tanto físicos como sociales y simbólicos que para ellas representa el poseer el cuerpo deseado: ser más bella, más aceptada, tener mayores oportunidades, sobresalir y que el cuerpo ‘dure y aguante’. No obstante, Foucault diría, esto no es otra cosa sino obedecer al sistema normalizador imperante y cuyo riesgo es el que experimentemos nuestro cuerpo como algo que es para mostrarlo y no ser en un cuerpo para vivirlo.

Esto nos lleva a sugerir que las estrategias para reducir la obesidad en la población, no se centren únicamente en el peso corporal ya que la connotación cultural, social y de clase que atraviesa al cuerpo, va más allá de la mera salud y toca elementos de identidad, pertenencia, atractivo, estigmatización, entre otras más. Aunado a que un cuerpo delgado no es sinónimo de salud y un cuerpo gordo no significa necesariamente enfermedad.

Referencias

- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Appadurai, A. (2001). *Modernidad Desbordada. Dimensiones culturales de la globalización*. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Arigo, D., & Smyth, J. M. (2012). The benefits of expressive writing on sleep difficulty and appearance concerns for college women. *Psychology & Health, 27*(2): 210-226.
- Arreguín, R. (2015). Actividad físico-deportiva en usuarios de empresas de servicios deportivos integrados en Hermosillo y su relación con la norma social por la apariencia física. *Tesis de doctorado*. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, AC.
- Baudrillard, J. (2009). *La sociedad de consumo. Sus mitos, sus estructuras*. Madrid: Siglo XXI.
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. México: Fondo de la Cultura Económica.
- Bertran, M. (2010). Acercamiento antropológico a la alimentación y la salud en México, *Physis, 20*(2): 387-411.
- Boltansky, L. (1982). Los usos sociales del cuerpo, *Márgenes, 2*: 7-31.
- Bourdieu, P. (1986). Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. En *Materiales de Sociología Crítica*. C. Wright Mills, etc. Madrid: La Piqueta.
- Bourdieu, P. (1990). *Sociología y Cultura*, México: Grijalbo-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Bourdieu, P. (2000). *Cuestiones de sociología*, Madrid, Istmo.
- Bourdieu, P. (2002). *La Distinción. Criterio y Bases Sociales del Gusto*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (2007). *Campo del poder y reproducción social: elementos para un análisis de la dinámica de las clases*. Córdoba: Ferreyra Editor.

- Casal, J., García, M., Merino, R., & Quesada, M. (2006). Aportaciones teóricas y metodológicas a la sociología de la juventud desde la perspectiva de la transición. *Papers*, 79:21-48.
- Company, M., & Rubio, M. F. (2013). Medicalización del peso corporal. Cuestiones críticas en los discursos sobre obesidad. *ENE. Revista de Enfermería*. 7(3). Recuperado en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/269/pdf>
- CONEVAl. (2009). Informe de evolución histórica de la situación nutricional de la población y los programas de alimentación, nutrición y abasto en México. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Coutiño, L. (2014). *Este no es mi cuerpo. Consumo femenino de productos para adelgazar en Sonora*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Crossley, N. (2005). Mapping Reflexive Body Techniques: On Body Modification and Maintenance. *Body & Society*. 11(1): 1-35.
- Csordas, T. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *American Anthropology Association*, 8:5-47.
- Csordas, T. (1996). Introduction: The Body as Representation and Being-in-the-World. En: Csordas, T. (comp.). *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Davis, K. (2007). *El cuerpo a la carta. Estudios sobre cirugía cosmética*. México: La Cifra.
- Douglas, M. (1979). *Implicit Meanings: Essays in Anthropology*. Londres: Routledge.
- ENOE. (2017). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Recuperado en: <http://www.coespo.sonora.gob.mx/documentos/VioGenero/ContextoSociodemMujeresSonora.pdf>
- ENSANUT M. C. (2016). *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de Medio Camino 2016. Informe final de resultados*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado en: <https://www.insp.mx/ensanut/medio-camino-16.html/>
- ENSANUT, Sonora. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Sonora*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado en: <https://ensanut.insp.mx/informes/Sonora-OCT.pdf>
- Esteban, M. L. (2004). *Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Featherstone, M. (1996). The Body in Consumer Culture. En: Featherstone, M.; Hepworth, M.; Turner, B. (comps). *The Body: Social Process and Cultural Theory*. Londres: SAGE Publications. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault M. (1997). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault M. (2001). *Los anormales*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.

