

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Economía y Relaciones Internacionales
Programa de Doctorado en Estudios del Desarrollo Global



**Las Narrativas del Comer Saludable: Representaciones Sociales de la Obesidad en la
Región Tijuana – San Diego.**

Para Obtener el grado de:
Doctor en Estudios del Desarrollo Global

Presenta:
Jimmy Emmanuel Ramos Valencia

Directora de tesis:
Dra. Martha Cecilia Jaramillo Cardona

Tijuana, Baja California, septiembre de 2020.

Agradecimientos.

Uno de los pilares de la sociedad son los *Dones*, que en su forma más degradada llamamos “*deudas*”, pero que a pesar de ese apelativo que no suena tan ameno para la convivencia, lo cierto es que sin ellas las culturas o sociedades no existirían. Sin embargo, quizás por mi epistemología de formación es que prefiero llamar a tales intercambios de bienes morales y económicos: *Dones*. Y lo cierto es que, sin estos grandes intercambios de valor moral o económico, proyectos como el que presento no serían posibles. De tal forma que, al iniciar mi recuento de agradecimientos por tan valiosos intercambios morales y económicos, los primeros en la lista tienen un carácter institucional, en primer lugar, agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) que motiva y brinda la oportunidad de concluir estudios de posgrado en México a todo aquel candidato que decida tomar el camino de vida como investigador en alguna de las siete áreas del conocimiento. El segundo en la lista de agradecimientos institucionales es el Programa de Maestría y Doctorado en Estudios del Desarrollo Global de la Facultad de Economía y Relaciones Internacionales de UABC Campus Tijuana y toda la planta de profesores, maestros y creadores que lo hacen posible.

Comenzando con los agradecimientos personas y cercanos mi más profundo agradecimiento es para mis grandes amigos, el Dr. Carlos Barrachina Lisón y el Dr. Alejandro Monjaraz Sandoval (sé que es más largo su nombre, pero si coloco todo el nombre pocos sabrán a quién me refiero), de verdad que muchas gracias queridos amigos porque sin sus dones morales y económicos este trabajo ni siquiera hubiera comenzado.

En el recuento de agradecimientos por los *dones* recibidos para completar esta tarea tan complicada -y que debo reconocer antes de que los lectores se adentren en ella que es un germen que no finaliza en esta entrega y pretende aportar mucho más a la discusión científica- le agradezco al Dr. Rafael Velázquez Flores y la Dra. Jocelyne Rabelo quienes fueron mis primeros evaluadores para ingresar en este tan distinguido programa académico. Muchas gracias Doctores, vieron algo en mí, y les estoy muy agradecido por brindarme el respaldo y visto bueno.

Siguiendo el recuento de pertinentes agradecimientos, en esta sección no puede quedar fuera la Dra. Ana Bárbara Mungaray, primero que nada, por la manera tan amena en que recibe a todo aquel que se aventura a estudiar en la ciudad “donde está la última calle de Latinoamérica”, y, en segundo, por la forma tan amena en que introduce a todo ingenuo en

la economía política del desarrollo. Y por supuesto, en este párrafo de agradecimiento no puede quedar fuera el Dr. Santos López Leyva quien fue una pieza clave para encaminar este trabajo en un momento complicado y de quiebre; querido doctor usted es un gran investigador y es de admirar la manera en que sabe cómo encaminar el texto adecuado a sus estudiantes, así, sin avisar, solamente asignando las exposiciones de acuerdo a los temas de interés que le hemos expuesto. El último de esta sección, y no por ello, menos importante es el Dr. David Wysocki por su voto de confianza y asesoría durante la estancia de investigación en el Center for Latin American Studies at San Diego State University, muchas gracias por todo el apoyo, confianza y asesoría durante la estancia.

Quizás al llegar a este momento del texto una pieza clave, y sin la cual no hubiera podido avanzar en esos momentos en los que no sabía por dónde ir; en los momentos en que renegaba de mi formación epistemológica y quería adentrarme en mundos oscuros y desconocidos para darle validez a mi trabajo se esté preguntando “¿por qué alguien me ha olvidado?”...sí, usted Dra. Martha Jaramillo, usted que con mano dura pero a la vez comprensiva, no me dejó rendirme, me apoyó y dirigió académicamente, de verdad que le estoy enormemente agradecido por toda su dirección, apoyo y confianza. Sinceramente si no hubiera sido por usted este trabajo no lo hubiera terminado. Muchas gracias *Liebe Mentora* por su pertinente, precisa y adecuado seguimiento y asesoría.

A la Dra. Rosa María Gonzalez Corona y el Dr. Rogelio Zapata Garibay les extiendo mis más sinceros agradecimientos por haber aceptado participar como lectores del trabajo, así como también por ser jurados en la defensa. Todas y cada una de sus pertinentes recomendaciones sirven para alimentar la evolución de los textos e investigaciones de la siguiente etapa de este proyecto de investigación. De verdad que muchísimas gracias por todo.

Podría extenderme nombre por nombre, grado por grado, de todos y cada uno de los profesores del Programa de Maestría y Doctorado en Estudios del Desarrollo Global de la Facultad de Economía y Relaciones Internacionales de UABC Campus Tijuana; y de todos los colegas y compañeros, maestros y alumnos que han aportado algo para la consecución de este trabajo, pero quedarían más largos los agradecimientos que los resultados. Es por ello que prefiero decirles a todas y todos los que ahora me leen ¡muchísimas gracias!

La motivación para iniciar este trabajo y no rendirme hasta finalizarlo se la debo a mi hija. Luba cuando leas este texto en el futuro quiero que estés consciente que es tu padre escribiendo en distintas etapas de su vida, pero quiero que sepas y estés consciente de que cada letra que he puesto en el documento hija mía ha sido pensando en que al finalizarla podremos ir a ver las estrellas juntos. Eres mi ojo derecho y mi muñequita, la más inteligente y la más bonita, te amo hija mía y mientras escribí este texto el dibujo de tus manitas que me regalaste me inspiraba y me daba muchas fuerzas para no rendirme.

Este trabajo no hubiera llegado al final, en tiempos de pandemia y coyuntura si no fuera porque apareciste en mi vida amada Lu, te agradezco por todo el apoyo que me has brindado durante estos meses, todos los consejos, llamadas de atención, regaños y tiempo de reflexión; pero por sobre todas las cosas por tu amor, un amor que me ha levantado en momentos duros y me ha motivado a finalizar este trabajo. Muchas gracias mi amor, estoy muy feliz y te agradezco que estés conmigo en este momento de mi vida, y por todos los que vienen en nuestras vidas juntos. Muchas gracias por todo mi amor, te amo y estoy feliz y agradecido porque este último estirón no hubiera sido posible si no hubiéramos estado juntos.

Por último, y no por ello de menor importancia, extendo mi más grande y sincero agradecimiento al grupo 23 del ciclo escolar agosto-diciembre, Período 2019-2 de la Facultad de Economía y Relaciones Internacionales de la UABC; porque sin su apoyo en la etapa de trabajo de campo toda la información que sustenta este trabajo no hubiera podido ser recopilada. Muchas gracias chicas y chicos, mi más sincero agradecimiento.

Resumen.

La emergencia y la inequidad referente a enfermedades crónicas no transmisibles (ECTN) en el mundo responde a múltiples factores que a partir de la década de los ochenta han afectado a países tanto de renta alta, como de renta media y baja. Estas enfermedades están asociadas con la obesidad, cuyo incremento es atribuido a factores estructurales tales como: disponibilidad limitada de alimentos nutritivos, acceso limitado a atención médica y bajos ingresos de los hogares.

Los resultados de estudios globales realizados respecto a la carga de enfermedad atribuida a la obesidad y sus consecuencias, muestran que las enfermedades crónicas constituyen un importante problema de salud pública en el siglo XXI. Tanto por su impacto epidemiológico, como por su estigmatización social, debido a que ambos factores obstaculizan la puesta en marcha de muchas de las estrategias de prevención. La carga de enfermedad por condiciones crónicas es un importante reto para todos los sistemas de salud alrededor del mundo.

El presente trabajo utiliza una metodología inductiva que comprende, el análisis temático para identificar, analizar e informar patrones dentro de un conjunto de datos. Debido a que es un enfoque teóricamente flexible para el manejo de grandes conjuntos de datos cualitativos. Este método requiere el desarrollo de códigos que son analizados sobre la lectura de los datos sin procesar en sí y, por lo tanto, estos códigos están fuertemente vinculados a los datos durante el proceso de recopilación y análisis -valga la redundancia- de los datos.

Con el análisis de los datos la investigación conformó las narrativas que permiten comprender cómo el discurso de los entrevistados con base en las experiencias y acciones de los participantes en ambientes particulares, conforman un espacio discursivo donde la cultura es creada, confirmada y debatida. Y este discurso, constantemente creado y reformulado, es al mismo tiempo un medio para concebir un sentido coherente que evalúa y evoca sentimientos y proposiciones culturales. Estas narrativas sirven para cumplir con el objetivo del trabajo: examinar cómo las narrativas personales proporcionan un discurso contemporáneo para racionalizar muchos de los problemas epidemiológicos y sociales asociados con la obesidad en la región Tijuana-San Diego.

Palabras clave: Obesidad – Narrativas – Discurso – Carga de Enfermedad – Salud Pública

Abstract.

The emergence and inequity related to chronic non-communicable diseases (CNCDs) in the world responds to multiple factors that, since the 1980s, have affected both high-income, middle-income and low-income countries. These diseases are associated with obesity, the increase of which is attributed to structural factors such as: limited availability of nutritious food, limited access to medical care, and low household income.

The results of global studies carried out regarding the burden of disease attributed to obesity and its consequences show that chronic diseases constitute an important public health problem in the 21st century. Both because of its epidemiological impact and because of its social stigmatization, because both factors hinder the implementation of many of the prevention strategies. The burden of disease from chronic conditions is a major challenge for all health systems around the world.

The present work uses an inductive methodology that includes thematic analysis to identify, analyze and report patterns within a data set. Because it is a theoretically flexible approach to handling large qualitative data sets. This method requires the development of codes that are parsed upon reading the raw data itself, and therefore these codes are strongly tied to the data during the data collection and analysis process.

With the analysis of the data, the research formed the narratives that allow us to understand how the speech of the interviewees, based on the experiences and actions of the participants in particular environments, make up a discursive space where culture is created, confirmed and debated. And this discourse, constantly created and reformulated, is at the same time a means of conceiving a coherent meaning that evaluates and evokes cultural feelings and propositions. These narratives serve to fulfill the objective of the work: to examine how personal narratives provide a contemporary discourse to rationalize many of the epidemiological and social problems associated with obesity in the Tijuana-San Diego region.

Keywords: Obesity - Narratives - Discourse - Burden of Disease - Public Health

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN. | 5 |
| ABSTRACT. | 6 |
| INTRODUCCIÓN. | 10 |
| CAPÍTULO 1. LA OBESIDAD COMO DETERMINANTE DE LA PROLIFERACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECTN). | 13 |
| 1.1 LA OBESIDAD EN EL MUNDO, DISPERSIÓN Y MAGNITUD DEL PROBLEMA. | 15 |
| 1.2 LOS AMBIENTES OBESOGÉNICOS QUE DETONAN LA PROBLEMÁTICA. | 18 |
| PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN. | 25 |
| PREGUNTAS SECUNDARIAS:..... | 25 |
| HIPÓTESIS. | 26 |
| HIPÓTESIS SECUNDARIAS: | 26 |
| OBJETIVO GENERAL. | 26 |
| VARIABLES. | 26 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS. | 26 |
| 1.3 MARCO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO. | 27 |
| 1.4 HERRAMIENTA PARA LA CONFORMACIÓN DE LOS DATOS. | 32 |
| 1.5 JUSTIFICACIÓN..... | 33 |
| CAPÍTULO 2: ESTUDIAR PROBLEMÁTICAS DE SALUD CON LA TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES. | 37 |
| 2.1 EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN. | 37 |
| 2.2 LA DIMENSIÓN CULTURAL DE LA SALUD. | 44 |
| 2.3 LA TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES COMO PROPUESTA DE ANÁLISIS DE LA ENFERMEDAD..... | 45 |
| 2.4 UN ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DE LA OBESIDAD A PARTIR DEL ESTUDIO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES. | 50 |
| 2.5 LAS NARRATIVAS SOCIALES DE LA SALUD..... | 51 |
| 2.6 EL MÉTODO ETNOGRÁFICO Y LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA REALIDAD. | 53 |
| 2.6 LA ETNOGRAFÍA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS. | 54 |
| CAPÍTULO 3. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL COMBATE A LA OBESIDAD..... | 57 |
| 3.1 POLÍTICAS DE COMBATE A LA OBESIDAD ANTE EL INCREMENTO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICO NO TRANSMISIBLES (ECNT) EN MÉXICO. | 57 |
| 3.2 LAS ENFERMEDADES CRÓNICO NO TRANSMISIBLES (ECTN) EN MÉXICO. | 59 |
| 3.3 SEXENIO 2013-2018, PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD, “CIMENTAR LAS BASES DE UN SISTEMA DE SALUD UNIVERSAL” .61 | |
| 3.4 EVALUACIONES AL PROGRAMA..... | 65 |
| 3.5 REFLEXIONES SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN MÉXICO..... | 66 |

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 4: EL MÉTODO ETNOGRÁFICO: ESCRIBIENDO SOBRE OTRAS VIDAS, COMPRENDIENDO UNA MISMA PROBLEMÁTICA..... | 68 |
| 4.2 EL PROCESO INGENUO DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS..... | 72 |
| 4.3 EL MÉTODO DE TRABAJO: LAS NARRATIVAS DEL COMER SALUDABLE, ÉGLOGAS DE LA OBESIDAD, ETNOGRAFIANDO LA REGIÓN TIJUANA, SAN DIEGO. | 73 |
| 4.4 GUIÓN ETNOGRÁFICO, NODOS DE ANÁLISIS DEL VACIADO DE ENTREVISTAS..... | 76 |
| 4.1.1 <i>Vida cotidiana.</i> | 76 |
| 4.1.2 <i>El alimento más importante del día.</i> | 95 |
| 4.1.3 <i>Hábitos de consumo.</i> | 108 |
| 4.1.4 <i>Patrones de consumo alimenticio.</i> | 119 |
| 4.1.5 <i>Narrativas de una dieta saludable.</i> | 133 |
| 4.1.6 <i>Narrativas de una vida saludable.</i> | 147 |
| CAPÍTULO 5: ÉGLOGAS DE LA OBESIDAD Y HáBITOS ALIMENTICIOS EN LA REGIÓN TIJUANA – SAN DIEGO. | 160 |
| 5.1 LA ALIMENTACIÓN COMO UN FACTOR DE RIESGO DE LA OBESIDAD EN LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO..... | 161 |
| 5.2 LOS DETERMINANTES DE LA OBESIDAD EN LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL ESTUDIO. | 168 |
| 5.3 LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LOS “AMBIENTES OBESOGÉNICOS” DE LA POBLACIÓN DEL ESTUDIO..... | 173 |
| 5.4 ¿QUÉ ES LA OBESIDAD?, SU REPRESENTACIÓN SOCIAL EN LA POBLACIÓN DEL ESTUDIO. | 175 |
| 5.5 UNA ENFERMEDAD MUY DAÑINA LLAMADA OBESIDAD..... | 177 |
| CONSIDERACIONES FINALES. | 183 |
| REFERENCIAS. | 193 |

Lista de figuras.

| | |
|---|-----|
| 1 MODELO ECOLÓGICO DE DIETA ACTIVIDAD FÍSICA Y OBESIDAD DESARROLLADO POR EL TALLER CONVOCADO POR EL INSTITUTO NACIONAL DEL CORAZÓN, LOS PULMONES Y LA SANGRE (NHLBI) SOBRE PREDICTORES DE OBESIDAD, AUMENTO DE PESO Y ACTIVIDAD FÍSICA (NHLBI, 2004)..... | 24 |
| TABLA 1 NARRATIVA DE LA "VIDA COTIDIANA" EN HOMBRES DE 17 A 22 AÑOS..... | 77 |
| TABLA 2 NARRATIVA DE LA "VIDA COTIDIANA" EN HOMBRES DE 23 A 28 AÑOS..... | 81 |
| TABLA 3 NARRATIVA DE LA "VIDA COTIDIANA" EN HOMBRES 35 A 61 AÑOS. | 85 |
| TABLA 4 NARRATIVA DE LA "VIDA COTIDIANA" EN MUJERES 17 A 29 AÑOS | 86 |
| TABLA 5 NARRATIVA SOBRE EL "ALIMENTO MÁS IMPORTANTE DEL DÍA" EN MUJERES DE 17 A 29 AÑOS..... | 96 |
| TABLA 6 NARRATIVA SOBRE EL "ALIMENTO MÁS IMPORTANTE DEL DÍA" EN HOMBRES DE 17 A 28 AÑOS..... | 101 |
| TABLA 7 NARRATIVA SOBRE LOS "HÁBITOS DE CONSUMO" EN MUJERES DE 17 A 29 AÑOS. | 109 |
| TABLA 8 NARRATIVAS SOBRE LOS HÁBITOS DE CONSUMO EN HOMBRES DE 17 A 28 AÑOS..... | 115 |
| TABLA 9 NARRATIVA SOBRE LOS "PATRONES DE CONSUMO" EN MUJERES DE 17 A 28 AÑOS..... | 119 |
| TABLA 10 NARRATIVA SOBRE LOS "PATRONES DE CONSUMO" EN HOMBRES DE 17 A 28 AÑOS. | 128 |
| TABLA 11 NARRATIVAS DE UNA DIETA SALUDABLE DE HOMBRES DE 17 A 22 AÑOS. | 133 |
| TABLA 12 NARRATIVAS DE UNA DIETA SALUDABLE DE MUJERES DE 17 A 28 AÑOS. | 138 |
| TABLA 13 NARRATIVAS DE UNA DIETA SALUDABLE DE MUJERES DE 32 A 37 AÑOS. | 143 |
| TABLA 14 NARRATIVAS DE UNA DIETA SALUDABLE DE MUJERES DE 42 A 49 AÑOS. | 144 |
| TABLA 15 NARRATIVAS DE UNA DIETA SALUDABLE DE MUJERES DE 54 A 76 AÑOS. | 145 |
| TABLA 16 NARRATIVAS DE UNA VIDA SALUDABLE DE HOMBRES DE 17 A 28 AÑOS. | 148 |
| TABLA 17 NARRATIVAS DE UNA VIDA SALUDABLE DE MUJERES DE 17 A 29 AÑOS. | 151 |
| TABLA 18 NARRATIVAS DE UNA VIDA SALUDABLE DE MUJERES DE 32 A 37 AÑOS. | 156 |
| TABLA 19 NARRATIVAS DE UNA VIDA SALUDABLE DE MUJERES DE 42 A 49 AÑOS. | 157 |
| TABLA 20 NARRATIVAS DE UNA VIDA SALUDABLE DE MUJERES DE 54 A 76 AÑOS. | 158 |
| 1 FRECUENCIA DE PALABRAS DEL CÓDIGO "ALIMENTACIÓN" EN EL ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS..... | 167 |
| 2 FRECUENCIA DE PALABRAS DEL CÓDIGO "DETERMINANTES DE OBESIDAD" EN EL ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS..... | 173 |
| 3 FRECUENCIA DE PALABRAS DEL CÓDIGO "AMBIENTES OBESOGÉNICOS" EN EL ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS..... | 175 |
| 4 FRECUENCIA DE PALABRAS DEL CÓDIGO "OBESIDAD" EN EL ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS..... | 177 |
| 5 FRECUENCIA DE PALABRAS DEL CÓDIGO "OBESIDAD" EN EL ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS..... | 182 |

Introducción.

En el estudio de las enfermedades crónicas no transmisibles el interés de las ciencias sociales hace referencia a discutir la manera en la cual los factores socioculturales son asociados con tales enfermedades. El punto de partida de los estudios referentes a la culturización de la enfermedad es objeto de estudio de enfoques en los cuales uno de los objetivos es describir las representaciones sociales de la enfermedad para comprender los `cómo` y `por qué` de los patrones de comportamiento en/para su atención y manejo.

La premisa de partida para un análisis holístico de la enfermedad es que todo proceso de salud-enfermedad-atención (a partir de ahora SEA) está inserto en contextos culturales. Por tal motivo, para el análisis del proceso SEA es menester tomar en cuenta que la prevención y el control son un proceso de la atención, y por tal motivo es factible identificar patrones socioculturales que inciden en los tratamientos. Es decir, las personas interactúan en contextos en los cuales, interiorizan, comprenden y representan cambios en los discursos micros y macros respecto a los factores de riesgo asociados a la enfermedad. De tal forma, la interpretación y comprensión, de los cambios respecto a la percepción de riesgo de las enfermedades, están conformados en marcos de significación sociocultural que determinan los patrones de cuidado y atención. Por lo tanto, las estrategias de prevención y control son realizadas con base en los marcos de significación sociocultural y las prácticas de prevención y control, responden a los medios disponibles según el contexto.

Entender cómo las personas al enfermar necesitan de prácticas simbolizadas para restablecer su estado físico, anímico y social (Foucault 1966: 174-176); que ayuden a restablecer su salud (Skultans 1999) es el caldo de cultivo de las propuestas teóricas y metodológicas de la medicina social (Riessman 1990) para comprender el proceso SEA. El proceso SEA, es un fenómeno estructural que conforma respectivas formas diferenciadas y particularidades históricas; su desarrollo es diacrónico y sincrónico; y, constituye sistemas académicos y científicos para identificar, comprender y enfrentar una enfermedad, padecimiento, malestar (Kleinman 1980).

El proceso SEA estructura una gran cantidad de simbolizaciones y representaciones, de tal manera que conforma una amplia estructura de significados colectivos. A partir de los signos y símbolos que las sociedades convierten en síntomas asociados a los padecimientos, son conformadas y compartidas representaciones de las enfermedades, padecimientos y

malestares (Campos-Navarro 2016). De tal manera que su fundamento es sobre bases históricas y sociales de particularidades culturales y económicas entre los sectores que entran en interrelación dentro del devenir cotidiano (Anderson 2002). ¿Cómo? A partir de los resultados estructurales del proceso que genera representaciones y prácticas “...para entender, enfrentar y, de ser posible, solucionar la incidencia y consecuencia generadas por los daños a la salud” (Menéndez 1994: 73).

El marco de referencia sociocultural, que fundamenta, integra y refiere a la medicina, “...constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad y, en gran parte de las sociedades... [Que sirve para identificarla]... como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso salud/enfermedad/atención” (Menéndez 1994: 72). Es por ello, que la medicina es una de las tantas representaciones simbólicas del proceso salud-enfermedad-atención que las sociedades han estructurado socioculturalmente e institucionalizado para conformar un corpus de prácticas, con el objetivo de proveer o restablecer la salud de la sociedad (Foucault 1966: 72-80). De esta manera, la institucionalización de los saberes conforma una racionalidad de las sociedades para un proceso que “...constituye...un fenómeno de tipo social desde la perspectiva de los sujetos y conjuntos sociales...[y por tal motivo]...el saber de todo curador inevitablemente se aplica sobre sujetos y grupos, y es el saber del grupo el que articula las representaciones y prácticas recibidas del saber médico, a partir de las representaciones y prácticas que dichos sujetos y grupos manejan.” (Menéndez 1994: 73).

Por consiguiente, uno de los correlatos significativos en el entendimiento sociocultural del proceso SEA está en distinguir la enfermedad (disease), el padecimiento (illness) y el trastorno, malestar o afección (sickness). Tríada que alude a las dimensiones objetivas, subjetivas y sociales, de la salud y la enfermedad. Además, enfatiza la importancia de entender que las enfermedades son consideradas marcadores múltiples de diversos procesos vitales, individuales y colectivos, materiales y espirituales (Hersch-Martínez & Haro 2007).

Los significados que las personas otorgan a la obesidad influyen en sus respuestas frente a la misma. Estos significados pueden ser abordados mediante el estudio de las representaciones sociales. Diversas investigaciones han encontrado que es común prestar más atención a los factores emocionales, con diferencias de género pues los hombres refieren

más hacia los aspectos biomédicos y suelen tener más apoyo familiar que las mujeres (Ofman 2015).

La contundente evidencia del crecimiento de la epidemia de la obesidad y sus consecuencias (enfermedades crónicas no transmisibles) en Latinoamérica, así como las consecuencias de su significado sociocultural, justifican el desarrollo de investigación relevante, que aporte evidencias sobre temas tan importantes como los determinantes socio-económicos y culturales de estas enfermedades, las intervenciones poblacionales para su prevención, el desempeño de los servicios de salud en el control (prevención secundaria y terciaria) de estas patologías y la provisión de cuidado a lo largo de la vida; así como el desarrollo de modelos de atención innovadores y en dialogo con los principales referentes internacionales.

Capítulo 1. La obesidad como determinante de la proliferación de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECTN).

El incremento de la dispersión de las enfermedades crónicas no transmisibles en Latinoamérica y la importancia de los significados socioculturales asociados, justifican el desarrollo de investigaciones que aporten evidencias (datos y patrones de comportamiento) respecto a los determinantes sociales que inciden en las normas, valores culturales y hábitos de las personas. Si bien estos comportamientos están insertos en un contexto socioeconómico y político (Solar & Irwin, 2007, pp. 25–27) que incide en la prevalencia y dispersión de los padecimientos; lo cierto también es, que tanto su proliferación como su dispersión, responde a conductas de riesgo naturalizadas en las sociedades debido a patrones culturales muy arraigados en las poblaciones (Brown, 1991; Kelley et al., 2015). Es por ello, que las intervenciones y programas para su prevención y control; el desempeño de los servicios de salud en el control de estas patologías y la provisión de cuidado a lo largo de la vida; así como el desarrollo de modelos de atención; requieren plantear estrategias innovadoras y dinámicas que se ajusten a los patrones culturales de las poblaciones, y al mismo tiempo, estén en sincronía con los principales referentes internacionales (PAHO, 2017; Sobal, 2003).

Los estudios más recientes muestran que el incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad de las ECTN responde a la proliferación de la prevalencia de obesidad en la población (Afshin et al., 2017). Esta última condición es considerada como uno de los principales factores de riesgo asociados al incremento de la morbilidad y mortalidad por diabetes tipo II e hipertensión (Castillo Hernandez et al., 2009; Figueroa Pedraza, 2009). Uno de los factores asociados al aumento de su prevalencia es la proliferación de ambientes obesogénicos (Ng et al., 2014). Estos ambientes están asociados a problemáticas estructurales referentes a las laxas regulaciones con respecto a políticas públicas para la regulación de alimentos; políticas respecto a la movilidad de las ciudades y la promoción de lugares para el esparcimiento y actividades físicas; estas últimas asociadas con la poca regulación y muchas veces por su nula promoción en los entornos escolares y laborales (Hinde & Dixon, 2005). Uno de los principales factores asociados con la proliferación de los ambientes obesogénicos es el referente al cabildeo de las corporaciones transnacionales para evitar las regulaciones respecto a los contenidos de sus productos alimenticios (Kirk et al., 2010).

Entre los ejemplos respecto a las laxas regulaciones, así como la naturalización del padecimiento en la población, tenemos el caso de México en el cual la asistencia alimentaria a los grupos más desprotegidos con la participación precisamente de los corporativos agroalimentarios enfocados en la producción industrial de alimentos (Nielsen et al., 2002); producen productos ricos en calorías, sales, harinas, pastas y grasas saturadas para enfrentar el hambre y escasez (Martínez Espinosa, 2017). De tal forma que la contradicción del sistema radica en perpetuar la causa, el hambre; al mismo tiempo que la convierten en un problema de malnutrición, como la obesidad y sus patologías relacionadas (Albritton, 2009, pp. 90–91; Tanumihardjo et al., 2007). En la esfera social esta contradicción se manifiesta en las costumbres, patrones y hábitos alimenticios de las familias pobres que no comen lo que quieren ni lo que saben que es nutritivo y saludable, sino lo que pueden comprar o conseguir (Martínez Espinosa, 2017; Tehzeeb et al., 2020; F. L. Théodore et al., 2019). Es así que los estudios en México muestran dos escenarios muy marcados en los cuales la población en situaciones de pobreza puede estar desnutrida porque no tiene lo suficiente para alimentarse, o, estar obesa porque sus alimentos son de mala calidad (Gutierrez Carbajal & Magaña Magaña, 2017; Jiménez-Cruz et al., 2013; Torres & Rojas, 2018).

Otro ejemplo de la dispersión de la obesidad en el mundo lo encontramos en regiones indígenas de Colombia. Regiones en las cuales los resultados de los estudios muestran que la detección de casos de obesidad en población indígena, cuya exposición a situaciones de inseguridad alimentaria es recurrente durante la primera infancia, tales estudios permiten identificar aquellos casos que pueden estar influenciados por factores que favorecen los ambientes obesogénicos (McDonald et al., 2009). La proliferación de estos ambientes hace que sus hábitos de estilos de vida y de alimentación estén influenciados por las transformaciones sociales al interior de cada colectividad, impactando en el estado de salud de las personas y en su posterior configuración de la calidad de vida (Sarmiento et al., 2014).

Los estudios en Estados Unidos con población afrodescendiente envejecida muestran que estas poblaciones enfrentan barreras únicas para el comportamiento de autogestión nutricional a largo plazo (Nielsen et al., 2002). En los Estados Unidos los estudios sobre el contexto alimentario del país muestra que las poblaciones consideradas minorías y en situación de pobreza enfrentan una dificultad de acceso a las grandes tiendas de comestibles de tal forma que este limitado acceso aumentó la dependencia de las tiendas de alimentos

más pequeñas influyendo a mediano plazo en el comportamiento del gasto alimentario, lo que resulta en un comportamiento dietético deficiente (D. Kim et al., 2018; Kumanyika, 2019; Levine, 2011; Nielsen et al., 2002). Estas poblaciones afrontan una brecha en la comprensión de las percepciones de la calidad y el alcance del acceso a los recursos alimenticios saludables. Los hallazgos de los estudios muestran poblaciones con altos niveles de insatisfacción con la calidad, y la dificultad para acceder a alimentos saludables, la mayoría de los participantes residen en ambientes obesogénicos caracterizados por restaurantes de comida rápida de alta densidad y alimentos saludables de baja calidad (Kumanyika, 2019; Nielsen et al., 2002; Schrecker & Bamba, 2015).

La obesidad es un problema sanitario y social importante que ha alcanzado niveles de pandemia (A. Lake & Midgley, 2010; Schrecker & Bamba, 2015, p. 23). El riesgo de desarrollar más de una de las enfermedades asociadas a la obesidad es uno de los grandes problemas de salud pública en el mundo (no sólo en los países desarrollados). Aunque hay muchos avances en las investigaciones sobre la enfermedad desde la biología, hay una tendencia creciente a considerar que la “epidemia de obesidad” se debe más a factores del entorno (ambientes obesogénicos). Como problema social su proliferación es atribuida a los entornos económicos, sociales y culturales que conforman los ambientes obesogénicos. Un ambiente obesogénico es definido como "la suma de influencias que el entorno, las oportunidades o las condiciones de vida condicionan la dispersión de la obesidad en individuos o poblaciones" (Gorin & Crane, 2008; Townshend et al., 2010). Ante tal panorama, las estrategias de prevención y el tratamiento de la obesidad están enfocadas en las intervenciones farmacológicas, educativas y conductuales, con un éxito general limitado. Es por ello por lo que un enfoque novedoso y a largo plazo debe investigar los entornos que promueven una ingesta elevada de energía y un comportamiento sedentario para comprender de manera integral la problemática de salud (Mackenbach et al., 2014).

1.1 La obesidad en el mundo, dispersión y magnitud del problema.

La epidemia de obesidad es un grave problema de salud pública en los países desde el inicio de la década de los ochenta; dispersándose en los países de bajos ingresos a medida que los cambios económicos y sociales incidieron en los patrones alimenticios como consecuencia de la "transición nutricional" (Mo-suwan et al., 1993). En los países de renta “alta” y “media”

la obesidad infantil (desde los años ochenta) es una preocupación social imposible de ignorar, y en la cual aspectos tales como el ambiente social, económico y cultural son factores que determinan su dispersión y desarrollo (Popkin, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (2013) define la obesidad como la acumulación excesiva de grasa que puede afectar la salud al contribuir a enfermedades crónicas, fue declarada enfermedad crónica por la Asociación Médica Estadounidense (2013) y la Canadian Medical Asociación (2015). Aunque las discusiones sobre la obesidad a menudo se centran en los Estados Unidos (EE.UU.) y Canadá debido a los acontecimientos mencionados anteriormente, así como a las altas tasas de obesidad de los dos países (Albritton, 2009; S. H. Kim & Willis, 2007; Lifshitz & Lifshitz, 2014), la prevalencia de la obesidad también está aumentando en el mundo (Organización Mundial de la Salud/Europa, 2014). En Europa por ejemplo, la Gran Bretaña y Alemania compiten por ser "la más gorda" (Erixon, 2016), y también han sido testigos de los esfuerzos para reconocer la obesidad como una enfermedad crónica por derecho propio (Katz, 2013).

La epidemia atrae la atención en todos los niveles, desde el interés general de los medios de comunicación, hasta la política y la práctica de la salud y otras profesiones; incluidos los diseñadores y planificadores urbanos (Gard & Wright, 2005; Lukito & Wahlqvist Adelaide, 2006; Schrecker & Bambra, 2015). Las propuestas respecto a la necesidad de impulsar entornos saludables que promuevan institucionalmente las decisiones saludables en la población es un aspecto clave para que las intervenciones sean exitosas en los programas de prevención de la obesidad (Marmot & Bell, 2012). Estos enfoques parten de un desarrollo integral que promueva intervenciones ambientales (económicas, sociales y culturales) que motiven comprender cómo las personas y los diferentes grupos de personas interactúan con sus entornos en términos de actividad física y consumo de alimentos; y al mismo tiempo cuáles son los factores institucionales que determinan la interacción entre las personas y sus entornos cotidianos (Townshend et al., 2010).

El desarrollo de enfermedades asociadas con la obesidad es prevenible poniendo en marcha acciones enfocadas para combatir sus determinantes y factores de riesgo. La dimensión institucional de las acciones refiere la pertinencia de sistemas de salud que promuevan acciones preventivas como prioridad y en menor medida las acciones curativas, no queriendo decir con ello que no deben estar disponibles para la población. En el ámbito

preventivo las acciones deben estar enfocadas en reducir los riesgos físicos y sociales que inciden y determinan la proliferación de las conductas de riesgo. Las medidas no deben limitarse a intervenciones reactivas cuando las conductas de riesgo están fuera de control, o cuando la dispersión de la enfermedad es irreversible. Para que las estrategias preventivas sean eficientes, es necesaria una estrecha colaboración con sectores privados (regulación de la publicidad y del contenido de los alimentos, por ejemplo); de educación (agua corriente en las escuelas, espacios para la práctica de actividades físicas, tiempos para actividades enfocadas en la promoción de conductas saludables, etcétera); mediante la regulación institucional y la puesta en marcha de políticas públicas. De tal manera que la cooperación intersectorial sea capaz de promover estrategias pertinentes de mayor repercusión y alcance temporal (A. Lake & Townshend, 2006).

Sin importar la clase socioeconómica o nivel educativo, el desarrollo de la obesidad tiene un componente genético que condiciona que ciertas poblaciones sean más propensas al aumento de peso (Caballero, 2007; McCabe et al., 2011; Mellor et al., 2012; Rush et al., 2002). Pero no hay que perder de vista que el contexto y los patrones de comportamiento (consumo de alimentos, actividades físicas, entre otros) son importantes, y que por ello no es prudente responsabilizar del todo a las personas por su mala salud, debido a que las dimensiones de la incidencia de las enfermedades no responden solo a las conductas de riesgo (James, W. P., Jackson-Leach, R., & Rigby, 2010).

Propuestas enfocadas en los cambios de los patrones de la dieta y la promoción de la actividad física, son pertinentes, pero no son suficientes porque existen sectores de la población que en términos biológicos son susceptibles al aumento de peso. Con respecto a los grupos de edad, en la edad adulta el aumento de peso es más difícil de revertirse (estudios neuronales respecto a la conformación de patrones asociados con la ingesta de alimentos que dificultan estrategias como cambio de dieta, actividad física, y en el plano institucional la influencia de los entornos públicos que promueven el consumo de alimentos procesados y poca o nula actividad física) y esto contribuye a la persistencia de la epidemia a pesar de las presiones a las que son expuestas las personas para perder peso y la cantidad exorbitante de dinero que gastan en remedios para bajar de peso (S. Murray, 2012, p. 88 y 89).

Por tal motivo, es menester que los estudios enfoquen en el papel que juegan las presiones e influencia del entorno, donde la publicidad y la disponibilidad de alimentos para

el consumo son los principales determinantes, y cómo es que tales presiones del entorno de las personas son persistentes; y son el campo de acción de las sociedades; y que, por ello, que ante esta problemática de salud las personas deben crear sus propios "microentornos" para hacerle frente. Esta tarea muchas veces resulta épica para ciertos sectores de la población y muchas veces pocas son las personas capaces de realizarla debido a la inversión y costos económicos que conlleva (Torres & Rojas, 2018, pp. 156–159).

Por último, entran en juego muchas representaciones sociales relacionados con el sobrepeso (Rich & Evans, 2005), tanto en niños, como en adultos, a pesar de que las estrategias de cuidado y prevención más apropiadas para comprender, abordar y contener la problemática deben partir de considerar que son los entornos, es decir el ambiente socioeconómico de las personas, los que inciden en la dispersión de la enfermedad, y es por ello que las estrategias deben estar enfocadas en su análisis para la conformación de propuestas integrales que sean pertinentes para contrarrestar el incremento del problema de salud pública (Alvanides, S., Townshend, T. G. & Lake, 2010, p. 217 y 218).

La obesidad no es solo la consecuencia de malos hábitos individuales, también es el resultado de los entornos que la promueven (ambiente obesogénico), por ello, tanto los ambientes, como los patrones de consumo, patrones de dieta e imágenes y significados referentes a la salud o la enfermedad (cuerpos y sociedades) conforman el sistema de significados que inciden en las acciones y estrategias de las poblaciones para afrontar la problemática. Ante tal panorama, la conformación de los ambientes obesogénicos puede abordarse con base en la teoría de las representaciones sociales porque la obesidad cuenta con un carácter social que influye en los procesos de comunicación entre las personas, de tal manera que exige a la sociedad opinar y tomar postura como problemática de salud (Howarth et al., 2004).

1.2 Los ambientes obesogénicos que detonan la problemática.

La obesidad aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer y diabetes tipo 2 (Dixon, 2010). Esta última condición representa una epidemia en sí misma debido a los rápidos incrementos en la incidencia, especialmente en los jóvenes (Narayan et al., 2003). Aunque la obesidad no es el único factor de riesgo involucrado, existe una estrecha relación a través del síndrome metabólico, que comprende la adiposidad central

(grasa alrededor del abdomen), niveles bajos de colesterol "bueno", niveles altos de glucosa en sangre e insulina, e hipertensión. Algunos estudios encuentran que el riesgo de enfermedades cardio vasculares, hipertensión y diabetes aumenta con un índice de masa corporal considerablemente inferior a los usados para definir la obesidad o incluso el sobrepeso (González-Chávez et al., 2008).

La enfermedad es un tema delicado y las personas pueden mostrarse reticentes a discutir por vergüenza, temor a causar ofensas, ser discriminados o asociados con conductas ofensivas. Para las personas reconocer la obesidad como una enfermedad crónica conlleva que se prioricen la puesta en marcha de estrategias de prevención; reducir el estigma asociado con el sobrepeso y también comprender la gravedad del exceso de peso y sus consecuencias. El aumento de los niveles de obesidad es un problema del entorno y no de las conductas o patrones socioculturales de las personas que viven en un entorno que promueve y motiva elecciones poco saludables.

Los elementos de un ambiente obesogénico están relacionados con una alimentación no saludable, la omnipresente publicidad de alimentos con alto contenido de grasas y azúcares (enfocada en la población infantil), etiquetado confuso y desorientador de los mismos, una inadecuada educación y orientación nutricional entre la población, y el predominio de comida “chatarra” en torno a las escuelas (Instituto Mexicano para la Competitividad, 2015; A. Lake & Midgley, 2010, pp. 168–170). La proliferación de éstos está presente tanto en países ricos, como pobres y detonan la proliferación de las ECNT y los costos médicos insostenibles a mediano y largo plazo que conllevan. Por ello, el gran desafío radica en cómo lograr que los procesos políticos estén enfocados en soluciones a corto plazo que identifiquen el problema -los ambientes obesogénicos- para que las estrategias de prevención incidan a mediano y largo plazo en evitar la proliferación de las ECNT en la población adulta (Barquera et al., 2013).

Las políticas públicas de atención de la obesidad en las poblaciones están orientadas en la promoción de una alimentación más saludable y menos calórica, y en incentivar actividades físicas. Algunas políticas parten de la premisa de que el peso de una persona es una cuestión de responsabilidad individual, por ello, la popularidad de las estrategias de control de peso respalda la posibilidad que las personas controlen su peso, y dejan de lado

que los entornos obesogénicos contribuyen sustancialmente en desarrollar la enfermedad (Alvanides, S., Townshend, T. G. & Lake, 2010).