- Foucault M. (2004). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets Ed.
- Frost, L. (2005). Theorizing the young woman in the body. *Body & society*, 11(1):63-85
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Ediciones Península.
- Goffman, E. (2009). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortú.
- Gracia, M. (2010). Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity. *Appetite*, 55(2): 219-255.
- Grogan, S. (2016). *Body Image*. London: Routledge.
- Gutiérrez, J., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas, L., Romero, M., & Hernández, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México. <https://www.pri.org/stories/2013-07-08/how-mexico-got-so-fat>
- Hofmann, B. (2015). Obesity as a Socially Defined Disease: Philosophical Considerations and Implications for Policy and Care. *Health Care Anal.* 24(1) DOI 10.1007/s10728-015-0291-1.
- INEGI. (2015). *Encuesta Intercensal 2015*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Recuperado en: www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/son/poblacion/
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Buenos Aires, Argentina: Nueva visión.
- Lipovetsky, G. (2007). *La tercera mujer*. Barcelona: Anagrama.
- Mauss, M. (1979). *Body techniques. Sociology and psychology: Essays*. London: Routledge.
- Meléndez, J. M. & Aboites, L. (2015). Para una historia del cambio alimentario en México durante el siglo xx. El arribo del gas y la electricidad a la cocina. *Revista de Historia Iberoamericana*. Vol. 8, No. 2. Doi: 10.3232/HIB.2015.V8.N2.04.
- Meléndez, J. M., & Cárdenas, G. (2012). Transformación alimentaria en Sonora. Nuevas Tendencias en el comportamiento alimentario y nutricional de la población. En: Hernández, M., Meléndez, JM. (2012). *Alimentación Contemporánea. Un paradigma en crisis y respuestas alternativas*. México: Clave Ed.
- Meléndez, J. M., Cárdenas, G., & Frías, H. (2012). Comportamiento alimentario durante la adolescencia. ¿Nueva relación con la alimentación y el cuerpo? *Revista Mexicana de Investigación en Psicología* 4:99-111.
- Meléndez, J. M., Moreno, I. M., Cárdenas, G. M., & Núñez, G. (2018). Prácticas corporales y alimentarias de mujeres adultas del noroeste de México. Una aproximación al cuidado corporal femenino. *GénEros*, 23(25): 169-198.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenología de la percepción*. Sao Paulo: Martin Fontes.
- Monaghan, L., Hollands, R., Pritchard, G. (2010). Obesity Epidemic Entrepreneurs: Types, Practices and Interests. *Body & Society*, 16: 37-71.