Algunas investigaciones muestran que la publicidad de alimentos y bebidas poco saludables puede influir en las compras, el consumo y las preferencias alimentarias; y que el marketing en la televisión, Internet y entornos minoristas están orientados hacia productos poco saludables. Por ello, el abordaje debe ser desde regulaciones gubernamentales que tomen medidas pertinentes para restringir la exposición de los niños a la comercialización de comida chatarra en todos los medios a los que están expuestos (F. Théodore et al., 2014).

La causalidad de la problemática desde el enfoque biomédico considera las diferencias en salud como cuestiones individuales que responden al carácter biológico de los individuos; el enfoque conductual centra su atención en los estilos de vida (fumar, consumo de alcohol, dietas saludables, uso del cinturón de seguridad); ambos enfoques dejan de lado las influencias del contexto en el que viven las poblaciones (ingresos que influyen en el consumo de las dietas de la población, el marketing y la gran influencia que ejerce en la población infantil, la proliferación de alimentos procesados en distintos contextos). El enfoque de la economía política centra su atención en el carácter estructural que permea las relaciones sociales y económicas de las poblaciones que están fuera del control de las personas enfermas (Bambra et al., 2005). La visión de este enfoque parte de la premisa de que las políticas para reducir la enfermedad, mejorar la salud y reducir o eliminar la desigualdad socioeconómica en la salud es factible si son planteadas estrategias que incidan en los determinantes sociales de la salud (Peña & Bacallao, 2000).

Los patrones de salud y enfermedad son producidos, literal y metafóricamente, por las estructuras, los valores y las prioridades de los sistemas políticos y económicos, es por ello por lo que las inequidades en salud son producto de las desigualdades sociales (Krieger, 2014). Algunos argumentos que explican las disparidades en la salud en patrones sociales respecto al cómo la estratificación social (la distribución desigual de recursos y oportunidades) genera diferencias en la exposición a riesgos de enfermedad (Peña & Bacallao, 2000; Stunkard, 2000).

Al ser una enfermedad multicausal; existen muchos factores que influyen para que las personas corran el riesgo de desarrollar la enfermedad. Estos factores son genéticos, conductuales, ambientales y sociales. La combinación de estos factores detona la prevalencia

de la enfermedad en las poblaciones; la combinación de todos estos factores ha provocado el incremento de las tasas de obesidad en la población mundial (Hill & Melanson, 1999).

En el plano genético la hipótesis llamada “genotipo-fenotipo de ahorro” desarrollada en la década de los noventa postula la relación entre las alteraciones en la etapa fetal y el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles. A grandes rasgos esta hipótesis plantea que la nutrición de la madre durante el embarazo programa efectos en el feto mediante la “plasticidad del desarrollo” o “programación nutricional” (Morales García & Ruvalcaba Ledezma, 2018, p. 648).

En el plano psicosocial, los estudios que abordan la problemática desde la categoría “estilo de vida” (sobrepeso y obesidad producto de un desequilibrio energético) evidencian que las sociedades contemporáneas en las últimas tres décadas: han incrementado el consumo de alimentos hipercalóricos (Gorin & Crane, 2008); han descendido la actividad física debido al abandono de trabajos que exigían un mayor gasto energético (Choi et al., 2010); y, han reducido la actividad física debido a la modificación de los modos de desplazamiento y entretenimiento (Pohanka & Fitzgerald, 2004). En este mismo plano, pero anteponiendo el grupo al individuo, los estudios centrados en la cultura, la organización social y el desarrollo económico evidencian cómo estas dimensiones influyen en la modificación de la demanda alimentaria de las poblaciones (Toomath, 2016, pp. 63–67) que incorporan hábitos nocivos como el consumo de comida rápida y todas las industrias incorporadas en sus cadenas de producción y mercadeo (Wansink & Peters, 2007, p. 195 y 196). Resumido en pocas palabras, los estudios psicosociales postulan que los principales factores asociados a la dispersión del padecimiento son: el aumento del consumo de alimentos industrializados ricos en calorías, grasas y azúcar; combinados con un estilo de vida sedentario (ocio pasivo), inserto en un ritmo acelerado de vida producto de la mecanización del transporte y todos los cambios en los patrones socioculturales de comportamiento iniciados hace tres décadas (Bennett et al., 2008).

El abordaje de la problemática que aporta evidencias causales que trascienden la hipótesis “genotipo-fenotipo” de la incidencia de la enfermedad en las poblaciones (Kramer & Shoham, 2019) con el paso del tiempo ha generado evidencias y resultados sobre la multicausalidad de la prevalencia de la enfermedad. Los resultados de estos estudios sirven para formular propuestas y posicionamientos que toman en cuenta las evidencias de los

estudios clínicos sobre la enfermedad, pero sin caer en un determinismo médico que medicalice el problema, y pierda de vista los determinantes culturales, sociales y económicos que inciden en el incremento y prevalencia de la enfermedad. El corpus de estos análisis que identifican y evalúan los determinantes sociales como complemento del plano médico-clínico identifican patrones de consumo y comportamiento que contribuyen significativamente en la dispersión e incremento de la obesidad en el mundo (Afshin et al., 2017; Ng et al., 2014). Para comprender que su incremento en las poblaciones del mundo es una cuestión sistémica y no sólo individual (Albritton, 2009, p. 90).

La evidente tasa de incremento de la problemática en el mundo (Walvin, 2018, pp. 180–182), motivó formular propuestas que complementaran los modelos centrados en el plano biomédico (Gilman, 2008, pp. 164–166). En este escenario global de fines del s. XX, que prospectaba que el incremento de las tasas de obesidad afectaría duramente en el plano económico a los países en el s. XXI (Rissanen, 1996, pp. 203–205), surgió una propuesta para identificar los factores externos al individuo que inciden en la proliferación del padecimiento en las poblaciones. Es decir, partir de la correlación causal de la influencia del entorno en los hábitos de consumo y patrones de comportamiento de las personas (Swinburn et al., 1999). Tal propuesta fue hecha por Boyd Swinburn, Garry Egger y Fezeela Raza (1999) con el nombre de ANGELO (Analysis Grid for Environments Linked to Obesity). La postura de los autores fue que ANGELO sirva como marco de referencia para analizar la incidencia y el impacto de la suma de influencias de un entorno (tamaño del entorno y tipo del entorno) en la dispersión de la obesidad en las poblaciones.

La definición del marco conceptual ANGELO es:

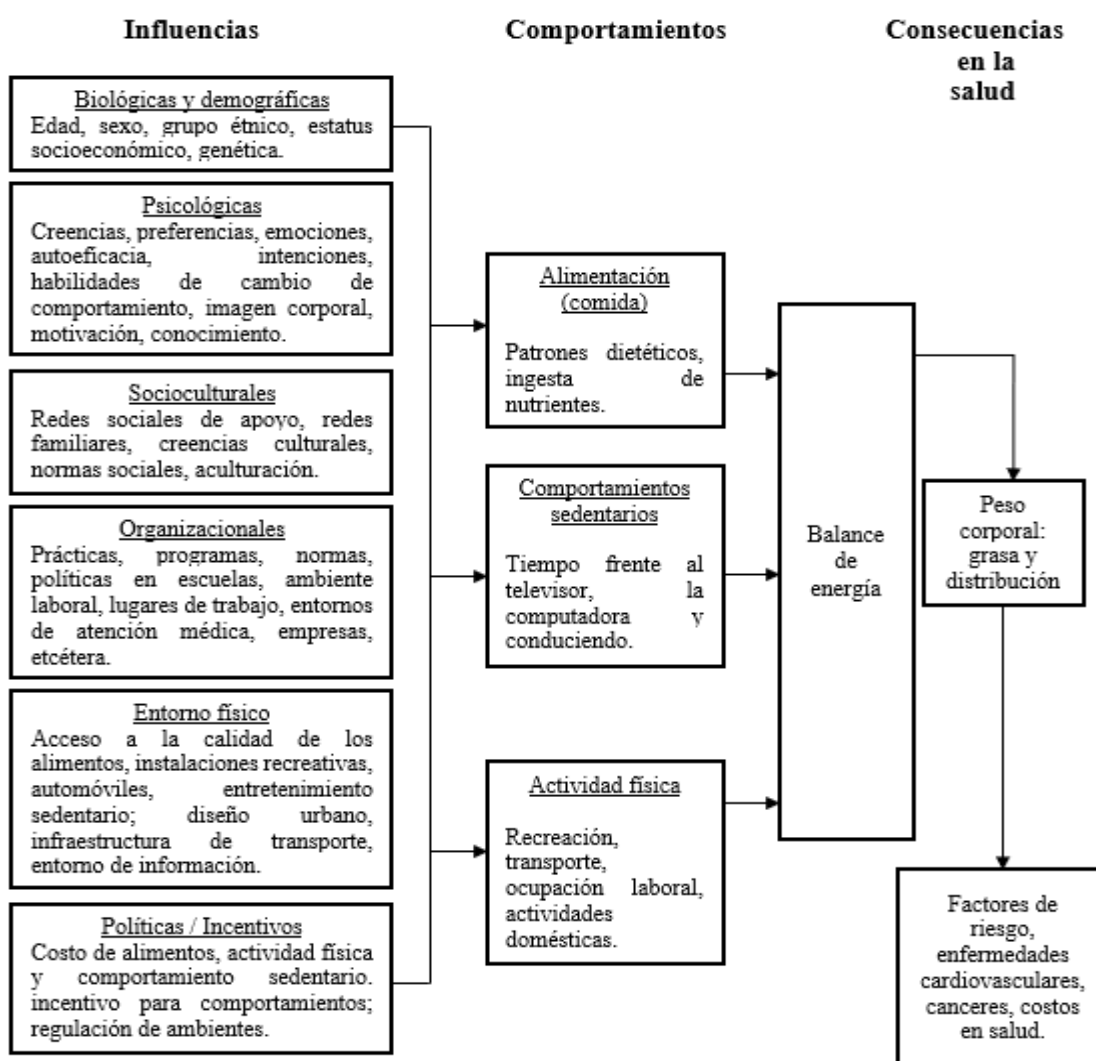
...una cuadrícula que comprende dos tamaños de entorno en un eje y cuatro tipos de entorno en el otro. Las personas interactúan con el medio ambiente en múltiples entornos o entornos micro (locales), que incluyen escuelas, lugares de trabajo, hogares y vecindarios de diferentes tamaños. Los entornos microambientales, a su vez, están influenciados por los macroambientes o sectores más amplios (como los sistemas de educación y salud, todos los niveles de gobierno, la industria alimentaria y las actitudes y creencias de una sociedad), que son menos susceptibles al control de los individuos” (Swinburn et al., 1999, p. 565).

La delimitación de los entornos propuesto en el marco ANGELO categorizados como físicos, económicos, políticos o socioculturales sirven para identificar las relaciones de los individuos con la alimentación y patrones de comportamiento que tienen a su disposición y están acorde con los costos, reglas (de etiqueta), actitudes y creencias. De tal manera que el ambiente define la alimentación y la actividad física de las personas como subcategorías dentro de los entornos físicos, económicos, políticos o socioculturales que inciden en los niveles de grasa corporal del individuo (Kirk et al., 2010). Es por ello, que los análisis de la existencia de tales ambientes en su relación con condiciones de inseguridad alimentaria, permite incorporar elementos que estructuran la aparición causal de la obesidad incluso en poblaciones insertas en contextos de escasez de recursos (Porras González, 2018).

Con el objetivo de aplicar el marco conceptual ANGELO para la evaluación de los entornos que fomentan la obesidad en las poblaciones, los autores proponen definirlos como “ambientes obesogénicos”. Un ambiente obesogénico es el conjunto de condiciones en el entorno (social y económico) que propician la malnutrición y están coligados a problemas de desigualdad que reflejan la estrecha relación entre los sectores agroalimentarios, sociales, económicos, políticos, culturales, educativos, de seguridad social; y sobre todo la mercantilización de la comida y la salud; elementos que en su conjunto son esenciales para el desarrollo de las personas (Swinburn et al., 1999). La proliferación de estos ambientes es producto de las sociedades en constante transformación que generan condiciones particulares que propician que el medio en el que viven las personas estimule el incremento de su peso desde edades tempranas (Hill & Melanson, 1999; Kirk et al., 2010; Sobal, 2003).

Para comprender la complejidad de la proliferación de estos ambientes es menester considerar los múltiples niveles de influencia del entorno sobre los determinantes del comportamiento de salud de los individuos (Rios Llamas, 2016). Estos determinantes conforman una compleja red de comportamientos que inciden y determinan en las opciones de dieta y actividad física de las personas (A. A. Martin & Davidson, 2014). En consecuencia, en los comportamientos de salud las categorías toman en cuenta los factores individuales, sociales y culturales, y el entorno físico (Guthman, 2013). Por ello la premisa para comprender la incidencia de los ambientes obesogénicos en la dispersión de la obesidad, es que las personas están inmersas en ambientes donde están expuestos a una creciente oferta

de alimentos procesados industrialmente, de alto contenido calórico; y expuesto a un constante bombardeo de información que promueve la vida sedentaria; además de la incisiva propaganda de la comida chatarra o comida basura (A. Lake & Townshend, 2006). Ante la exposición a tal contexto, las personas enfrentan serias dificultades para mantener un balance entre el ingreso y el gasto de energía.



1 Modelo ecológico de dieta actividad física y obesidad desarrollado por el taller convocado por el Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (NHLBI) sobre predictores de obesidad, aumento de peso y actividad física (NHLBI, 2004).

Algunas de las consecuencias atribuidas a la proliferación de tales ambientes son el anular la seguridad alimentaria y dejar al descubierto las inequidades provocadas en los

sectores más vulnerables de la población (Ríos Oliveros et al., 2018). En las sociedades contemporáneas la existencia de problemas alimentarios y el modelo de justicia social manifiestan una contradicción materializada en la puesta en marcha de programas alimentarios (Rodríguez-Torres & Casas-Patiño, 2018). Éstos son una respuesta adoptada por los sistemas políticos para enfrentar las deficiencias de su propia estructura configurada para el negocio de los alimentos sin importar el efecto sobre la salud colectiva (Lifshitz & Lifshitz, 2014).

La materialización de tal contradicción sale a la luz cuando en las sociedades contemporáneas, debido a la escasa falta de regulación, control, protección y vigilancia de las industrias alimentarias, hay un exorbitante incremento de los problemas de malnutrición, como resultado del fomento de un comercio con poca responsabilidad social (Wansink & Peters, 2007). El riesgo de llegar a ser obeso es mayor en sociedades donde existe una oferta amplia de alimentos de alta densidad calórica y donde la demanda de ejercicio físico es baja (Toomath, 2016, p. 87 y 88). Además, la población infantil es la más vulnerable a las tácticas de marketing de la industria de alimentos calóricamente densos (Toomath, 2016, p. 94 y 95).

Preguntas de investigación.

Pregunta general: ¿Cuál es el impacto de los discursos de combate a la obesidad en las narrativas sobre una dieta saludable de la población de la región Tijuana – San Diego?

Preguntas secundarias:

¿Cómo influye la percepción de riesgo de padecer una enfermedad crónico-degenerativa para la puesta en marcha de acciones y estrategias para la prevención y tratamiento en las familias de la región Tijuana – San Diego?

¿Cuáles son las estrategias de una dieta saludables que las familias ponen en práctica para contrarrestar el riesgo de padecer una enfermedad crónica no transmisible?

Hipótesis.

Hipótesis de primer grado: Las estrategias de atención, cuidado, prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes tienen efectos negativos porque las políticas públicas centran su atención en enfoques preventivos ajenos a los ambientes económicos, sociales y culturales de la población.

Hipótesis secundarias:

H2.- Las narrativas de una dieta saludable de las poblaciones parten de representaciones sociales conformadas a partir de los discursos de prevención que postulan estrategias integrales que trascienden categorizaciones socioculturales.

H3.- Las representaciones sociales del riesgo de enfermedades (ECTN) permiten conocer el impacto de las políticas públicas para su prevención con base en la categorización de los datos etnográficos.

Objetivo general.

- Identificar las acciones y estrategias que la población realiza para prevenir, tratar y controlar un padecimiento crónico degenerativo asociado con la obesidad para conocer la percepción de riesgo respecto a la carga de enfermedad.

Variables.

- Variable independiente: Narrativas de una dieta saludable.
- Variable dependiente: Representación social de la obesidad.

Objetivos específicos.

- Identificar los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas en la población del área de estudio.

- Categorizar con base en las narrativas de la obesidad las estrategias de salud identificadas por la población de la región Tijuana-San Diego.

1.3 Marco metodológico del estudio.

El proyecto de investigación es un estudio cualitativo que explora las representaciones sociales de la obesidad en su carácter biomédico; subjetivo, es decir las narrativas sobre las causalidades atribuidas a las enfermedades por parte de la población del estudio; y las narrativas sociales (redes sociales y publicitarias) con respecto a ella, y los discursos sobre dietas saludables de la población del estudio.

La información recopilada fue con población abierta para poder conformar los discursos e identificar los patrones narrativos con base en los cuales respaldan y conforman sus discursos los entrevistados. El contraste de la información recabada en las entrevistas en profundidad con los será con las estrategias y discursos de las políticas públicas implementadas para la prevención, atención, dispersión y prevalencia de la obesidad en la población.

Los datos de la investigación (n = 74) fueron recopilados mediante entrevistas semiestructuradas con base en un guion etnográfico; la aplicación fue individual (30-45 minutos), realizadas entre octubre y noviembre de 2019, a población abierta (hombres y mujeres de 18 a 65 años). Las entrevistas fueron grabadas y transcritas brindando un total por género de 33 hombres y 41 mujeres.

Para la recolección de información las siguientes herramientas e instrumentos que fueron utilizados son:

- Registro etnográfico.
- Técnica de asociación libre.
- Entrevista en profundidad.

El trabajo conformó la entrevista en profundidad en una primera fase a partir de la información generada por la técnica de asociación libre (la guía de la técnica de asociación libre es un listado de términos inductores). La información que fue recabada a partir de este

ejercicio con la población de estudio fue clasificada y jerarquizada y se elaboraron modelos de toma de decisiones que indicaron las RS que orientan las decisiones sobre el consumo de la dieta saludable (trayectoria de atención y carrera del enfermo) (Nuño-Gutiérrez & González-Forteza, 2004).

Posterior a la primera fase con el análisis de la información con base en los nodos y cruces de información, el guion de las entrevistas fue elaborado. Las primeras entrevistas fueron entrevistas de contexto, las segundas entrevistas en profundidad. El proceso de análisis de la información recabada identificó y jerarquizó la información cualitativa. Las entrevistas de contexto fueron conformadas a través de una guía que exploró el ambiente de los entrevistados (Bruel dos Santos et al., 2013).

Los términos inductores estuvieron enfocados en explorar las imágenes y discursos de la enfermedad, del enfermo, sus creencias respecto a la obesidad, sus estrategias de prevención, sus remedios caseros, familiares y especialistas médicos consultados para obtener estrategias y herramientas para su atención y las acciones de prevención. El análisis de la información sirvió para calcular un listado de los descriptores asociados por el orden en que fueron mencionados, frecuencia y peso cultural (correlación entre frecuencia y orden de mención). La información recabada fue clasificada y jerarquizada por los participantes a través de cuestionarios de caracterización para identificar cómo los descriptores producidos son entrelazados; este ejercicio sirvió para plantear premisas del anclaje del modelo de toma de decisiones para rastrear en las entrevistas en profundidad (Nuño-Gutiérrez & González-Forteza, 2004).

Entre los lineamientos que conforman un primer marco de las herramientas cualitativas está “la atención” y “la toma de decisiones” con respecto a la prevención de la enfermedad y la vivencia del padecimiento; el análisis de las decisiones con respecto a la atención médica -tradicional, biomédica, y alternativa- que utiliza la población como prevención a partir de sus reflexiones y evaluaciones del riesgo. La entrevista en profundidad fue la herramienta propuesta para recabar la información cualitativa del estudio. La herramienta busca en un primer momento responder preguntas respecto a las estrategias que pone en práctica la población para prevenir o sobrellevar la obesidad. Para que los entrevistados estuvieran en un contexto ameno y de confianza, las entrevistas en profundidad fueron elaboradas por gente de su confianza. Los entrevistadores fueron capacitados para

conocer en profundidad la herramienta del estudio y las estrategias metodológicas para realizar entrevistas en profundidad. A su vez, que la población entrevistada conociera a su entrevistador facilitó que sintieran la confianza de expresar libremente sus creencias sobre su dieta, sus patrones de consumo y el conocimiento de los discursos y metadiscursos de la obesidad y todas las enfermedades asociadas al padecimiento.

La propuesta teórica que fundamentó el método de trabajo del estudio fue la Teoría Fundamentada. Esta teoría es de la mayor aceptación para puesta en práctica de estudios de carácter cualitativo que pretendan abordar problemáticas de salud en las poblaciones. El corpus de trabajos interdisciplinarios que parten de esta teoría en temas de salud fue lo que facilitó guiar el estudio para evitar irse por la tangente o perder de vista el objetivo de análisis, algo que es muy común cuando realizas un estudio que parte de conformar y contrastar metadiscursos sobre un tema de salud en específico, con las narrativas que conforman los discursos de prevención y tratamiento de enfermedades en las poblaciones.

El propósito principal de esta teoría no es hacer declaraciones de verdad sobre la realidad, sino más bien obtener nuevas comprensiones sobre las relaciones modeladas entre los actores sociales y cómo estas relaciones e interacciones construyen activamente la realidad (Glaser & Strauss, 2007). Es por ello que las entrevistas en profundidad para recabar los datos para los trabajos que parten de esta teoría es conformar un glosario etnográfico que conforma un marco dentro del cual está inserto el discurso de los entrevistados. A partir de este marco de conocimiento los entrevistados guían su experiencia y vivencia de la enfermedad y al mismo tiempo reconfiguran sus RS de riesgo y estrategias para interiorizar y vivir el padecimiento. Siguiendo con el método cualitativo de la Teoría Fundamentada la entrevista fue reconfigurada hasta que identificó "un nivel de abstracción ligeramente más alto que el propio dato" (P. Y. Martin & Turner, 1986, p. 147).

El análisis de los datos fue de carácter inductivo, por lo tanto, toda la información recopilada sirvió para conformar y complementar las categorías de análisis (Glaser & Strauss, 2007). De tal forma que el punto de partida fue específico y empírico, mientras que el punto de llegada fue general y analítico; y la secuencia del proceso de investigación fue interactiva (J. M. Corbin & Strauss, 1990). Para el método de análisis la propuesta de las tres etapas de recopilación de datos fue la elegida:

- a) Primera etapa: "codificación abierta", consistió en la observación e identificación del fenómeno y de los factores interactuantes.
- b) Segunda etapa: "codificación axial", en la cual fueron identificados los patrones y tendencias del fenómeno a partir de los cuales fueron conformadas las categorías y atributos que sirvieron para clasificar los elementos significativos del fenómeno de estudio.
- c) Tercera etapa: "codificación selectiva", fueron depurados y seleccionados los núcleos que conformaron las categorías más representativas que sirvieron como "etiquetas conceptuales" de los nuevos datos recopilados. Este método realiza un registro sistemático ante una situación emergente como pueden ser los brotes epidemiológicos o la incidencia de una enfermedad no transmisible.

El propósito de la información cualitativa recabada en el estudio es ilustrar cómo las experiencias subjetivas pueden ser resumidas en declaraciones teóricas sobre las relaciones causales entre actores. La información que las personas aportaron al estudio no centró su interés meramente en el carácter fenomenológico de las comprensiones subjetivas, por el contrario, el interés primario no estuvo en las historias mismas. Más bien, sus historias fueron conceptualizadas como un medio para comprender la información del ambiente de la población.

El análisis de la información fue pendular, de las observaciones relativamente superficiales a categorías teóricas más abstractas, mediante la interacción constante entre la recopilación de datos y el análisis constituido por el método comparativo constante. Durante el proceso, la investigación no perdió de vista que el objetivo general fue el análisis de las narrativas de una dieta saludable en sus familias ante el riesgo de padecer obesidad o una ECNT. El criterio de saturación teórica (con base en los resultados cualitativos que arrojaron las entrevistas en profundidad) sirvió para definir el número de entrevistas y también las modificaciones y adecuaciones a la herramienta.

Toda la información recopilada durante el estudio fue audio grabada y transcrita para su análisis. La categorización y análisis de la información fue elaborado con el software MAXQDA en su versión 2020.

En cuanto al protocolo de registro etnográfico cabe resaltar unas especificaciones. El proyecto no planteó como objetivo primordial realizar un estudio etnográfico de las áreas de estudio seleccionadas, más bien, fueron definidas temáticas específicas que sirvieron para conformar el marco de análisis a partir de la documentación e información recabada. De tal forma que la herramienta de la entrevista en profundidad partió de la conformación de un glosario etnográfico.

El glosario etnográfico tiene como objetivos primordiales:

- Priorizar el conocimiento de factores de riesgo asociados con la obesidad.
- Contextualizar etnográficamente las particularidades presentes de los factores de riesgo asociados a los padecimientos en las áreas de estudio.
- Conocer los contextos de los entrevistados.

Este estudio aplicó el muestreo teórico como estrategia de muestreo que es un proceso continuo que ocurre simultáneamente con el análisis de datos. Una muestra teórica es un subtipo de muestreo intencional partiendo de la premisa de que, durante el muestreo teórico el análisis de datos conduce al establecimiento de nuevos criterios intencionales para la posterior recopilación de datos (Coyne, 1997). Por lo tanto, una muestra teórica siempre es una muestra intencional, pero una muestra intencional puede no ser siempre teórica. Sin embargo, los datos recopilados partiendo de la teoría fundamentada pueden extenderse a formas no cualitativas y, por lo tanto, es posible que los métodos de muestreo cuantitativo tengan que considerarse en la implementación del muestreo teórico, dependiendo de las necesidades del análisis (Glaser & Strauss, 2007). Por la dimensión y temporalidad de este trabajo esto último no pudo realizarse.

Un área de confusión en el muestreo teórico es cuándo detener el muestreo (Breckenridge & Jones, 2009; Flick, 2000). El concepto de saturación teórica indica el punto en el que no surgen nuevos conocimientos teóricos del análisis de datos y, por lo tanto, el punto en el que debe cesar el muestreo. Hay que tener cuidado para distinguir la noción de saturación teórica del concepto de saturación de datos a menudo mencionado en otras formas de investigación cualitativa (Breckenridge & Jones, 2009). La saturación teórica es el punto en el que todos los conceptos identificados están completamente integrados dentro de la

teoría en desarrollo, mientras que la saturación de datos simplemente describe los conceptos que son relevantes (Jones, 2009; Rindell, 2009; Scott, 2009). A nivel pragmático, el punto en el que se alcanza la saturación teórica puede ser difícil de identificar.

1.4 Herramienta para la conformación de los datos.

Este estudio utilizó entrevistas en profundidad para construir datos para el análisis. Las entrevistas representan la forma más común de construcción de datos dentro de la investigación cualitativa (Brinkmann, 2017). Esto puede deberse a su sentido práctico percibido o su capacidad para proporcionar una fuente casi inmediata de perspectiva en primera persona sobre el fenómeno de interés. Entrevistar para adquirir y conformar datos cualitativos es un oficio (Denzin, 2017) que requiere de mucha astucia, habilidad y conocimiento para obtener datos de la mejor calidad. Este último punto ayuda a explicar por qué no existe un consenso sobre qué preguntar, cómo preguntarlo y cómo registrarlo.

En las propuestas metodológicas cualitativas se reconoce que la perspectiva filosófica subyacente de la investigación donde los datos se construyen a través de procesos de interacción e interpretación mutuas, lo que resulta en "entrevistas" (Wyatt et al., 2017). Si bien las entrevistas semiestructuradas son una característica común de la investigación cualitativa, el grado de estructura aplicada debe ser cuidadosamente equilibrado. La mayoría de los protagonistas de los métodos de teoría fundamentada recomiendan entrevistas no estructuradas por la calidad de los datos que proporcionan, pero también reconocen la necesidad de cierta estructura en circunstancias particulares (Charmaz et al., 2017; J. Corbin & Strauss, 2015).

Introducir la estructura a las entrevistas puede restringir la capacidad del investigador para explorar completamente las experiencias de los participantes Glaser (1978, 1998b) relacionó esto con "forzar" las concepciones preconcebidas sobre la teoría emergente o relacionar el grado de estructura aplicado al grado de flexibilidad que el investigador retiene al seguir la dirección de conversación del participante: el resultado de la entrevista depende de la capacidad del investigador para recorrer un camino a través de la entrevista con el participante (Allmark et al., 2009). Por ello, cuanto mayor sea el grado de estructura, más probable será que el investigador no pueda tomar la ruta óptima o tal vez incluso encontrar el camino (Deterding & Waters, 2018).

Es posible argumentar que a medida que se desarrolla el muestreo teórico, el propósito previsto de cada entrevista se vuelve cada vez más específico en términos de los conceptos a explorar, sin embargo, si bien el nivel de especificidad con respecto a los conceptos puede aumentar, el énfasis en la exploración sigue siendo constante. Por lo tanto, las preguntas deben ser abiertas. Además, los procesos de reflexión en la planificación de preguntas y el análisis de los datos generados pueden ayudar a garantizar que la introducción de la estructura no conduzca al forzamiento de los datos (Charmaz et al., 2017).

Esta investigación en una primera etapa conformó los datos utilizando entrevistas estructuradas, pero de tal manera que el discurso del entrevistador introdujera al entrevistado progresivamente en la estructura que a medida que iba evolucionando la plática sirviera para el análisis de los datos. Las entrevistas iniciaron como pláticas informales con preguntas tales como: "Cuéntame sobre tus experiencias sobre el comer bien y las principales diferencias que identificas entre el comer sano en Tijuana, y el comer sano en San Diego", hasta desarrollar una conversación basada en la respuesta del participante. Debido a que estuve consciente que mi falta de experiencia, prejuicios y conocimiento de la región me generaría algunos problemas para comprender o darle seguimiento pertinente a la plática opté por implementar una estrategia metodológica que implicó que las entrevistas fueran elaboradas por población cercana a los participantes del estudio. Esto último facilitó sobre manera la fluidez de las entrevistas, de tal forma que el grosso de datos cualitativos sin procesar fue abrumador y de ninguna forma hubieran podido ser analizados sin un software especializado.

1.5 Justificación.

La presente investigación tiene como objetivo categorizar las narrativas de una dieta saludable con base en las representaciones sociales de la obesidad de la población; de tal forma que el análisis brinda pautas para evaluar el impacto de las de los discursos oficiales o metadiscursos sobre la problemática que alimentan el conocimiento general de la población con respecto a la problemática. Los resultados del análisis de los datos permiten conformar ideas claras respecto a las estrategias de prevención y seguimiento incluyentes; y a su vez exponen un escenario integral del complejo contexto en el cual las personas viven, significan, simbolizan, representan y comprenden la enfermedad.

El propósito teórico de la propuesta expuesta párrafos atrás y su avocación para analizar con base en la epistemología de las ciencias sociales, y sus aportes al estudio de las enfermedades en la correlación entre las tendencias epidemiológicas y las desigualdades estructurales, planten como meta el conocer las brechas sociales que enfrentan las estrategias de salud para prevenir la dispersión de la obesidad y las enfermedades y padecimientos asociadas a ésta. Conocer tales brechas, que muchas de las veces afectan el entendimiento de los discursos de salud dirigidos a la población, sirve para orientar y promover reflexiones en espacios académicos y de administración pública; que sirvan para formular políticas de salud incluyentes. Además, la metodología social brinda herramientas para la recopilación, descripción y análisis de los patrones socioculturales en la atención de enfermedades, y la vivencia y trayectorias de atención de los padecimientos.

En efecto, la metodología social en salud sirve para recabar información que revela la importancia e influencia de las conductas que fomentan la persistencia de ciertos padecimientos y la incidencia de enfermedades. Es por ello que es factible afirmar que los resultados de los métodos de investigación social de la enfermedad, tanto cualitativos, como cuantitativos, aportan importantes datos para la conformación de categorías que enriquezcan el diseño de estrategias de intervención integrales tanto para conocer, como para complementar el proceso SEA de la población de riesgo (Bosi & Uchimura, 2007; Côté-Boileau et al., 2020; Druckman & Donohue, 2020; Oxman & Guyatt, 2014).

El estudio del proceso SEA posibilita identificar las relaciones que existen entre los modelos de atención de los padecimientos, y las trayectorias de atención relacionadas con las prácticas y representaciones sociales de los enfermos (Joralemon, 2017). Este método de investigación en salud ilustra la interacción de la persona, y cómo a partir de éstas conforma redes sociales y culturales que transfieren significaciones para comprender social y culturalmente los padecimientos y los procesos de prevención, transmisión, control y atención de cualquier enfermedad. El proyecto planteó como una de sus metas elaborar un modelo de trayectoria de atención de las personas antes de ser diagnosticado con alguna enfermedad y durante el proceso de tratamiento, de tal manera que sea factible documentar las vivencias del enfermo para brindar un seguimiento del padecimiento que integre la visión de los prestadores de salud y su familia (Hay, 2008). Lo anterior resulta del interés particular para enfrentar y documentar patrones de comportamiento ante los padecimientos (Shohet,

2018). Sin embargo, esta última meta no fue posible llevarla a cabo debido a la magnitud de la zona de estudio.

Los resultados de esta investigación, tanto los que fue factible presentar en los capítulos posteriores, como los que aún no han podido ser procesados del todo por causa del tiempo de entrega de la tesis, aportan información útil para la comprensión integral de la obesidad a partir del conocimiento de las personas respecto a sus discursos sobre una vida saludable y una dieta saludable. Tal conglomerado de información será capaz de mostrar lo factible e indispensable que resulta el interrelacionar las cuestiones socioculturales, biomédicas y biológicas que inciden y determinan la prevención, transmisión, atención, medicalización y “carrera del enfermo” ante la significación y simbolización de la enfermedad (Mendoza González, 2013; Menendez, 2018).

Con la información catalogada es posible establecer y mantener un diálogo con las poblaciones y grupos de riesgo: escuchando, reconociendo y comprendiendo el porqué de sus acciones y comportamientos de riesgo con base en el entendimiento de sus preocupaciones. Los resultados de la investigación brindan la oportunidad de conocer la orientación en el diseño, implementación y evaluación de intervenciones epidemiológicas con las poblaciones, así como también compartir información actualizada sobre la enfermedad.

La investigación parte de la premisa de que la información cualitativa fomenta el intercambio de información que contribuye al compromiso y empoderamiento de las poblaciones en cuanto a problemáticas de salud (Stival, 2018). Además, la metodología cualitativa de las ciencias sociales sirve para evaluar necesidades y creencias de las partes interesadas para fomentar una participación activa de las personas en lo que respecta al diseño, implementación y evaluación de las intervenciones en lo que a comunicación de riesgos refiere (Glittenberg, 2004). Lo anterior plantea el compromiso para contribuir en que los participantes del proyecto reciban información sobre la enfermedad (transferencia del conocimiento) y al mismo tiempo, los sistemas de salud conozcan las estrategias que los enfermos ponen en práctica para controlar la enfermedad partiendo de su interpretación, entendimiento e interiorización como padecimiento (Bhugra & Malhi, 2013).

Los resultados del trabajo tuvieron como meta el contribuir en la generación de intercambios horizontales entre las propuestas epidemiológicas institucionales de prevención

y las estrategias de prevención y tratamiento de los grupos de riesgo. Para generar cambios significativos en los patrones de comportamiento de las poblaciones como resultados de la participación proactiva en la elaboración de medidas de control y prevención sostenibles, sustentables y capaces de ir de lo institucional hasta lo individual pasando por lo comunitario y familiar.

Capítulo 2: Estudiar problemáticas de salud con la teoría de las Representaciones Sociales.

2.1 El proceso salud-enfermedad-atención.

En ciencia social estudiar la enfermedad conlleva el análisis de los factores sociales y culturales que influyen en su dispersión, transmisión, vivencia y atención en las sociedades. Uno de los puntos de partida de los estudios sociales en salud refiere que la culturización de la enfermedad es el referente a partir del cual las sociedades simbolizan una afección biológica para comprenderla y atenderla acorde con sus marcos socioculturales, es decir, para entender y atender una enfermedad, los grupos humanos requieren ajustarla en marcos de pensamiento acordes con sus visiones del mundo, con su estar en el mundo, con su devenir cotidiano (López Hernández & Teodoro Méndez, 2006; Osorio Carranza, 2001; Villaseñor Ballardo et al., 2002).

En este marco de pensamiento están insertos estudios tales como los que enfocan la atención en cómo son conformadas las representaciones sociales de la enfermedad, que determinan en las sociedades los `cómos` y `por qué` de los patrones de comportamiento para atender los padecimientos, desde la conceptualización social –malestar/sickness- que influye en los comportamientos para tratar y vivir la enfermedad por las personas – padecimiento/illness. (Montemayor, 2000; Peretti, 2010; Sánchez Trigo & Varela Vila, 2015; Torres-López et al., 2015).

Un análisis holístico de la enfermedad parte de la premisa que hace referencia a la inserción del proceso salud-enfermedad-atención (a partir de ahora SEA) en contextos culturales y sociales. Por ello, es menester comprender la prevención y control de la enfermedad como un proceso de la atención, cuyo resultado hace factible identificar patrones socioculturales que inciden en los tratamientos y cuidados de las personas (Michalewicz et al., 2014).

Las personas interactúan en contextos en los cuales, interiorizan, comprenden, representan y conceptualizan cambios en los discursos micros (culturales) y macros (sociales) respecto a factores de riesgo asociados con cualquier enfermedad. De tal forma, la interpretación y comprensión de los cambios respecto a la percepción de riesgo de las

enfermedades están conformados en marcos de significación sociocultural que determinan los patrones de cuidado y atención (Michalewicz et al., 2014, pp. 219–221). Por lo tanto, las estrategias de prevención y control son realizadas con base en tales marcos de significación y simbolización socializada; y las prácticas de prevención y control responden a los medios de atención e información que disponen las personas según su contexto social, ambiental, cultural, religioso y económico (Nyquist Potter, 2016, p. 153 y 154; Smith-Morris, 2010, p. 24 y 25).

Las representaciones mediáticas -transmitidas por los medios de comunicación- influyen asertivamente en los conocimientos y comportamientos de las personas (Brewer & Wise, 2010); por tal motivo, son una poderosa influencia en la definición y el refuerzo de la comprensión de muchos problemas sociales, incluida la obesidad. Estas representaciones mediáticas dan forma y están moldeadas por representaciones sociales (Lyons, 2000).

La discusión teórica respecto a cómo los medios de comunicación influyen en el público de arriba hacia abajo, de tal forma que contribuyen en la conformación de la opinión de un individuo; y, por consiguiente, la cobertura que los medios de comunicación dan a un tema influye en la importancia que el público le asigne (McCombs & Shaw, 1972). Además, la forma en que se presenta o enmarca un problema en los informes de los medios de comunicación afecta la comprensión e importancia que las personas le atribuyen a los problemas (Levant et al., 2011). Por tal motivo, la representación mediática es influyente en problemáticas de salud como la obesidad, y ofrece escenarios para examinar el impacto de las representaciones sociales de salud en las poblaciones (S. H. Kim & Willis, 2007).

Estudios han mostrado que las creencias de los individuos con respecto a las causas de un problema pueden influir en sus atribuciones de responsabilidad para el problema; en consecuencia, los medios de comunicación en particular pueden dan forma a las percepciones de quién es responsable de un tema específico (Inhorn & Birenbaum-Carmeli, 2010). El trabajo de DeBrún *et al.* (2013) demostró este efecto usando mensajes de obesidad; sus principales hallazgos fueron encontrar los efectos significativos de enmarcar estilos de vida asociados -factores conductuales o sociales- con las atribuciones de responsabilidad por la obesidad (De Brún et al., 2013).

Un creciente número de evidencia sugiere que los discursos sobre el sobrepeso y la obesidad están asociados con la variable género en los medios de comunicación. Por ejemplo,

Gough (2006) en un estudio sobre la representación de los medios de comunicación de la variable género en los discursos de salud encontró que los medios británicos representan a los hombres como negados e infantiles con un marcado rechazo para buscar atención médica (Gough & Conner, 2006). Inthorn y Boyce (2010) en un análisis de los de televisión del Reino Unido dedicados a la obesidad encontraron una asociación entre la feminidad y los problemas de grasa corporal y peso (Inthorn & Boyce, 2010). El hallazgo más significativo del estudio fue la documentación de los términos despectivos hacia la obesidad masculina que relacionan el exceso de grasa corporal con la feminidad. Por lo tanto, el estudio concluye que los conceptos de género culturalmente establecidos refuerzan el avergonzamiento de los individuos obesos (Inthorn & Boyce, 2010).