- Moreno, J. L. (2010). *Moral corporal, trastornos alimentarios y clase social*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1ª Ed.
- Moreno, J., Cervelló, E., Huéscar, E., & Llamas, L. (2011). Relationship of motives to practice sport in adolescents with perceived competence, body image and healthy habits. *Cultura y Educación*, 23(4):533-542, Doi: 10.1174/113564011798392433
- Morris, M., Beilharz, J., Maniam, J., Reichelt, A., & Westbrook, F. (2015). Why is obesity such a problem in the 21st century? The intersection of palatable food, cues and reward pathways, stress, and cognition, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 58: 36-45.
- Muñiz, E. (2014). *Prácticas corporales, performatividad y género*. México, La Cifra.
- Ng M., Fleming T., Robinson M., Thompson B., Graetz N., et al., (2013). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet* [Internet]. 2014 [citado 15 Feb 2015]; 384: 766-781. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60460-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60460-8/abstract)
- Reischer, E., & Koo, K. (2004). The body beautiful: Symbolism and agency in the social world. *Annual Review of Anthropology*. 33: 297-317.
- Sarkar, S. (2014). Media and Women image: A feminist discourse. *Journal of Media Communication Studies*. 6(3): 48-58 Doi: 10.5897/jmcs2014.0384
- Shaffer, D. (2010). *Psicología del desarrollo: Infancia y Adolescencia*. México: International Tomos.
- Shilling, C. (2000). The body. En: Browning, G., Halcli, A., Webster, F. (comps.) *Understanding Contemporary Society*. Londres: SAGE Publications.
- Shilling, C. (2012). *The body and the social theory*. Londres: SAGE Publicaciones.
- Turner, B. S. (2008). *The body and society: Explorations in social theory*. London: SAGE Publications.
- Uro, M. (2006). Capital simbólico e investigación. Una nota sobre el capital corporal Educación Física y Ciencia, 837-49. En: <http://www.efyc.fahce.unlp.edu.ar/>
- Valenzuela, M. E., & Meléndez, J. M. (2018). Concepciones y valoraciones del cuerpo en jóvenes del noroeste de México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 9 (1):45-56.
- Valenzuela, M. E., Meléndez, J. M. (2019). Normalización del cuerpo femenino. Modelos y prácticas corporales de mujeres jóvenes del noroeste de México. *Región y Sociedad*. Vol. 31: 1-26.
- Vigarello, G. (2004). *Historia de la belleza. El cuerpo y el arte de embellecer desde el Renacimiento hasta nuestros días*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión. Colección Cultura y Sociedad.

- Weiss, G. (1999). *Body images: embodiment as intercorporeality*. New York: Routledge.
- Windram, M. (2013). Fearing fatness and feeling fat: Encountering affective spaces of physical activity. *Emotion, Space and Society*, 9: 42-49 Doi: 10.1016/j.emospa.2013.06.006

Acerca de los autores

About the authors

María Natividad Ávila Ortiz

Doctora en Filosofía con orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social por la Universidad Autónoma de Nuevo León-UANL; Profesora-investigadora de la Facultad de Salud Pública y Nutrición UANL; miembro del SNI nivel 1; miembro del Cuerpo Académico Consolidado de Salud y Nutrición Poblacional; Reconocimiento Perfil Deseable SEP; Coordinadora de Acreditación Internacional y Miembro del Comité para la Igualdad de Género de la FaSPyN UANL; evaluadora de proyectos CONACYT y SEP-PRODEP. Especialista en percepción de imagen corporal y obesidad infantil.

Correo electrónico: maria.avilaort@uanl.edu.mx

Alejandra Donajá Benítez-Arciniega

Licenciada en Nutrición y Maestra en Salud Pública (UAEM), Doctora en Biomedicina PhD (*Universitat Pompeu Fabra* de Barcelona), Profesora e investigadora en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México desde el año 2000. Integrante del Cuerpo Académico Nutrición y Salud (SEP-Consolidado). Integrante del SNI nivel 1 y Perfil PRODEP. Miembro de la Asociación Americana de Estudios Rurales A.C. (AMER) desde 2018. Coordinadora de la Maestría en Ciencias de la Salud de 2013 a 2015, Jefa del Departamento de Investigación de la Facultad de Medicina de 2015 a la fecha.

Correo electrónico: abeniteza@uaemex.mx

Fernando Carreto-Guadarrama

Licenciado en Nutrición por Campus Universitario Siglo XXI (incorporado a la UAEM). Maestro en Ciencias de la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina. Línea de investigación: salud pública, epidemiología nutricional y nutrición comunitaria.