El objetivo de comprender cómo las personas cuando enferman recurren a prácticas simbolizadas que ayudan a restablecer su estado físico, anímico, social y de salud (Frank et al., 2010; Johnston & Barcan, 2006; Laurier, 1999; Skultans, 1999) sirve para proponer teorías y metodologías para atender la enfermedad desde enfoques médicos con carácter social que aborden de manera integral el proceso SEA (Ferzaca, 2010). De tal manera el proceso SEA es un fenómeno estructural que conforma respectivas formas diferenciadas y particularidades históricas; su desarrollo es diacrónico y sincrónico; y, constituye sistemas académicos y científicos para identificar, comprender y enfrentar una enfermedad (disease), padecimiento (Illness), malestar (Sickness) (Das, 1997; Kleinman, 2010, 2012; Kleinman et al., 2006).

El proceso ordena una gran cantidad de simbolizaciones y representaciones, de tal manera que conforma una amplia estructura de significados colectivos. A partir de los signos y símbolos que las sociedades convierten en síntomas asociados a los padecimientos; son conformadas y compartidas representaciones de las enfermedades, padecimientos y malestares (Mattingly & Garro, 2000a). Por lo tanto, su fundamento es sobre bases históricas y sociales de particularidades culturales y económicas entre los sectores que interactúan en sociedad (Mattingly & Garro, 2000b, p. 141 y 142). De tal forma que los cambios estructurales -entendiendo por estructura los procesos económicos, políticos e institucionales- diacrónicamente inciden en el proceso SEA generando representaciones y prácticas “...para entender, enfrentar y, de ser posible, solucionar la incidencia y consecuencia generadas por los daños a la salud” (Menendez, 1994, p. 73).

Por tal motivo comprender que el marco de referencia sociocultural, que fundamenta, integra y refiere a la biomedicina, “...constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad y, en gran parte de las sociedades... [Que sirve para identificarla]...como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso salud/enfermedad/atención” (Menendez, 1994, p. 72). Es por ello, que la biomedicina institucionalizada es una de las tantas representaciones simbólicas del proceso SEA que las sociedades estructuran socioculturalmente e institucionalizan para conformar un corpus de prácticas, que tienen el objetivo de proveer o restablecer la salud de la sociedad (Foucault, 2012, pp. 72–80; Illich, 1975, pp. 13–34). De esta manera, la institucionalización de los saberes conforma una racionalidad de las sociedades para un proceso que “...constituye...un fenómeno de tipo social desde la perspectiva de los sujetos y conjuntos sociales...[y por tal motivo]...el saber de todo curador inevitablemente se aplica sobre sujetos y grupos, y es el saber del grupo el que articula las representaciones y prácticas recibidas del saber médico, a partir de las representaciones y prácticas que dichos sujetos y grupos manejan.” (Menendez, 1994, p. 73).

Por consiguiente, uno de los correlatos significativos en el entendimiento sociocultural (Conrad & Barker, 2010) del proceso SEA está en partir de un abordaje teórico de la enfermedad entendida como enfermedad (Disease), valga la redundancia, el padecimiento (Illness) y el trastorno, malestar o afección (Sickness). Tríada que alude a las dimensiones objetivas, subjetivas e intersubjetivas (sociales) de la salud y la enfermedad (Yañez Moreno, 2016, pp. 56–59). Además, enfatiza la importancia de entender que las enfermedades son consideradas marcadores múltiples de diversos procesos vitales, individuales y colectivos, materiales y espirituales (Kleinman, 2010).

Desde esta perspectiva la enfermedad es un mecanismo de discusión que interrelaciona y hace referencia entre unos y otros, de acuerdo con el modelo de (Kleinman, 1988, pp. 3–6):

- El padecimiento (Illness): evoca la experiencia humana innata de los síntomas y el sufrimiento. La enfermedad hace referencia a cómo la persona enferma y los miembros de la familia o la red social más amplia perciben, viven y responden a los síntomas y la discapacidad. La experiencia de la enfermedad incluye categorizar y

explicar, de manera común, accesibles para todas las personas del grupo social, las formas de angustia causadas por los procesos fisiopatológicos.

- La enfermedad (Disease): es el problema desde la perspectiva biomédica. En los términos biológicos del modelo biomédico, lo cual significa que la enfermedad es concebida sólo como una alteración en la estructura o funcionamiento biológico.
- El malestar (Sickness): Es la comprensión de un trastorno en su sentido genérico en una población en relación con las fuerzas macrosociales (económicas, políticas e institucionales).

Las simbolizaciones y significados que las personas asignan a la enfermedad influyen sus estrategias de atención, vivencia y cuidados. El abordaje de las simbolizaciones y sentido común que adquiere en el discurso cotidiano de las personas las concepciones y conceptualizaciones de los padecimientos es factible abordarlo desde la perspectiva teórica propuesta por el estudio de las Representaciones Sociales. Éstas son:

- Prototipos de eventos re-episódicos.
- Impresiones de las personas reducidas a estereotipos.
- Situaciones generalizadas y clasificadas como esquemas.
- Tendencias de comportamiento de uno mismo que forman un esquema global personal.
- Modelos que llevan a la acción convertidos en guiones prototípicos y en modelos mentales causales.
- Esquemas prototípicos posicionados cognitivamente que resisten cualquier intento de ser alterados.
- Esquemas prototípicos que conforman la base que dirige las posturas de las personas ante situaciones, además del reconocimiento ante estímulos similares (Cantor & Mischel, 1979; Conway & Schaller, 2007; Johnson-Laird, 1987; Solso & McCarthy, 1981; Wagner & Hayes, 2011b, pp. 281–283).

Estudiar el proceso SEA desde la postura teórica de las Representaciones Sociales permite que las investigaciones identifiquen las relaciones existentes entre modelos y

sistemas de atención de los padecimientos, así como también, las trayectorias de atención relacionadas con las prácticas y narrativas sobre los padecimientos (Hernández Tezoquipa et al., 2001). Para comprender cómo las personas en sus interacciones cotidianas tejen las redes sociales y culturales que permean la comprensión de sus padecimientos, y al mismo tiempo sus procesos de prevención, transmisión, control y atención de cualquier enfermedad (Barragán, 2007).

En relación con las implicaciones del control de la dispersión de enfermedades, las políticas de salud, nacionales e internacionales, centran su atención en las condiciones estructurales en las cuales “...la gente vive y muere...[ya que éstas]...están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas”; con el objeto de explorar las problemáticas de salud desde visiones y modelos económicos que fijan metas con base en el análisis de “las políticas sociales y económicas” identificadas como las “determinantes que posibilitan que un niño crezca y desarrolle todo su potencial, y tenga una vida próspera, o de que ésta se malogre” (OMS, 2013).

El aporte de metodologías propias de las disciplinas sociales complementa perspectivas epidemiológicas con variables de carácter sociocultural. Para lograr que las investigaciones sean capaces de:

- Clasificar la información sobre la enfermedad en términos del sentido y significado del sufrimiento humano.
- Reconocer que todo grupo genera y usa saberes preventivos respecto de los procesos que considera amenazantes de su salud (punto de partida para comprender que sí existe una disposición a la prevención).
- Diferenciar las características, significado y eficacia de los saberes preventivos utilizados por los grupos sociales.
- Identificar los mecanismos que operan en los saberes preventivos en contextos sociales micro.
- Explorar características y significados de los saberes preventivos utilizados por los grupos sociales.
- Diferenciar los saberes preventivos del grupo: biomédicos, domésticos, tradicionales, etcétera.

- Diseñar estrategias de prevención que articulen de forma integral los saberes identificados en el grupo.
- Formular estrategias de prevención integrales para la salubridad de los grupos.
- Aplicar estrategias de prevención integrales para la salubridad de los grupos.
- Evaluar la aplicación de las estrategias integrales de prevención.
- Adecuar las estrategias integrales de prevención con base en las problemáticas identificadas en los indicadores de evaluación (Menendez, 2016; Trostle, 2005; Waldram, 2006).

Lo anterior, con el fin de aportar resultados, herramientas y un marco de referencia intercultural para el control y prevención de la dispersión de enfermedades. Puesto que los escenarios epidemiológicos plantean la necesidad de trabajos transdisciplinarios para contribuir en el diseño de planes de control y prevención en las áreas de dispersión con el fin de promover medidas de prevención y tratamiento con visiones de carácter intercultural. Con la intención de capacitar y aprender de las poblaciones respecto a sus estrategias de respuesta a brotes epidemiológicos, también para motivar la participación proactiva de las personas como tomadores de decisión y fomentar escenarios de trabajo coordinado con el personal médico de las poblaciones.

El análisis de incidencia de enfermedades crónico-degenerativas con una perspectiva epidemiológica social permite visualizar el orden jerárquico de las estrategias de prevención, control y tratamiento del grupo afectado: social, grupal e individual; además de comprender la lógica de la interacción y determinación entre los tres niveles (Manderson & Smith-Morris, 2010). En síntesis, tal perspectiva de análisis permite identificar cómo los procesos biológicos e individuales están subordinados a los procesos sociales y grupales, diferenciándose del enfoque epidemiológico convencional que enfatiza que el individuo es el principal responsable de un estado de enfermedad (Pérez Ruiz & Argueta Villamar, 2011).

La perspectiva de análisis epidemiológico social en problemáticas de salud permite identificar los niveles de organización biológica, ecológica y social de las poblaciones y sus interrelaciones (Krieger, 2014); el dominio y determinación de lo social sobre lo familiar y lo personal (Breilh, 2003); y el abordaje del carácter macro, meso y micro que incide en la transmisión, dispersión e incidencia de la enfermedad (Waldram, 2006).

2.2 La dimensión cultural de la salud.

La enfermedad interrelaciona factores biológicos, culturales y socioeconómicos que convergen para su interpretación, vivencia y representación. Los factores biológicos, como signos de enfermedad (dolor, cansancio, coloración en el cuerpo, cambio de temperatura, entre otros), son interpretados y comprendidos por las sociedades y culturas convirtiéndolos en síntomas que significan el “no estar bien”, el “no estar sano”, el “no estar derecho”. Tal estado (“no estar firme” como dicta la etimología de la palabra “enfermo”) es simbolizado para comprenderlo socioculturalmente.

Simbolizar la enfermedad sirve a las sociedades para interpretar y comprender el devenir del fenómeno. Una vez comprendido, resulta factible el desarrollo compartido de prácticas que sirven para controlar y evitar la propagación del ente que afecta a la persona, es decir, la dispersión de la enfermedad en el grupo (Good, 2010). En lo que respecta a las prácticas curativas la búsqueda centra su atención en identificar la lógica causal de la enfermedad para atenderla, así como también para elegir correctamente al curador(es) que debe(n) atender al enfermo. De tal manera las personas buscan la manera de encontrar la relación que existe entre el estado de salud o enfermedad y el contexto de atención que dispone el enfermo. Estos conocimientos “Para resolver el estado de ansiedad y los trastornos que suscita la enfermedad...constituyen el cuerpo de la medicina y han favorecido la especialización de individuos que tienen a su cargo la resolución de tales ansiedades y trastornos...” (Aguirre Beltran, 1994, p. 148).

Las estrategias de atención de una enfermedad están conformadas por un sistema de categorías y conceptos que “...si bien no se relacionan con la fisiología biomédica, no deben ser consideradas como simples creencias o supersticiones, sino como parte de un sistema de valores compartido en el cual adquieren sentido, coherencia, legitimación y eficacia” (Quattrocchi, 2006, p. 79). En la atención integral de una enfermedad, el paciente inicia una búsqueda en la cual requiere identificar, interpretar y comprender las categorizaciones culturales que la conforman. Para esto, en su análisis pugna por conocer: el aspecto biológico, Disease; las vivencias subjetivas, Illness; y las simbolizaciones socioculturales, Sickness (Kleinman, 1988, 2012). En conjunto, las tres dimensiones son las que le brindan un panorama general de la enfermedad que le acongoja, y a partir de sus reflexiones y juicios,

es que pone en práctica estrategias para afrontar el padecimiento. Éstas tienen un carácter social y cultural, que las diferencia a partir de la forma en que son estructuradas y diferenciadas acorde con el contexto sociocultural del grupo de riesgo. Por ello, para comprender integralmente la dispersión de una enfermedad es menester conceptualizarla como un hecho social respecto del cual las sociedades construyen acciones, técnicas e ideologías (Menendez, 1994, p. 71).

Integrar las interpretaciones de las experiencias de enfermedad sirve para formular los conceptos de salud y atención, entendidos como eventos simbolizados por los grupos de riesgo; así como también, categorizar sus prácticas y discursos preventivos. Tal método de análisis cualitativo y social en salud, ilustra las formas en que las personas expuestas a una enfermedad requieren y recurren a prácticas simbolizadas que les permitan restablecer su estado físico y emocional; es decir, que le provean salud (Micozzi, 1986). Comprender a la lógica de tales prácticas y representaciones sociales de la enfermedad es factible a través del análisis de las narrativas del paciente y la sociedad respecto a una determinada enfermedad (Micozzi, 2002).

2.3 La Teoría de las Representaciones Sociales como propuesta de análisis de la enfermedad.

Como señala Hall (1997) representación significa usar el lenguaje para decir algo con sentido sobre el mundo, o para representarlo de manera significativa a otras personas (Hall, 1997). Más aún, la representación es una parte esencial del proceso mediante el cual haciendo uso de un lenguaje común es construido el sentido que sirve para interpretar el mundo, de tal forma que hace posible la comunicación entre culturas y sociedades. El proceso de representación vincula tres elementos y los convierte en un conjunto. Dichos elementos son: en primer lugar, las cosas –bien sean personas, objetos, eventos o ideas abstractas-, en segundo lugar, los sistemas de conceptos o mapas conceptuales y en tercer lugar un conjunto de signos organizados en lenguajes que están en lugar de los conceptos. Hall (1997) señala que la teoría que más impactó en el mundo contemporáneo sobre los estudios culturales de la representación es la construccionista, ésta es la que señala que el sentido es construido en el lenguaje y mediante él, sin ser un simple reflejo de un sentido externo de la realidad (teoría reflectiva) o por otro lado un sentido que es sólo expresado de forma personal por quien

produce o emplea la representación (teoría intencional) (Wagner & Hayes, 2011a, pp. 159–161).

Si bien es factible reconocer diferentes versiones del constructivismo social en diferentes proyectos de investigación sobre representaciones sociales (Gervais en Howarth 2006: 45). Aunque no sin debate, el mismo Moscovici (1998) señaló que no es posible entender la construcción social sin una teoría de las representaciones sociales. La teoría de la representación social (RS) surgió del concepto de representación colectiva acuñado en la sociología por Emilio Durkheim (Jodelet, 1986). Las representaciones sociales, para Moscovici, son “elaboraciones colectivas de un objeto social por un grupo, con el propósito de guiar su comportamiento y permitir la comunicación” (Moscovici & Marková, 1998). Las RS dependen de los contextos por ello es que deben ser consideradas como cambiantes y dinámicas. Es pertinente anotar que plantean la intersección entre lo social y lo psicológico. De un concepto, dado el debate académico ha constituido en una teoría, por supuesto, no exenta de debate.

El estudio de las RS de una enfermedad posibilita acceder al universo de lo ideológico y de lo simbólico, en el análisis de la adherencia al tratamiento y a las brechas entre enterarse, conocer un diagnóstico y adherirse a un tratamiento. La noción de RS permite construir sistemas de referencia o categorías para clasificar las circunstancias, interpretar lo que sucede e incluso dar un sentido a lo inesperado. Así, las RS configuran un tipo de saber que posibilita establecer juicios sobre otros individuos (Howarth, 2006).

Las RS tienen un énfasis cultural muy claro, resaltado por el mismo Moscovici, pues permiten abordar asuntos “escandalosos” relacionados con las creencias, estereotipos y prejuicios que son compartidos por millones de personas en el mundo contemporáneo, que paradójicamente proclama ser adalid de una cultura basada en la ciencia y la racionalidad (Moscovici, 2011). Son conformadas a partir de la interiorización de una realidad, tal proceso es llamado objetivación; a su vez modifican la realidad; tal proceso es denominado anclaje (Moscovici & Marková, 1998; Wagner & Hayes, 2011a, pp. 149–152). El anclaje es expresado en diferentes formas, una es la producción de la normatividad, la cual puede reproducir RS que refuercen inequidades de cualquier tipo, a partir de la naturalización de narrativas y discursos (Cantor & Mischel, 1979; Daanen, 2009; Wagner & Hayes, 2011a, pp. 169–172).

La perspectiva de Moscovici (1988) diferencia las RS en hegemónicas, emancipadas y polémicas. Las representaciones hegemónicas están más cercanas a las representaciones colectivas, en el sentido de que son compartidas por consensos en la mayoría de grupos sociales, como los partidos políticos o las naciones. Están profundamente arraigadas pues buscan afianzar las tradiciones culturales, por lo cual reflejan una aceptación a las mismas y tienen un carácter de cierto modo coercitivo (Wagner & Hayes, 2011a, p. 173 y 174). Las representaciones emancipadas están constituidas a partir de nuevas formas de pensamiento social, que circulan entre diferentes grupos sociales que mantienen contacto, pero no son compartidas por toda la sociedad. Éstas presentan una cierta autonomía, con respecto a los segmentos sociales que las construyen. Las representaciones polémicas son producidas y compartidas en grupos sociales minoritarios, emergentes, influidos por avances científicos y redefiniciones sociales y políticas, que buscan cambios en las relaciones de género, la estructura de las clases sociales, o las relaciones de los seres humanos con el medio ambiente (Daanen, 2009). Éstas son generadas en el curso de controversias, producto de relaciones antagónicas entre grupos sociales, y son contrapuestas a las hegemónicas, son compartidas por grupos muy específicos, como los feministas por ejemplo y pueden proyectar el laicismo. Las tres categorías son dinámicas, una RS que inicialmente fue polémica, luego puede considerarse emancipada, hasta llegar incluso a ser hegemónica (Howarth, 2006).

La teoría de las RS es útil porque aporta una visión dinámica e histórica de los fenómenos sociales, pues fomenta la práctica de descubrimiento, de hacer frente a los problemas sociales, y a la construcción de sentido. De tal manera es factible comprender que la generación de conocimiento y de significado son procesos más sociales que individuales, porque tienen lugar en el curso de luchas políticas e ideológicas. Por ello la comunicación y la participación social son esenciales en/para la construcción de las RS (Farr, 1993; Flick, 2000; M. Murray et al., 2003).

Jodelet (1988) atribuye a las RS funciones entre las cuales destacan el conocimiento o saber, la identidad social, como guías para el comportamiento, así como también para su justificación. Esta postura epistemológica en el estudio de la enfermedad sirve para comprender porque algunas personas ponen en práctica las estrategias de prevención y los tratamientos recomendados. Lo cierto es que en una enfermedad o padecimiento las RS influyen en las trayectorias de atención de los enfermos. Especial interés merece la función

justificativa que permite a las personas excusar acciones que van en contravía de las recomendaciones recibidas por los médicos, las instituciones de salud y que a su vez son difundidas en los medios de comunicación (como suspender la medicación, evitar el consumo de ciertos productos nocivos o de riesgo, etcétera).

En lo que respecta a la conceptualización social de una enfermedad es oportuno partir de un punto de análisis que tome en cuenta que las sociedades construyen diferentes maneras de entender una enfermedad; y que tanto su atención como su tratamiento responde a simbolizaciones producidas en contextos socioculturales de intercambio de información. Las personas interpretan y representan significados y simbolizaciones de sus padecimientos con base en sus experiencias y vivencias de enfermedad compartidas como grupo. Por lo tanto, es una construcción sociocultural dinámica, sincrónica y diacrónica que conforma un corpus de prácticas, pautas y normas de atención. Su dinamismo es el resultado de la exposición a información referente a distintas maneras de atender y entender un padecimiento similar en el proceso SEA. Lo cual ilustra que el proceso SEA nunca cesa de auto referenciarse con base en los matices de la salud, la enfermedad y la atención (Janes & Corbett, 2010).

De tal forma, para entender una enfermedad las personas interactúan e intercambian información como grupo social para conformar RS de la enfermedad. Partir de la propuesta teórica de las RS que pugna por reconocer el hecho de que el conocimiento es social en su origen, y no es el producto de la cognición individual; permite conceptualizar los cánones sociales y culturales con base en los cuales el grupo define la enfermedad para comprenderla, por una RS es:

“...como una «imagen»: a) estructurada, b) cognitiva, afectiva, evaluativa y operativa, c) metafórica e icónica, de d) los fenómenos socialmente relevantes. Éstos pueden ser «eventos», «estímulos» o «hechos» e) de los que los individuos son potencialmente conscientes y los cuales son f) compartidos por otros miembros de un grupo social. Esta puesta en común entre las personas representa g) un elemento fundamental de la identidad social de los individuos.” (Wagner & Hayes, 2011a, p. 69).

Por tal motivo, el concepto permite que los niveles de análisis individual y social sean relacionados para permitir categorizaciones de los procesos individuales e interindividuales, que ilustren cómo las condiciones sociales influyen en la conformación de instrumentos para explicar y vivir un padecimiento (Wagner & Hayes, 2011a, p. 74).

Contextualizar la teoría en las sociedades contemporáneas sirve para mostrar cómo la información transmitida y compartida por las personas conforma Doppelgängers¹ a partir de la información académica de alguna disciplina científica (Moscovici 2011: XIV). De tal forma, en el proceso SEA es factible comprender que una enfermedad es simbolizada de manera sincrónica y diacrónica a partir de la interacción e intercambio de juicios de valor con respecto a los padecimientos compartidos e interiorizados con base en RS de la enfermedad. Por tal motivo, para prospectar o conocer los patrones de dispersión de una enfermedad es menester tener un acercamiento a las RS del grupo de riesgo.

En lo que respecta a su utilidad para abordar el estudio de las enfermedades y de la salud su espectro analítico permite la comprensión integral de fenómenos de salud tan diversos como la salud mental, el dolor, la donación de órganos y la violencia en las relaciones de pareja, entre otros (Levin-Rozalis et al., 2003). Como en otros problemas de salud pública, la documentación y comprensión de las RS implicadas en una enfermedad remite a identificar la relación entre la familia y la sociedad y revelar las tensiones entre el tradicionalismo y posturas alternativas, que emergen en los contextos de transformaciones en las sociedades contemporáneas. Asimismo, puede expresar las funciones del personal asistencial y la función social del conocimiento y de los medios de comunicación (Wagner & Hayes, 2011a, pp. 281–285).

Esta perspectiva teórica permite analizar la enfermedad como un hecho social respecto del cual las sociedades construyen acciones, técnicas e ideologías (Menendez, 1994, p. 71). De tal forma que los estudios plantan como meta comprender las interpretaciones de las experiencias de enfermedad a partir del análisis de la conformación y valoración de los

¹ Cada disciplina académica produce un Doppelgänger de conocimiento tradicional. Es decir, un doble fantasmagórico que además incomoda al individuo. Este doble fantasmagórico de la ciencia es la versión popular de las teorías, versiones conformadas a partir de las representaciones sociales legitimadas por un consenso implícito. El término proviene del alemán, de la palabra Doppel que significa “doble” y Gänger que es “andante”.

conceptos de salud y atención, entendidos como eventos simbolizados por las culturas; así como también de sus prácticas y discursos preventivos. Partir de estos supuestos teóricos los análisis muestran las formas en que la persona al estar expuesta a una enfermedad requiere y recurre a prácticas simbolizadas para restablecer su estado físico y emocional (Kleinman et al., 2006).

2.4 Un análisis de la prevalencia de la obesidad a partir del estudio de las Representaciones Sociales.

En los albores del s. XXI Irlanda era uno de los países con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en Europa. Una explicación para el surgimiento de la tendencia de incremento de las tasas de obesidad en la población fue la consideración respecto a que el país experimentó un cambio sociocultural como resultado del crecimiento económico excepcional y la prosperidad entre el último lustro del s. XX (1995) y la primera década del s. XXI (2006). Antes de este período el país estaba caracterizado por una vida tradicional y rural (Collins & Joyce, 2008). La modernización y el cambio asociado tuvieron consecuencias en muchos aspectos de la vida diaria. El país experimentó un mayor nivel de vida, una mayor participación de las mujeres en la fuerza de trabajo y mayores niveles de ingresos disponibles (Delaney & McCarthy, 2011; McCourt et al., 2014; Walton et al., 2014). Alineado con esto, aumentó el tiempo de desplazamiento y una reducción del tiempo dedicado a las tareas del hogar. Estos nuevos estilos de vida urbanizados tuvieron impactos relacionados en las opciones y elecciones de alimentos y actividades físicas. Hubo una mayor demanda de alimentos densos en energía y una menor actividad física (De Brún et al., 2012).

La investigación sobre la representación social de la obesidad en los medios irlandeses mediante la realización de un análisis temático inductivo de artículos periodísticos publicados entre 2005 y 2009 en seis publicaciones importantes en Irlanda analizó la construcción de género por parte de los medios de comunicación en las discusiones sobre la obesidad y las atribuciones asociadas de culpa (De Brún et al., 2012, 2013). Los resultados de este trabajo encontraron que los temas dominantes que configuran la RS de la obesidad en los medios irlandeses son:

- Una caricaturización del género, que configura a las mujeres como “cuidadoras” de los “demás” (hombres, niños, niñas, ancianos y ancianas) y una emotiva “culpa” -de las mujeres- por la obesidad en la población infantil.
- Los hombres son retratados como un grupo homogéneo; inconsciente y despreocupado por el peso y los problemas de salud.
- La dieta y la participación en comportamientos preventivos de salud fueron retratadas como actividades exclusivamente dentro del ámbito femenino y las mujeres son descritas como las responsables de alentar a los hombres a estar sanos.
- Las madres atraen mucha culpa de la obesidad infantil y los mensajes de los medios de comunicación apuntan a avergonzar y deshorrar a las madres y padres de niños obesos mediante el uso de lenguaje emotivo y evocador (De Brún et al., 2013).

Esta investigación cualitativa muestra que los medios de comunicación transmiten un discurso de opinión bastante tradicional para reforzar los roles de género en la dieta y la nutrición; y posicionan a las mujeres como las principales responsables de la salud. También, que en el discurso mediático la obesidad está asociada y caracterizada por la culpa individual (S. H. Kim & Willis, 2007), en una sociedad occidental caracterizada por la percepción profunda y generalizada de que la voluntad individual de actuar significa que cualquier persona logra el tipo de cuerpo "ideal". Por lo tanto, los individuos con sobrepeso y obesidad son vistos como entes que no se esfuerzan por evitar el desarrollo de una enfermedad física y psicológica, y en este contexto se genera una desaprobación social sobre sí mismos (Puhl & Heuer, 2009).

2.5 Las narrativas sociales de la salud.

Una de las formas más poderosas para expresar el sufrimiento y las experiencias relacionadas con la enfermedad es la narrativa. Las narraciones de los pacientes dan voz al sufrimiento de una manera que está fuera del dominio de la voz biomédica. Narrar la enfermedad en un marco histórico de vida posibilita dar sentido a los acontecimientos que han alterado y cambiado el curso de la vida (Corin, 2010). No sólo articulan el sufrimiento, sino también dan al enfermo una voz para articular la experiencia de la enfermedad, además de categorizar

las concepciones y representaciones biomédicas de la enfermedad. Representar la enfermedad en forma de narrativas sirve para contextualizar los eventos asociados con la enfermedad y los síntomas, de tal manera que conforman contextos biográficos.

La narrativa de una enfermedad permite que otras personas compartan sus experiencias para contribuir en la narración y de tal forma ofrecer nuevas interpretaciones y sugerencias. Por lo tanto, las narrativas sirven como arenas o foros para presentar, discutir y negociar la enfermedad y cómo nos relacionamos con ésta. Mediante el modo narrativo es posible articular varios eventos y discutir su significado (Kelly & Dickinson, 1997).

La narrativa posiciona a la persona en el contexto que enfrenta ante un problema de salud (Disease y Sickness). Por tal razón es que en la interacción que establece el paciente con su curador cuenta mucho la forma en la cual el enfermo representa simbólicamente su padecimiento (Illness) y sus experiencias socioculturales del “vivir enfermo” o “con el padecimiento” (“vivir con diabetes”, “vivir con VIH”, por ejemplo). Y al mismo tiempo comprender que el paciente no descarta la nosología que le afecta, sino que por el contrario la simboliza para poderla sobrellevar (Rivero Montes, 2016) y también recaba información y capacitación con el objetivo de complementar los tratamientos sugeridos por médicos, curadores, familiares y toda aquella persona o fuente de información que consulte para intentar curar o sobrellevar su padecimiento. Es por ello, que la información recopilada en las narrativas de la enfermedad sirve para complementar y al mismo tiempo conformar una interpretación integral que permita conformar patrones de comportamiento de los enfermos y estrategias de atención clínica y epidemiológica con base en tales patrones (Mattingly, 1998, pp. 7–9).

Las narrativas de salud también son una guía para una acción colectiva para la salud. Sus principios subyacen a movimientos de salud que centran su atención en promover cambios de salud estructurales. Las narrativas son compartidas por comunidades y sociedades y conectan a las personas con varias representaciones sociales, que los involucran en acciones sociales que sirven como base de los movimientos sociales de salud. Las narrativas de salud son compartidas por colectivos, ya sea una familia, una organización, un vecindario, una categoría social o una nación.

2.6 El método etnográfico y la construcción social de la realidad.

En la construcción social de los significados el concepto de intencionalidad es evidente (Antony Bryant & Charmaz, 2007). La postura epistemológica de la construcción social de la realidad es una visión microcultural en la cual ésta es una acción coordinada a través de los individuos, de tal forma que un punto de vista es desde los participantes hacia afuera (de lo micro a lo macro), en contraposición a entender la cultura como un todo que trasciende a los individuos y permea su cognición y acciones, postura característica de la teoría crítica y sus variantes. Es por ello que metafóricamente una propuesta con base en la construcción social de la realidad corresponde al uso de una lente microscópica a la exploración de la socialización en acción, es decir, el punto de vista de los autores que comparten sus posturas respecto al mundo social, cultural y económico en el que interactúan. Una exploración muy detallada y profunda de la experiencia de los participantes en los procesos de socialización de experiencias, valores y conocimiento es factible a partir de los enfoques metodológicos de la etnografía y la teoría fundamentada (Timmermans & Tavory, 2007). Por lo tanto, los resultados pueden variar desde una descripción exploratoria de la microcultura hasta teorías sobre cómo interactúan los individuos y la cultura. Ambos resultados tienen un alto grado de congruencia con los objetivos de esta investigación.

La etnografía sirve para clasificar, tanto una variedad de metodologías de investigación, como para representar su producto final (Stanley, 2007). Es una categorización de múltiples enfoques de investigación que comparten un interés común en explorar la cultura (Atkinson & Hammersley, 2007), a tal grado que puede ser considerada el retrato grupal de una cultura (Murphy & Dingwall, 2007). En consecuencia, la investigación etnográfica puede describirse como una perspectiva predominantemente macro de la sociedad (Sherman Heyl, 2007); es una “actitud general hacia la investigación” (Flick, 2009, p. 235) en la búsqueda de un enfoque pragmático para la selección de métodos de investigación y abordar un objetivo de investigación específico. Es por ello, que la etnografía busca mostrar cómo, para un fenómeno dado, los participantes de la investigación “viven” la experiencia, y no están satisfechos sólo con sus relatos narrativos (Charmaz & Mitchell, 2007).

Los orígenes de la teoría fundamentada son etnográficos (Timmermans & Tavory, 2007), al igual que la etnografía, la teoría fundamentada -como concepto- sirve como

referente de una gama de metodologías de investigación y productos finales (Mruck & Mey, 2007). Los métodos de ambas pueden aplicarse dentro de cualquier contexto metodológico utilizando datos cualitativos, que a menudo representan no más que estrategias para la recolección y análisis de datos (Charmaz & Mitchell, 2007). El mayor activo de la teoría fundamentada es: que su alcance de aplicación abarca desde el producto de la investigación, a través de una gama de metodologías específicas, hasta una descripción de los métodos de investigación.

Al evaluar la consonancia de la etnografía y la teoría fundamentada con los objetivos de esta investigación, es importante mantener el enfoque del análisis en los atributos generalizados de ambas metodologías. Se ha demostrado que la etnografía se asocia principalmente con la exploración de grupos culturales y, por lo tanto, requiere la definición de un grupo adecuado y su entorno comunitario (Jones, 2009; Scott, 2009). Al aceptar que los entornos clínicos de cada participante pueden diferir, no existe un entorno comunitario único en el que basar la recopilación de datos. Por el contrario, es probable que cada participante trabaje dentro de una comunidad distinta y potencialmente muy diferente.

Por lo tanto, es factible argumentar que los objetivos de la investigación no definen adecuadamente el enfoque cultural para la investigación, sino que indican un microenfoque en las experiencias de los individuos; un enfoque que es más adecuado para el ámbito más amplio de la teoría fundamentada (Kearney, 2007). Finalmente, aunque la exploración etnográfica a menudo se extiende al desarrollo de la teoría (Flick, 2009), este no es siempre el resultado. Esto puede contrastarse con la teoría fundamentada cuando se usa de forma metodológica. Aquí el desarrollo de una teoría nueva o existente, ya sea en forma sustantiva o formal, es el objetivo principal (Mruck & Mey, 2007); aunque los teóricos han sido criticados a menudo por no lograr esto (Morse, 2007).

2.6 La etnografía de las políticas públicas.

El discurso biomédico como institución y práctica social es un poderoso aparato ideológico para crear e imponer la subjetividad del enfermo, el estar, ser y sentirse enfermo. De acuerdo con la gravedad de la patología es que éste asume una identidad y papel asignado. El enfermo puede ser consciente del papel que el discurso biomédico (la institución) le ha asignado y a partir de ello comenzar un proceso de resistencia para explicar con su voz el proceso de

interpelación al que está sometido, un proceso mediante el cual deja de escuchar al médico y comienza a buscar otras voces, una de ellas la suya. Y es en este momento de interiorización de la enfermedad cuando el enfermo comienza a buscar otras voces que muchos de los cuidados y tratamientos respecto a una enfermedad sufren un giro inesperado; que en lo que respecta a enfermedades que requieren tratamientos prolongados, pueden determinar el seguimiento, o no, y el éxito, o no, esperado (DiGiacomo, 2010).

Es en este proceso de interiorización y comprensión del discurso biomédico cuando escuchar al enfermo brinda información pertinente para conocer la dimensión e interiorización de las estrategias de atención, prevención y tratamiento transmitidas a los enfermos. Es este momento donde el método etnográfico adquiere un valor porque en las narrativas de enfermedad es donde salen a la luz los episodios del proceso que marcaron el proceso de cuidado y atención de los pacientes (MacLachlan, 2006, p. 13 y 14). Es por ello, que la descripción, abstracción y análisis de estos procesos son los que brindan la oportunidad de brindar soluciones integrales a complejas problemáticas de salud (MacLachlan, 2006, p. 74).

En lo que respecta a las investigaciones de carácter etnográfico es menester saber que su objeto de estudio está centrado en la descripción, categorización e interrelación de los patrones sociales y culturales que sirven para conocer las problemáticas de las personas desde su mirada (Mitchell, 2007). De tal manera, al conocer el grado de integración de las políticas desde el punto de vista del actor, es decir, de la población objetivo a la que es destinada las políticas y reformas, permite un acercamiento desde el cual resulta factible proponer alternativas de base para los programas gubernamentales (Trostle, 2005, p. 139). Y es por esta razón que desde esta perspectiva de análisis que los resultados de la investigación de temas de procesos y políticas públicas tienen un carácter crítico desde la mirada del beneficiario, otorgando con ello la ventaja de que las propuestas críticas de los procesos de políticas públicas brindan la voz al actor, al beneficiario, que es el principal interesado en que las estrategias propuestas sean de lo más integrales para el cuidado y atención de su salud (MacLachlan, 2006, p. 44).

El método etnográfico para describir las condiciones de vida, la organización social, las prácticas distintivas, los valores y las creencias del grupo social contribuye con su enfoque centrado en las personas al diseño de políticas cuyo punto de partida esté orientado a cómo

las personas experimentan las políticas públicas y cómo estas políticas impactan sus vidas (Campbell, 2010). En gran medida, el principal propósito de la antropología como una ciencia para el análisis de la política pública es proporcionar información a los tomadores de decisión como apoyo y complemento de las formulaciones racionales para implementarlas y evaluarlas. Lo interesante de este enfoque es que parte de las personas y sus resultados están destinados a ellas (Singer, 2012).

El poder crítico de la etnografía consiste en la precisión de su descripción empírica, que puede usarse para contradecir las representaciones del mundo social basadas en las creencias e ideologías sociopolíticas dominantes. Darle voz a los destinatarios de las políticas públicas, como un medio para empoderarlos, brindando un complemento útil a la historia y la sociología de la construcción de los problemas públicos para redefinir el panorama social, explotar las categorías recibidas, explorar las experiencias subjetivas y exponer sus puntos de vista sobre sus problemáticas que muchas veces difieren de los puntos de vista oficialmente aceptados (Micozzi, 2002).

Una etnografía crítica de la política pública consiste en yuxtaponer los resultados de la observación etnográfica a las propuestas de los responsables de las políticas para romper con los discursos oficiales y mucha de la retórica transmitida por los medios. Los métodos de trabajo de campo cualitativos se distinguen de otras perspectivas de análisis de las políticas por el hecho de brindar voz a los beneficiarios. En la práctica esta perspectiva de análisis proporciona información útil a los tomadores de decisión con base en un enfoque crítico que parte de la reflexión sobre los contextos políticos de la investigación en ciencias sociales (Biehl & Petryna, 2013, p. 333).

El desafío de los enfoques positivistas de la política pública; la confrontación con el sentido común y las opiniones oficiales sobre la política; y la descripción y análisis de las experiencias individuales con base en las observaciones micro, brinda una perspectiva más amplia de las estructuras de poder y desigualdad. Tales resultados revelan los procesos de dominación social, económica, simbólica y política que operan a través de la implementación de políticas públicas (Dubois, 2015).

Capítulo 3. Políticas públicas para el combate a la obesidad.

3.1 Políticas de combate a la obesidad ante el incremento de las enfermedades crónico no transmisibles (ECNT) en México.

La concentración de un problema de carácter social es el inicio de una política pública. Esto quiere decir que para comprender las acciones y omisiones de un Estado con respecto a ciertas problemáticas es menester entender que ésta debe ser exigida y definida por la sociedad (Aguilar Villanueva 1993: 51). Estas problemáticas cuando adquieren un carácter colectivo exigen la participación e implicación de los poderes públicos porque afectan a varios actores a tal punto que no es posible resolverlas sólo con la interacción, por lo que la sociedad requiere que el Estado sea el encargado de analizar el contexto del problema y con base en tal análisis gestionar escenarios para su resolución (Olavarría 2007: 11 y 12). Las propuestas de resolución conforman una política pública en la cual son conformadas un

“...conjunto de medidas e intervenciones que se impulsan desde el Estado, que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de la población y lograr crecientes niveles de integración social, habilitando a los grupos socialmente excluidos, en las diversas dimensiones en que se expresa su exclusión (económica, política, territorial y sociocultural). La Política encuentra su expresión concreta en programas y éstos, a su vez, en proyectos.” (Ministerio de Planificación y Cooperación, División Social 2000: 7).

En este sentido, una política pública parte de la hipótesis que aplicando un conjunto de medidas e intervenciones es factible lograr una situación de mejora. Sin embargo, esto no quiere decir que el nuevo escenario resuelva todos los problemas, pero al menos puede incrementar una mejor situación para los actores implicados (Nelson & Lindenfeld 107 y 108). Y en la conformación de toda política pública siempre está presente la premisa de que las problemáticas son desplazadas y el ejercicio de intervención es el seguimiento de las es-
telas que conlleva tal desplazamiento. Porque

“muchas veces las políticas públicas son ‘blancos nebulosos en movimiento’, ya que con frecuencia los objetivos generales, el paquete consecuente de acciones y las relaciones entre ambos no se pueden ver con claridad y además se están moviendo. La mayoría de las veces las políticas públicas son ejercicios de exploración y aprendizaje constantes. Esto se debe a que: a) casi siempre hay una cierta incertidumbre en los procesos de formulación y ejecución de las mismas, lo que lleva a una retroalimentación permanente entre las diferentes “etapas” de las políticas públicas, y b) su contexto cambia frecuentemente” (Méndez 2015: 39).

En la definición de los problemas públicos para insertarlos en la agenda² entran en juego criterios de valoración entre el “deber ser” y el “es”. Los actores, tanto los afectados, como los encargados de definir la problemática, parten de su *estar en el mundo* para la conformación de sus criterios y prioridades. A partir de tal clasificación prioritaria es que los actores toman las decisiones que correspondan a una resolución capaz de incorporar en gran medida el espectro de resolución del problema. Por ello, en la conformación de la agenda pública existe un proceso de incorporación normativa en los análisis; y para que tal proceso pueda adquirir el carácter normativo es menester contar con la evidencia empírica que sirva como base a toda política pública. “Por formación de la agenda se entiende el proceso a través del cual ciertos problemas o cuestiones llegan a llamar la atención seria y activa del gobierno como posibles asuntos de política pública” (Elder & Cobb 1993: 77).