Correo electrónico: fercho_lili@hotmail.com

Ana Elisa Castro-Sánchez

Doctora en Trabajo Social por la Universidad Laval, Quebec, Canadá; Profesora - investigadora de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León desde 2004; miembro del SNI nivel 1; miembro del Cuerpo Académico Consolidado de Salud y Nutrición Poblacional; Reconocimiento Perfil Deseable SEP; Coordinadora de Producción Científica, Miembro del Comité para la Igualdad de Género y de la Comisión de Honor y Justicia de la FaSPyN UANL; evaluadora de proyectos CONACYT y SEP-PRODEP. Se adscribe a las líneas de investigación en nutrición poblacional, métodos cualitativos en salud, aspectos sociales de las enfermedades no transmisibles, obesidad infantil y políticas de salud.

Correo electrónico: ana.castrosh@uanl.edu.mx

Gloria María Cañez de la Fuente

Licenciada en Antropología Social por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH, SEP, INAH); Maestra en Desarrollo Rural por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; Doctora en Antropología Física de la ENAH. Actualmente, se desempeña como Profesora Investigadora adscrita a la Coordinación de Desarrollo Regional del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, en Hermosillo, Sonora, México. Las líneas de investigación en las que ha participado son estudios sociales del Sistema alimentario y Modernidad alimentaria, salud y cultura, desde las perspectivas biocultural y biosocial.

Correo electrónico: gloria@ciad.mx

Beatriz Gabriela Garza Montoya

Licenciatura en Economía. Facultad de Economía, Universidad Autónoma de Coahuila. Maestría en Trabajo Social con Orientación en Proyectos Sociales, y, Doctorado en Filosofía con orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social por la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Correo electrónico: garza.gabriela@gmail.com

Brenda Melina Gutiérrez Acosta

Licenciada en Nutrición por la Universidad Autónoma de Nuevo León desde el año 2009, Maestra en Ciencias en Salud Pública por la misma Universidad en el 2017. Coordinadora del Departamento de Nutrición de la Clínica Universitaria “21 de Enero” del año 2009 al 2015; profesora de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la UANL desde el 2012 y supervisora de estudiantes en prácticas en primer nivel de atención.

Correo electrónico: bameily86@gmail.com

Jennifer Lemos

Antropóloga colombiana con Maestría en Desarrollo Regional y experiencia en investigación sociocultural con comunidades indígenas, urbanas y rurales. Trabaja para el fomento de la ciencia, tecnología e innovación con población escolar, universitaria y no escolarizada. Fundadora y CEO de Impúlsate Consultoría y creadora de la gestoría de conocimiento Tithenai, desde donde promueve la inter-trans-disciplinariedad, la auto organización del aprendizaje y el aprendizaje auto dirigido.

Correo electrónico: lemoire7@hotmail.com

Ignacio López-Moreno

Profesor-Investigador Titular “C” del Departamento de Procesos Sociales de la UAM-Unidad Lerma. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel I), y Perfil Deseable PRODEP. Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad de Wageningen (Países Bajos); Maestro en Antropología del Desarrollo y la Transformación Social por la Universidad de Sussex (Inglaterra) y Licenciado en Antropología Social y Cultural por la Universidad de Sevilla (España). Miembro del Área de Investigación Políticas Públicas, Economía, Sociedad y Territorio (PPEST) y coordinador de la línea de Socioeconomía y Territorio, así como del Grupo de Investigación Territorio, Cultura y Desarrollo (TECUDE) del Departamento de Antropología Social de la Universidad de Sevilla. Fundador de la Asociación Mexicana de Turismo Rural.

Correo electrónico: i.lopez@correo.ler.uam.mx

Juana María Meléndez Torres

Ingeniero Bioquímico en Alimentos por el Instituto Tecnológico de Durango. Maestría en Ciencias con especialidad en Nutrición y Alimentos en el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C. Doctorado en Ciencias con especialidad en Bioantropología y Salud por la Universidad de Granada, España. Profesora e Investigadora de la Coordinación de Desarrollo Regional del CIAD, en Hermosillo, Sonora, México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1. Se adscribe a las líneas de investigación Modernidad alimentaria, salud y cultura y Estudios socioculturales del cuerpo. Desde una perspectiva bio socio-antropológica, sus investigaciones se centran en el estudio de la modernidad y cambio alimentario, gastronomía y cocina; trastornos alimentarios y obesidad; estilo de vida y salud cardiometabólica.

Correo electrónico: jmelendez@ciad.mx

Leidi Rocío Mercado-García

Licenciada en Nutrición por la Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina. Maestra y Doctorante en Ciencias de la Salud por la Universidad Autónoma del Estado de México. Línea de investigación: epidemiología nutricional. Docente de asignatura en la Universidad del Valle de México. Consulta clínica nutricional en Ciprés Grupo Médico.

Correo electrónico: mcs.leidi.mg@outlook.com

Georgina Mayela Núñez Rocha

Profesora-investigadora de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León; miembro del SNI nivel 1; líder del Cuerpo Académico Consolidado de Salud y Nutrición Poblacional; Reconocimiento Perfil Deseable SEP; Coordinadora de la Maestría en Ciencias en Salud Pública UANL; línea de investigación y especialidad en servicios de salud; evaluadora de proyectos SNI, CONACYT y SEP-PRODEP.

Correo electrónico: mayela6591@hotmail.com

María Elena Ramos Tovar

Es profesora-investigadora de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León, miembro del SNI nivel 2, miembro del cuerpo académico “Cultura, Identidades y Género”, miembro de la Red de Ciencia, Tecnología y Género, reconocimiento a perfil deseable SEP. Coordinadora de Asuntos Internacionales en la FTSyDH UANL. Ha sido editora de la Revista Perspectivas Sociales/Social Perspectives. Evaluadora de proyectos de investigación CONACYT; SEP y en diversas universidades. Reconocimiento UANL “Flama, Vida y Mujer” 2020, por trayectoria en docencia e investigación.

Correo electrónico: maria.ramostv@uanl.edu.mx

Rogelio Rodríguez Hernández

Profesor-investigador del Instituto de Ciencias Sociales y Administración, Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez -UACJ; miembro del SNI nivel 1. Se ha desempeñado en instancias gubernamentales y de la sociedad civil implementando y evaluando programas sociales dirigidos a atender juventudes marginadas en Nuevo León, Chihuahua y Veracruz. Sus líneas de investigación están relacionadas con el estudio de la violencia de pareja y los sistemas de apoyo en poblaciones en situaciones de vulnerabilidad.

Correo electrónico: rogelio.rodriguez@uacj.mx

Agustín Rojas Martínez

Licenciado y Maestro en Economía por la Universidad Nacional Autónoma de México. Técnico Académico Asociado de Tiempo Completo en el Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM, en las Unidades de Investigación de Economía Urbana y Regional y de Economía del Sector Agroalimentario. Obtuvo el Premio Ernest Feder 2017 y el Premio Anual de Investigación Económica Maestro Jesús Silva Herzog 2019 (Mención Honorífica). Sus líneas de investigación son: economía de la alimentación y el desarrollo regional, seguridad alimentaria, pobreza y desigualdad social.

Correo electrónico: arojas@iiec.unam.mx

Felipe Torres Torres

Doctor en Economía con Mención Honorífica en la Universidad Nacional Autónoma de México en 1993, donde tiene el cargo de Investigador Titular C de Tiempo Completo adscrito al Instituto de Investigaciones Económicas. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II. Obtuvo el Premio Distinción Universidad Nacional para Jóvenes Académicos 1990 y el Premio Universidad Nacional en Ciencias Económico-Administrativas 2011; Premio “Maestro Jesús Silva Herzog” de Investigación Económica en cinco ediciones; Premio Nacional de Estudios Agrarios; Premio Programa Universitario de Alimentos y Ernest Feder en Economía Agrícola.

Correo electrónico: felipet@unam.mx

Brenda Berenice Tovar Jasso

Licenciada en Trabajo Social y Desarrollo Humano y, Maestra en Ciencias en Salud Pública por la UANL Coordinadora de la Subdirección de Asistencia Comunitaria del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor de Asignatura en la Universidad Emiliano Zapata. Miembro del Comité para el Desarrollo de Estrategias de Comunidades Saludables del Municipio de Monterrey.