La base empírica que sirve para definir la problemática, identificar y definir los actores, y diseñar las estrategias de acción es lo que brinda la operabilidad de la política. La operabilidad es lo que permite avanzar en una dirección adecuada para la resolución del problema, y al mismo tiempo brinda la temporalidad de las propuestas de acción y resolución. La temporalidad de las estrategias brinda un carácter operativo del discurso implementado para solucionar el problema identificado y de tal manera evitar que sólo sea una utopía.

² Para conocer de manera integral el proceso de conformación de la agenda pública se recomienda consultar Aguilar Villanueva, L. *Problemas públicos y agenda de gobierno*, específicamente “2. La formación de la agenda”, pp. 21-51.

Lo anterior sirve en el diseño de políticas públicas para identificar los recursos, capacidades y actores que permitan gestionar alternativas para solucionar los problemas. El proceso de definición de una problemática es importante porque:

“En primer lugar, la capacidad de atención del gobierno es necesariamente limitada: siempre hay más asuntos por atender que tiempo para considerarlos. En segundo lugar, los problemas de políticas públicas no son *a priori*, sino resultados de definiciones. Si una situación específica o un conjunto de circunstancias constituyen un problema y, por tanto, son un asunto capaz de despertar la preocupación del público, depende no sólo de los hechos sino también de las creencias y valores” (Elder & Cobb 1993: 77).

Por lo tanto, construir alternativas de solución desde el punto de vista de las políticas públicas siempre es con base en los recursos y capacidades que los operadores y gestores políticos tienen a su disposición; conciliando en todo momento en no transgredir valores sociales, históricos o culturales, y evitando en todo momento de partir de definiciones normativas. Sin embargo, no hay que perder de vista que en la conformación de una política pública entran en juego luchas de poder económico, político y epistemológico que confronta a los actores, que presiona al Estado en la toma de decisiones y en la conformación de la agenda de prioridades (Aguilar Villanueva 1993: 52 y 53).

3.2 Las Enfermedades Crónico no Transmisibles (ECTN) en México.

En las propuestas federales en materia de salud de México desde la primera década del siglo XXI³ los diagnósticos de los que parten muestran que los principales retos que enfrenta el sistema de salud son las enfermedades crónicas no transmisibles (ECTN) porque debido a su incidencia y prevalencia en la población, tanto en la morbilidad como en la mortalidad, los análisis diacrónicos y prospectivos muestran un incremento -desde la década de los ochentas- a tal grado que caracterizan el perfil epidemiológico del país (PNS 2001-2006: 99; PSS 2007-

³ “Plan Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud”, “Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud”, “Programa Sectorial de Salud 2013-2018”.

2012; PSS 2013-2018: 24 y 49; Soto-Estrada, Moreno-Altamirano & Pahua Díaz 2016: 11-19).

En lo que respecta a la administración de los países, estas enfermedades son una problemática de salud porque son la causa más frecuente de incapacidad prematura, y dado a su complejidad -en su prevalencia entran en juego factores genéticos, sociales, económicos, culturales e individuales- son un gasto continuo debido a la temporalidad que implica su tratamiento (de mediano a largo plazo), así como también por sus altos costos, además de que estas enfermedades requieren monitoreo constante y especializado, así como tratamientos a largo plazo y el sistema de salud mexicano no fue diseñado para este fin, lo cual se manifiesta en servicios insuficientes para tratar a los pacientes (IMCO 2015; GBD 2017).

Por ello, para revertir la incidencia de la enfermedad es menester poner en práctica estrategias institucionales en las que haya interacción y retroalimentación en las dimensiones sociales e individuales para lograr modificaciones en los patrones y estilos de vida. Es decir, requiere de políticas públicas que cuenten con estrategias integrales por medio de las cuales la población adquiera una cultura de la prevención a partir de iniciativas institucionales. Tales políticas son propuestas con base en la premisa del enfoque institucional que pugna por una visión en la cual las instituciones son las "...crea [doras de] conductas, [debido a que] la estructura crea cultura y no a la inversa" y por ello no perder de vista que la problemática no puede ser resuelta sólo con las acciones individuales (Guzman-Leon 2016: 154). Por lo tanto,

“La prevención y el control de las enfermedades crónicas y degenerativas debe ser una prioridad para el sector salud. Su crecimiento y letalidad lo justifican. El efecto social de estas anomalías será creciente, ya que afectan a individuos en edades productivas y representan costos elevados para el sector salud. Como resultado, contribuyen a la acentuación de la pobreza.”
(Córdova-Villalobos et al 2008: 421).

Las evaluaciones e indicadores sobre la incidencia y prevalencia de las ECNT que la Secretaría de Salud para proponer las estrategias y políticas públicas referidas a salud en México son: “Boletín de información estadística de la Secretaría de Salud”; “Proyecciones

de la Población e Indicadores Demográficos Básicos de México a Nivel Nacional 2010-2050”; “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)”; para los costos de la enfermedad los planes y programas parten de los análisis realizados a escala global para Latinoamérica en los informes sobre el “costo de la diabetes en Latinoamérica” para 2003 y 2015 respectivamente.

3.3 Sexenio 2013-2018, Programa Sectorial de Salud, “Cimentar las bases de un sistema de salud universal”.

En el plan de salud de la administración saliente de nuevo el llamado de atención indicó el crecimiento de las Enfermedades Crónico no Transmisibles (ECTN), a pesar de las estrategias puestas en marcha en las anteriores administraciones (Programa Sectorial de Salud 2013-2018: 25-30). Ante la escalada de la dispersión y crecimiento de la enfermedad en el plan se hace mención al factor de riesgo asociado a ellas: el sobrepeso y obesidad, que determinan el padecimiento de diabetes (tipo II) e hipertensión en la población del país (Programa Sectorial de Salud 2013-2018: 24).

El análisis sobre el panorama epidemiológico está construido a partir de la evolución de la enfermedad con base en los resultados de la Encuesta Nacional de 1993 donde se identificó una prevalencia nacional del Síndrome Metabólico de aproximadamente 30% en la población de 20 años y más; así como también los resultados de La Encuesta Nacional de Salud 2000 que mostró que cerca de 8% de los adultos mayores de 20 años sufrían de diabetes tipo II; y aproximadamente 30% de hipertensión arterial (con una prevalencia de dislipidemia cercana a 30%). Y, por último, los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 y 2012 que indican que siete de cada diez personas adultas presentan sobrepeso y obesidad⁴.

Ante tal panorama la prospección de los datos e información de la creciente epidemia de enfermedades crónicas en México, asociadas a la obesidad, como la diabetes y la hipertensión arterial, anticiparon para este sexenio un desarrollo explosivo del Síndrome

⁴ Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012. Disponible en <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Metabólico (Barquera *et Al* 2013). Y por ello las cifras plantearon a la administración el desarrollo de estrategias de control de los riesgos asociados al síndrome, así como también, para capacitar al personal de salud para la atención de las personas afectadas, cuyas prospecciones indican un aumento importante en las décadas por venir⁵.

De igual manera que en las anteriores administraciones la guía del plan con respecto a las ECNT hace énfasis en la transición epidemiológica que vive el país, asociada con el envejecimiento de la población y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables (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) (Diagnóstico General de la Salud Poblacional 2015: 128-134).

Debido a la dispersión de los estilos de vida poco saludables, el plan propone estrategias que son responsabilidad del Estado para el desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la salud que enfatice la importancia de la adopción de estilos de vida saludables, fomente el autocuidado de la salud e impulse la prevención de la enfermedad y las discapacidades. Para lograr mejores condiciones de salud en general y enfrentar menores cargas de enfermedad, para que la población evite exponerse al sobrepeso y la obesidad porque son causas de empobrecimiento económico debido a que inciden negativamente en su productividad laboral y además provocan gastos elevados en salud debido a su relación con el desarrollo de ECNT (gastos individuales, los gastos del bolsillo y al Estado debido a los costos de los tratamientos) (Levasseur, 2019).

En el sexenio fue propuesta la “Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes” (ENPCSOD) para construir una política pública nacional que genere hábitos de consumo alimenticio saludables, y actividad física en la población. Al igual que en administraciones previas la estrategia hace énfasis que es menester involucrar, a los sectores público y privado y la sociedad civil. El objetivo general planteado es mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mexicanos, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles,

⁵ Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño (2015) *Informe sobre la Salud de los Mexicanos. Diagnóstico General de la Salud Poblacional*. Disponible en www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/issm2015.html

particularmente la diabetes mellitus tipo 2, a través de intervenciones de salud pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales. La estrategia involucra los marcos de acción de “Promoción a la salud” (promoción de hábitos saludables), “Prevención de enfermedades” (detección temprana y sistema de monitoreo), “Atención Médica” (capacitación del personal de salud en prevención y control de enfermedades), “Regulación sanitaria y política fiscal”.

En lo que respecta a los resultados del análisis con referencia a la salud pública la estrategia brinda un informe del panorama de la salud en México que responde al incremento del sobrepeso en la población atribuido al:

“...fenómeno de transición nutricional que experimenta el país, teniendo como características una occidentalización de la dieta, en la cual 1) aumenta la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados, adicionados con altas cantidades de grasas, azúcares y sal; 2) aumenta el consumo de comida rápida y comida preparada fuera de casa para un sector creciente de la población; 3) disminuye el tiempo disponible para la preparación de alimentos; 4) aumenta de forma importante la exposición a publicidad sobre alimentos industrializados y de productos que facilitan las tareas cotidianas y el trabajo de las personas, disminuyendo de este modo su gasto energético; 5) aumenta la oferta de alimentos industrializados en general; y 6) disminuye de forma importante la actividad física de la población.” (ENPCSOD 2013: 21 y 22).

Ante tal panorama las acciones a realizar para la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes involucran los distintos marcos de acción de la salud, específicamente la Promoción de la salud: acciones para el desarrollo de aptitudes personales para la salud (promoción de alimentación correcta), desarrollo de entornos saludables (escuela y sitios de trabajo), acciones comunitarias (actividades en espacios públicos) e impulso de políticas públicas saludables (acción de vigilancia en alimentos y bebidas, medios masivos de comunicación, orientar al consumidor y establecer medidas fiscales para reducir el consumo de alimentos de alta densidad energética y escaso valor nutrimental).

Para darle seguimiento a la estrategia se diseñó e implementó el Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles (OMENT), plataforma en que se divulga información acerca de las enfermedades ECTN, a nivel nacional y estatal y un programa de evaluación denominado “Caminando a la Excelencia” para identificar las áreas de oportunidad para mejorar el desempeño de los diferentes programas de acción. La OMENT es un:

“Sistema de Indicadores diseñado para monitorear los avances de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (ENPCSOD) fue desarrollado por el Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. (IMCO) y el Aspen Institute Mexico. El Sistema de Indicadores es una útil herramienta que: permite la comparación transversal de los 32 estados de México en torno a 73 indicadores, para evaluar los factores relacionados con la causalidad de la obesidad, diabetes e hipertensión; permite realizar comparaciones razonables entre factores causales de enfermedades no transmisibles que pueden servir como base para el establecer políticas públicas basadas en evidencia. A pesar de su utilidad, esta herramienta presenta algunas limitaciones: no permite establecer causalidad entre los indicadores de referencia y los indicadores de los tres pilares; no es posible identificar qué componentes ejercen un mayor o menor efecto sobre los indicadores de referencia; no pretende ser la única herramienta que determine el funcionamiento de la ENPCSOD”⁶.

Por último la estrategia hace énfasis en que las acciones a realizar para la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes involucran los distintos marcos de acción de la salud, específicamente la Promoción de la salud: acciones para el desarrollo de aptitudes personales para la salud (promoción de alimentación correcta), desarrollo de entornos saludables (escuela y sitios de trabajo), acciones comunitarias (actividades en espacios públicos) e impulso de políticas públicas saludables (acción de vigilancia en alimentos y

⁶ Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles [<http://oment.uanl.mx/>].

bebidas, medios masivos de comunicación, orientar al consumidor y establecer medidas fiscales para reducir el consumo de alimentos de alta densidad energética y escaso valor nutrimental). La meta de la estrategia es implementar estrategias que fomenten la conducta de detección temprana en la población, así como también la capacitación del personal en las áreas de prevención; porque una detección temprana del padecimiento, aunado a un cambio en los hábitos en alimentación y actividad física, reducen los costos de tratamiento.

3.4 Evaluaciones al programa.

Las evaluaciones realizadas por el Consejo Nacional de la Evaluación de la Política Social de los resultados de los programas para la prevención y combate de la obesidad han encontrado discrepancias entre los objetivos, la operacionalidad, así como también en los cambios en la población beneficiaria.

En el análisis de la documentación disponible encontraron desarticulación entre el nombre, la definición y los indicadores del programa. Además de que, si bien el programa versa sobre la "Prevención contra la obesidad", las acciones puestas en marcha muestran estrategias y líneas de acción enfocadas en la detección, tratamiento y control de sobrepeso, diabetes, dislipidemias y problemas cardiovasculares, pero sus indicadores de resultados sólo estaban enfocados en el control del sobrepeso y excluía a las demás enfermedades crónicas no transmisibles (CONEVAL Informe de Evaluación Específica del Desempeño 2014-2015).

Desde 2015, el Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles (OMENT) publica un Sistema de Indicadores (SI) para monitorear los avances de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (ENPCSOD). Esta herramienta es un esfuerzo público---privado desarrollado por el Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. (IMCO) y el Aspen Institute México. El Sistema de Indicadores fue creado a partir de 67 indicadores, concentrados en 10 componentes, los cuales están agrupados en tres pilares explicativos: Salud pública, Atención médica y Regulación; y un bloque de indicadores de referencia. Los pilares de referencia son (pilar cero) son: prevalencia de sobrepeso, prevalencia de obesidad, prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, prevalencia de hipertensión arterial, mortalidad por diabetes mellitus tipo 2, mortalidad por enfermedades hipertensivas. Los pilares de referencia son los que permiten

brindar un seguimiento epidemiológico a la evolución de las estrategias, con base en ellos es posible evaluar el éxito de las estrategias. Con respecto a los pilares explicativos están alineados con la ENPCSOD para que sea útil en el seguimiento de las estrategias por parte de la Secretaría de Salud⁷.

3.5 Reflexiones sobre la implementación de la política pública en México.

En los albores del siglo XXI México tiene dos retos importantes en salud pública, debido a una doble carga de enfermedad: las enfermedades infecciosas asociadas a la pobreza continúan prevaleciendo, y el aumento y dispersión de las enfermedades crónicas no transmisibles sigue en aumento. En relación con el crecimiento de las ECNT la principal meta de las administraciones públicas es la puesta en marcha de estrategias enfocadas en paliar el sobrepeso y la obesidad. La obesidad (índice de masa corporal ≥ 30 kg/m²) es una enfermedad sistémica, crónica y multicausal, que involucra a todos los grupos de edad, de distintas etnias y de todas las clases sociales. Es una enfermedad que ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, razón por la que la Organización Mundial de la Salud (OMS), denomina a la obesidad como la epidemia del siglo.

Las consecuencias de la obesidad son las enfermedades crónicas no transmisibles convertidas en un problema de salud pública a nivel mundial. Contrarrestar la dispersión y aumento de la prevalencia de estas enfermedades requiere de un trabajo multi y transdisciplinario; además de que implica a los tres órdenes de gobierno, la iniciativa privada y la comunidad.

Estudios sobre la dispersión de estas enfermedades encuentran que la raíz estructural, entendida en referencia al orden económico, de las ECNT están directamente ligadas a situaciones de desigualdad a nivel mundial, así como a los ambientes donde se desarrollan las personas. Es por ello, que son un desafío e implican un reto de gran importancia debido a la magnitud alcanzada, así como la rapidez de su incremento y las consecuencias negativas que afectan directamente la calidad de vida.

En términos económicos el crecimiento de su prevalencia en las regiones del país representa un problema de salud pública que afecta el desarrollo económico y por tal motivo

⁷ Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles [<http://oment.uanl.mx/indicadores/>].

los estudios desde el enfoque médico-epidemiológico es insuficiente debido a su magnitud y el carácter multifactorial que las originan, así como también de sus consecuencias⁸.

La obesidad tiene un origen multifactorial en el que están involucrados factores genéticos, la susceptibilidad, los estilos de vida y las características del entorno; además de que en estos factores influyen diversos determinantes subyacentes, como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y el entorno político y social. Es por ello que un fenómeno tan complejo, en el que tiene un papel predominante tanto el comportamiento individual, como el entorno familiar, comunitario y el ambiente social; que la puesta en marcha de políticas públicas, que deben ser integrales, multidimensionales y transversales. Cuyas características dificultan en gran medida darles seguimiento, así como también la interrelación entre los distintos niveles de gobierno y secretarías, ante tal escenario es que los estudios que postulen evaluaciones de las políticas públicas desde la perspectiva etnográfica adquieren pertinencia para proponer medidas acordes con los contextos locales, además de brindarle voz a las personas, ya que al fin de las cuentas ellos como actores, son los que viven la enfermedad.

⁸ Torres, F. & Rojas, A. (2017) “Obesidad y Salud Pública en México: Transformación del Patrón Hegemónico de Oferta-Demanda de Alimentos”. *Revista Problemas del Desarrollo*, 193(49), abril-junio 2018, <https://probdes.iiec.unam.mx>

Capítulo 4: El método etnográfico: escribiendo sobre otras vidas, comprendiendo una misma problemática.

En lo que a metodología respecta los debates críticos involucran siempre el equilibrio entre subjetividad y objetividad, o más generalmente, entre participación y desapego. El método etnográfico no es ajeno a tal debate metodológico. En la historia de los debates etnográficos los elementos encargados de aderezar tales discusiones son la interdisciplinariedad, y el carácter multifacético de los estudios etnográficos (Hegelund 2005). Estas vertientes en la discusión del método surgen de las convergencias y disyuntivas entre las dos principales disciplinas que hacen uso de la etnografía como caja de herramientas para la obtención de sus datos: la sociología y la antropología. Ambas, han visto y sido partícipes del desarrollo de una gama de intereses, modos y orientaciones respecto a las maneras de brindarle voz a los otros (Katz & Csordas 2003).

En la antropología, por ejemplo, un rango mucho más amplio de recopilación de datos es definido como perteneciente al dominio de la etnografía. Los antropólogos que utilizan esta caja de herramientas buscan siempre mantener un equilibrio entre su participación como visitante inserto en el grupo de estudio, que es amigable, pero al mismo tiempo debe mantener el desapego como extranjero con el fin de que en sus interpretaciones y análisis (Rosaldo, 1980; Turner, 1999), tomen en cuenta, y muchas veces sea el punto de partida, sus roles y experiencias de investigación. Es decir, ser críticos y reflexivos “desde” y “para” la etnografía. Es por ello, que el valor de la etnografía para los estudios sociales radica en su capacidad de contribuir fructíferamente a una combinación ecléctica y completa de perspectivas microsociológicas de la vida cotidiana: historias de vida y entrevistas en profundidad, que brindan las narrativas y diálogos sobre las problemáticas y fenómenos desde la perspectiva de los actores (Emerson, Fretz & Shaw 2011).

A grandes rasgos las etnografías pueden agruparse en dos dimensiones. La primera, es la que se refiere a una observación de campo que intenta abordar cuestiones teóricas centrales, en lugar de proporcionar un análisis sustantivo de una escena en particular. La segunda, se refiere a la medida en que es factible conformar una descripción rica y detallada del mundo, desde la perspectiva del actor, cuyo complemento incluye algunas instancias de datos que refuerzan los puntos analíticos del investigador; en otras palabras, los datos crean

un caso, cuyo escenario es descrito e interpretado integralmente con las voces de los actores (Button 2000; Spradley 2016).

La vertiente etnográfica postula la visión de los actores y las interpretaciones sus vivencias, son las que dirigen el interés de la investigación. De tal forma que la posición del conjunto de actores en el grupo o sistema social es la que guía el análisis etnográfico. El énfasis está en las afirmaciones teóricas que dirigen los detalles de las observaciones, en lugar de ser ilustradas por ellas. Es así que el traslape del escrito es capaz de pasar del cómo al por qué, en lugar de la teoría a la observación, de la observación a la teoría (Katz & Csordas 2003).

Una etnografía tiene la obligación de proporcionar una comprensión conceptual, comenzando con el "qué", pasando al "cómo", hasta llegar al "por qué" (Katz, 2001). Hacerlo establece condiciones de alcance que permiten el reconocimiento de otras escenas que tienen puntos en común. La selección del entorno etnográfico es determinada por cuestiones teóricas, y preguntas conceptuales transformadas a través de la inducción obtenida a través de la observación sistemática, cuyo objetivo etnográfico final es la generalización a otros contextos comparables.