Correo electrónico: brenda.tovarjs@uanl.edu.mx

Roxana Valdés-Ramos

Doctora en Ciencias de la Biología Clínica de la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas del Instituto Politécnico Nacional, Maestra en Ciencias de la Nutrición Humana de la London School of Hygiene and Tropical Medicine de la Universidad de Londres, Licenciada en Nutrición y Ciencia de los Alimentos de la Universidad Iberoamericana. Profesora Investigadora de la Facultad de Medicina y Coordinadora del Programa de Maestría en Ciencias de la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de México. Pertenece al SNI II. Lideresa del Cuerpo Académico de Nutrición y Salud. Líneas de Investigación Inmunología y Nutrición en Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares.

Correo electrónico: rvaldesr@uaemex.mx

Marissa Eunyce Valenzuela Gutiérrez

Licenciada en Diseño Gráfico por el Instituto Tecnológico de Sonora con especialidad en medios impresos. Estudios de posgrado en el Centro de Investigación y Desarrollo, A. C. con maestría en Desarrollo Regional y Doctorado en Ciencias. Su línea de investigación se enfoca en estudios socioculturales sobre cuerpo, alimentación y salud y especializada en métodos cualitativos de investigación. Se ha desempeñado como docente en la Universidad Autónoma de Sinaloa. Actualmente realiza una estancia posdoctoral en la Coordinación de Desarrollo Regional de CIAD, A. C. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel Candidato.

Correo electrónico: marissavzlag@gmail.com

Ivonne Vizcarra-Bordi

Investigadora de tiempo completo desde 1986 del Instituto de Ciencias Agropecuarias y Rurales de la UAEM. Maestría en Economía Rural y Doctora en Antropología por la Universidad Laval, Quebec, Canadá. Lideresa del Cuerpo Académico de Estudios Agroalimentarios. SNI III- Perfil Prodep. Líneas de Investigación: Género-maíz, seguridad alimentaria, medio ambiente, desigualdades, transdisciplinariedad, complejidad y desarrollo de la conciencia. Miembro de la Red Género, Sociedad y Medio Ambiente; Red Maíz: Alimentación, Tecnología, Ecología y Cultura, y del Programa Mexicano del Carbono. Miembro Honoraria de la Asociación Mexicana de Estudios Rurales.

Correo electrónico: ivbordi@yahoo.com.mx; ivizcarrab@uaemex.mx

*Balance y perspectivas
para la comprensión de la obesidad en México
en el siglo XXI*

Editado en septiembre de 2021.

Son diversas las perspectivas que deben ser tomadas en cuenta para la comprensión de la obesidad en el siglo XXI. En este libro se analiza la obesidad desde perspectivas sociales, construccionistas y fenomenológicas. Las políticas de salud enfocadas a las personas y poblaciones con exceso de peso se han ido construyendo en las décadas recientes y han establecido pautas para percibir y atender la salud del cuerpo de los sujetos sociales. Es destacable el bajo impacto que han tenido los programas antiobesidad sobre todo en la última década, evidenciado por los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 que ha mostrado el aumento y gravedad alcanzada por la obesidad en los distintos sectores.

Las investigaciones que sustentan el trabajo del presente libro fueron realizadas, por un lado, mediante análisis documental de datos oficiales tanto numéricos y estadísticos como discursivos, textuales y de contenido. Pero también, se muestran datos empíricos sustentados en el discurso y experiencia de personas pertenecientes a distintos sectores que han vivido la ejecución de los programas de salud y la presión social por la delgadez.

Esta obra es una invitación a pensar y re pensar las políticas de salud para una nueva época en México, esto no podría ocurrir sin evaluar lo que hasta ahora se ha hecho y sin diseñar políticas esencialmente novedosas.



ISBN 978-607-437-549-7



9 786074 375497