Una etnografía parte de otras etnografías y estudios de investigación porque es necesario tener como punto de partida otras descripciones del fenómeno. La noción de entrar al campo ajeno al fenómeno es idealista y producto de reflexiones metodológicas superadas. En una investigación varios son los temas que convergen en el análisis de un fenómeno y cada perspectiva de análisis refleja una solución de problemas recurrentes sociológicamente significativos. Por ello, las preguntas planteadas o las limitaciones encontradas en un estudio son abordadas en posteriores trabajos. Del mismo modo, cada estudio está vinculado a un marco etnográfico que, incluso si no se basa en la misma escena, aborda conceptos relacionados. Es así que las descripciones densas de las etnografías como un péndulo entre la manera en que los grupos organizan los límites culturales y cómo los asuntos aparentemente no culturales se hacen culturales, ya sea el trabajo, el entorno natural o incluso las condiciones atmosféricas.

Una etnografía examina pequeños grupos que interactúan, aquellos lugares en los que las personas hablan y actúan, y donde lo hacen de manera continua. Explora escenas en curso en donde los actores resuelven activamente sus problemas y preocupaciones, en lugar de

centrarse en momentos anónimos en los que la casualidad permea el comportamiento de los actores. Es así que Investigar el comportamiento en los espacios públicos a menudo conlleva el énfasis descriptivo de la cultura compartida y las consecuencias duraderas, por las que los individuos significan su interacción como parte de una relación continua (Lofland 1973; Edgerton 1979). De tal forma examinar la vinculación continua de la construcción del significado y el resultado de los eventos como resultado de las creencias de los grupos involucrados en una interacción continua tienen un carácter microsociológico, aunque las cuestiones teóricas partan de preocupaciones macrosociológicas (Atkinson 1992). Es así que los grupos involucrados representan el laboratorio para el examen de la dinámica sociocultural.

La multiplicidad discursiva etnográfica, caracterizada por las voces y miradas de los sitios de investigación, es capaz de mostrar las distinciones locales, incluso si los actores pertenecen a una misma "clase" en la escena social, de tal manera que las narrativas y miradas del otro facilitan que la investigación sea capaz de trascender los argumentos respecto a la existencia de una plantilla única para la acción grupal (Adler 1987; Button 2000; Wasson 2000). Siguiendo bajo esta línea es que es factible partir de la premisa que las investigaciones etnográficas que se enfocan en una sola unidad interactiva pueden descubrir como una "conclusión" alguna peculiaridad única, una función de las características de los miembros o el entorno. Pero, para evitar basar las generalizaciones en idiosincrasias, es menester examinar varias escenas para obtener una medida de confianza de que los hallazgos caracterizan a los grupos, y no solo a un grupo particular. Por ello, algunos estudios etnográficos implican observar varios grupos pequeños para trascender dilemas sobre la particularidad o la unicidad.

Una etnografía es producto de un trabajo duro de observación rigurosa en el campo que requiere de un arduo trabajo: hora tras hora; día tras día; año tras año. Si bien no existe una regla para el tiempo requerido, una etnografía lleva más tiempo del que uno desearía. En la investigación uno debe convertirse en un participante esperado en la vida grupal, y no en un turista etnográfico, que aparece cuando es conveniente. Uno se queda mientras sigue descubriendo lo nuevo. Muchas veces te vuelves participe del contexto del grupo, durante meses o años, y sigues observando hasta descubrir que la curva de aprendizaje ya no aumenta, en ese momento eres capaz de predecir lo que sucederá después en el entorno. Encontrar las

notas de campo disminuyendo en longitud y las categorías teóricas saturadas son los indicadores del fin de la etnografía.

Las notas de campo, y su publicación, son los pilares de la postulación etnográfica de que la teoría se desarrolla a través de presentaciones de datos empíricos; y a partir de esta instancia es donde se desarrolla. Por ello es que los datos deben ser luminosos (Katz, 2003: 443) para poder proponer teoría a partir de la acción y el habla, que son una colección de piezas compuestas, que reflejan las actividades de los actores sociales. Cada estudio etnográfico implica una presentación detallada de los datos de campo; textos llenos de instancias que respalden los reclamos y propuestas. Un esfuerzo por un ejercicio narrativo inundado de comportamiento cuyo objetivo fundamental es argumentar para ampliar el conocimiento teórico y conceptual. Esto sucede de manera más efectiva al proporcionar una contabilidad detallada y una exploración de una escena social, una prueba tan fuerte o más fuerte que las medidas estadísticas.

En un trabajo etnográfico es tentador creer que se capturan las vidas y personalidades de las personas, para consagrar su nobleza como personas, colocándolas en un pedestal literario. Sin embargo, tal postura convierte el trabajo en biografías o diagnósticos psicológicos. Por ello, aceptar la centralidad de la generalización, de las cifras, por mucho que puedan convertirse en un interés personal, simplemente sirven para presentar casos. Y tales casos se mantienen, no por sí mismos, sino por muchos otros. De tal manera que individuos particulares no deben convertirse en figuras definitorias en el texto. Es así que el esfuerzo constante del etnógrafo radica en mantener una distancia analítica de aquellos cuyas acciones cuenta; un ejercicio narrativo cuya postura sea siempre la de permanecer en la periferia (Adler y Adler, 1987). Porque el objetivo de la etnografía no es conocer gente, sino representar la acción y hablar de grupos de participantes.

En los escritos las narrativas de las personas sirven para tratarlos y mostrarlos como moralmente neutrales, de tal forma que los comportamientos importan más que las creencias porque son el reflejo de la moral de los grupos. Es así que el esfuerzo en el ejercicio narrativo es convertirte en narrador marginal que mantenga un desapego irónico de los informantes. Por ello es factible decir que, en algunos aspectos, la etnografía es una comedia sociológica de modales. En este sentido, se puede interpretar como la descripción de agrupaciones, es decir, hacerla implica llegar a comprender al detalle lo que hacen, dicen y piensan personas

con lazos culturales, sociales o de cualquier otra índole, que intercambian visiones, valores y patrones, bien de tipo social, cultural, económico o religioso.

El enfoque etnográfico se apoya en la convicción de que las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en que se vive se van internalizando poco a poco y generan regularidades que pueden explicar la conducta individual y grupal en forma adecuada. En efecto, los miembros de un grupo étnico, cultural o situacional comparten una estructura lógica o de razonamiento que, por lo general, no es explícita, pero que se manifiesta en diferentes aspectos de su vida. El objetivo inmediato de estos estudios es crear una imagen realista y fiel del grupo estudiado, y la intención a largo plazo es contribuir en la comprensión de sectores o grupos poblacionales más amplios con características similares. Así, el objeto está dirigido a comprender una determinada forma de vida desde el punto de vista de quienes pertenecen a ésta, para construir una teoría de la cultura que es particular al grupo. Su meta es captar la visión de los nativos, su perspectiva acerca del mundo, así como el significado de las acciones y situaciones sociales relacionadas con las personas cuyas acciones y pensamientos se desea comprender.

4.2 El proceso ingenuo de análisis de los resultados.

Se realizó un análisis temático inductivo, utilizando las directrices de Braun y Clarke (2006) y Miles y Huberman (1994). El análisis temático es una metodología empleada para identificar, analizar e informar patrones dentro de un conjunto de datos (Braun & Clarke, 2006). Es adecuado para grandes conjuntos de datos y es un enfoque accesible y teóricamente flexible. Un análisis temático inductivo es un método basado en datos que requiere que los códigos se desarrollen como tal como se analizan sobre la lectura de los datos sin procesar en sí y, por lo tanto, los códigos y temas están fuertemente vinculados a los datos (Braun & Clarke, 2006). Los códigos iniciales se generaron utilizando palabras utilizadas en los textos fuente siempre que fue posible garantizar que los códigos representaran con precisión los datos. La siguiente fase consistió en la búsqueda de temas y patrones más amplios entre los códigos. A continuación, se revisaron y perfeccionaron los temas y se organizaron extractos de datos para representar cada tema.

4.3 El método de trabajo: las narrativas del comer saludable, élogos de la obesidad, etnografiando la región Tijuana, San Diego.

Desde un punto de vista metodológico, esta investigación cualitativa se sitúa dentro del marco general de la investigación narrativa y etnográfica (Creswell, 2003). Como se ha mencionado capítulos atrás, la investigación narrativa busca comprender cómo el discurso sirve para constituir las experiencias y acciones de los participantes en ambientes particulares, o, cómo prácticas lingüísticas proporcionan un espacio discursivo desde donde la cultura es creada, confirmada y debatida (Polleta, 2011; Álvarez Roldán, 2008; Quintero, 2002; Hunt, 2000; CruikShank 2000; Ruiz-Callado, 1999). Enfatizando la importancia del discurso, que es constantemente creado y reformulado como un medio para concebir un sentido coherente del yo y evaluar/evocar sentimientos y proposiciones culturales (Garro y Mattingly, 2000; Csordas, 1997, Good, 1994; Stromberg, 1993; Linde, 1993; Kleinman, 1988; Bruner, 1984).

Retomando lo anterior esta investigación parte de la premisa de que el método etnográfico es especialmente apropiado para la investigación cualitativa porque busca comprender el significado de los fenómenos estudiados para los actores sociales. Siendo que esta estrategia de investigación está caracterizada por tres rasgos distintivos: 1) la estrecha interacción con las personas en su entorno, 2) presta especial atención a las motivaciones y categorías de las personas del estudio y 3) durante la investigación se utilizan simultáneamente múltiples técnicas para recoger y analizar los datos y se persigue una comprensión integral u holística de los procesos estudiados (Bernard, 2006).

El objetivo de este trabajo es examinar cómo narrativas personales proporcionan un discurso contemporáneo para racionalizar muchos de los problemas epidemiológicos y sociales que afrontan. Este estudio tiene un enfoque cualitativo para examinar las narrativas de la obesidad, situadas en la región Tijuana-San Diego. Los datos de la investigación (n = 74) fueron recopilados mediante entrevistas semiestructuradas con base en un guion etnográfico, la aplicación fue individual (30-45 minutos), realizadas entre octubre y noviembre de 2019, a población abierta (18 a 65 años). Las entrevistas fueron grabadas y transcritas a un total de 33 hombres y 41 mujeres.

El guion etnográfico con base en el cual fue estructurada la entrevista parte, del conocer las representaciones sociales de la obesidad por parte de los entrevistados, en todas sus dimensiones, no sólo como un término médico utilizado para describir un estado de peso corporal excesivo (al menos un 20% más alto que la norma estipulada dentro de una categoría de población específica [Simon, 2011]), medida que durante mucho tiempo se ha debatido si es relativa y no debe usarse como un estigma para etiquetar a las personas con sobrepeso; sino más bien conociendo los discursos sobre la salud alimentaria de la población de estudio

En las entrevistas la vigilancia epistemológica nunca perdió de vista que la investigación es de carácter antropológico, por lo tanto, la discusión nunca tuvo la intención de enfrascarse en los discursos y conocimientos médicos sobre el tema, debido a que cuestiones respecto al hecho de que el peso de una persona excede significativamente una determinada norma para su edad y sexo, la salud y el bienestar de esa persona tienden a disminuir en general en su calidad de vida; son cuestiones epistemológicas ajenas a la antropología. Si bien desde los manuales médicos se ha descrito que la obesidad no puede considerarse una enfermedad grave en el sentido comúnmente establecido de este término, porque no es contagiosa como la gripe, irreversible como el SIDA, o mortal como el cáncer. Sin embargo, es más común que recientes estudios sobre el tema demuestren que existen numerosos vínculos con una mayor probabilidad de enfermedades relacionadas con el corazón, depresión, diabetes y envejecimiento prematuro del cuerpo en general y del cerebro en particular (Taylor et al., 2012). Además, los estudios médicos que han mostrado como la obesidad disminuye la calidad de vida general, ya que a una persona obesa le resulta difícil disfrutar de actividades simples, mantenerse enérgica y activa, tener éxito en los deportes y disfrutar de una dieta completa (Lifshitz & Lifshitz, 2014). Por lo tanto, cuando se habla de obesidad en países como Estados Unidos y México, donde el problema es especialmente agudo y crítico, es menester considerar las causas y factores más probables de la obesidad, a fin de llegar a un programa de salud eficaz para abordar la problemática. Una manera de conocer tales causas es conociendo los discursos populares, las églogas sobre la obesidad y el comer saludable de las personas que habitan en una región fronteriza internacional como la de Tijuana, México y San Diego, Estados Unidos.

Si bien los argumentos respecto a que la obesidad puede estar genéticamente predispuesta y que hay pocos gobiernos y organismos de la sociedad civil que puedan hacer

frente a este hecho y que por ello algunas personas nacen con una mayor probabilidad de tener sobrepeso y eventualmente más obesas que otras. Dicha predisposición no puede considerarse un "problema puramente estadounidense o mexicano", ya que se extiende casi por igual entre los grupos raciales y étnicos sin discriminar en ambas regiones. Las estadísticas muestran que alrededor del 20% de las personas en el mundo sufren de obesidad (Clément et al., 2020; Ishak et al., 2019). Sin embargo, en los países de la OCDE este número es significativamente mayor para la población estadounidense y mexicana (PAHO, 2017).

Por lo tanto, analizar aquellos factores populares atribuidos a las dietas saludables pueden contribuir y brindar información desde el punto de vista de la población en general que brinde pautas para entender por qué el problema de la obesidad no para de incrementarse en ambos países. Por tal motivo esta investigación partió de la premisa que conociendo el factor de los hábitos alimenticios a través de las narrativas sobre dietas saludables brindaría algunas de las pautas para evaluar a futuro el papel que los metadiscursos políticos y económicos sobre la problemática han sido interiorizados y naturalizados por la población en general.

Estadounidenses y mexicanos tienen muchos hábitos alimenticios poco saludables, incluida la popularidad de la comida rápida y el consumo de refrescos. Comer papas fritas, pizza, hamburguesas con queso y beber Coca-Cola son los principales inhibidores del metabolismo en la sociedad estadounidense y mexicana moderna (Ishak et al., 2019; Nielsen et al., 2002; F. L. Théodore et al., 2019). Al consumir tales alimentos y bebidas regularmente, los adolescentes, adultos y niños reducen su metabolismo hasta 12 veces, como lo han demostrado las investigaciones (Harris y Jenkins, 2008). Además, numerosos problemas de salud, como úlceras, disbacteriosis, colecistitis y diabetes, que también están directamente relacionados con los hábitos alimenticios, tienen una influencia negativa en el peso de una persona y la cantidad de grasa en el cuerpo. Por lo tanto, para reducir las tasas de obesidad el primer paso implica cambiar completamente los hábitos alimenticios (abstenerse o al menos reducir el consumo de comidas rápidas y refrescos).

Hay muchas cuestiones a tomar en cuenta en lo que hábitos alimenticios se refiere, desde la falta de consumo de frutas y verduras frescas en su ración diaria, hasta las fantasías saludables con las que pensamos que un vaso de jugo de naranja, diluido con concentrado y aromatizado con edulcorantes artificiales, o unas pocas uvas en la parte superior de un

pastelito para el postre, o un plato de ensalada de espinacas para la cena, proporcionan la cantidad necesaria de vitaminas, microelementos y minerales para nuestro cuerpo y mente. Sin embargo, esto está lejos de ser cierto, como informan los dietistas. Cinco frutas diferentes y cinco verduras diferentes al día es el requisito mínimo para un desarrollo saludable (Parker et al., 2011).

Las claves de una dieta saludable es comer en variedad y comer productos frescos cultivados en el jardín. Pero en la región Tijuana-San Diego hay pocos lugares donde se vendan frutas y verduras frescas, recién cosechadas y cultivadas de forma natural en los mercados locales. En la mayoría de los casos, son las cadenas de supermercados las que distribuyen dichos productos en ambos lados de la frontera. Las frutas y verduras de un supermercado, como Walmart, Bodega Aurrera o Safeway, no proporcionan ni la mitad de los nutrientes en comparación con las frutas y verduras cultivadas en un huerto, recogidas justo antes del consumo y cultivadas sin usar pesticidas y fertilizantes.

Mantener nuestros propios jardines y cultivar nuestras propias frutas y verduras no es un acto que la mayoría de los tijuanaenses y sandieguinos puedan o quieran hacer. Sin embargo, es interesante conocer cuáles son las posturas de las personas respecto a una dieta saludable, sus hábitos de consumo y también alimenticios, porque a partir del conocimiento de tales hábitos es factible conformar propuestas saludables con base en la perspectiva de las personas, que al fin de las cuentas cuando se trata de salud, la prevención y la precaución siempre son menos costosas que el tratamiento posterior. Por lo tanto, es sugestivo conocer cuáles son las estrategias y soluciones que las personas ponen en práctica en la compra de sus productos (hábitos de consumo) alimenticios, los alimentos que consideran saludables, sus representaciones de la obesidad y los contextos e historias sobre lo que consideran sus hábitos alimenticios saludables.

4.4 Guion etnográfico, nodos de análisis del vaciado de entrevistas.

4.1.1 Vida cotidiana.

Criterios que explora y profundiza la narración⁹:

⁹ La clasificación de los entrevistados corresponde al siguiente orden: código de identificación, género, edad, residencia. La tipología de identificación es la siguiente: "CECD", con conocimiento de personas cercanas

- Explorar su jornada laboral: sus tiempos en el transporte y centrarse en los momentos del día que ingiere alimentos.
- ¿Dónde come?, sus horarios y tiempos de comida, ¿con quién come regularmente?, ¿prepara sus alimentos o acostumbra comer en la calle?
- Si sus tiempos laborales no le permiten preparar sus alimentos, cuáles son los lugares en los que acostumbra comer regularmente y cuáles son los criterios que toma en cuenta para elegir los lugares en donde come: tiempo de espera, costo, sazón y sabor de los alimentos, tipo de platillos que preparan en el lugar.

Tabla 1 Narrativa de la "vida cotidiana" en hombres de 17 a 22 años

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|---|--|
| 1 | Entrevistas\CECD-Hombre-17-Preparatoria (2) | Hombre Joven CECD: Con conocimiento de personas cercanas (parientes o amigos de su círculo familiar) con obesidad o algún padecimiento crónico degenerativo (Diabetes o Hipertensión). |
| 2 | Entrevistas\CECD-Hombre-17-Preparatoria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Hombre-18-Preparatoria (2) | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Hombre-18-Preparatoria (3) | |
| 5 | Entrevistas\CECD-Hombre-18-Preparatoria | |
| 6 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria (2) | |
| 7 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria (3) | |
| 8 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria (4) | |
| 9 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria | |
| 10 | Entrevistas\CECD-Hombre-20-Preparatoria (2) | |
| 11 | Entrevistas\CECD-Hombre-20-Preparatoria (3) | |
| 12 | Entrevistas\CECD-Hombre-20-Preparatoria | |

(parientes o amigos de su círculo familiar) con obesidad o algún padecimiento crónico degenerativo (Diabetes o Hipertensión); “SFCD”, no conoce a personas con obesidad o padecimiento crónico degenerativo; “DCECNT”, persona que padece alguna enfermedad Crónica no Transmisible (con obesidad, Diabetes, Hipertensión).

| | | |
|----|---|--|
| 13 | Entrevistas\CECD-Hombre-21-Preparatoria | |
| 14 | Entrevistas\CECD-Hombre-22-Preparatoria | |

No tengo tiempo de desayunar en casa ya que me voy muy temprano y mi mamá sólo se levanta para llevarme a la escuela, así que por lo general como en el trabajo porque por así decirlo me regalan la comida. Como gratis casi siempre, aprovechando que en mi trabajo hay una gran variedad de productos que puedo consumir, la mayoría es comida rápida, como sushi, ramen coreano, japonés, pizza, hamburguesas, cafés, crepas, y también hay bebidas. Por ello puedo decir que mi alimentación son dos comidas, una en mi trabajo y la otra en la noche cuando llego del trabajo.

Me levanto a las 5:30 de la mañana para después ir a la escuela, previamente de ir a la escuela desayuno junto con mi mamá, mi papá y mis hermanas, y mi madre aprovecha para hacerme lonche. Estando en la escuela como a las 10 u 11 de la mañana me como mi lonche. Salgo a las 2 de la tarde a veces de la escuela, en ese horario tengo entrenamiento de basquetbol, si no lo tengo voy a casa, en casa a veces que hago ejercicio, el resto de la tarde si no tengo tarea y tengo la tarde libre me la paso jugando o simplemente estoy en mis redes o miro la tele, como a las 9 de la noche me duermo.

Despierto a partir de que mi alarma suena y después de retrasarla 10 minutos, despierto, me baño, me pongo el uniforme del trabajo, me despido de mis familiares y me dirijo al trabajo. Cumpló mi jornada laboral, regreso a casa, donde cumpro con las distintas tareas que me asignen o son mi responsabilidad. Después de cumplir con mis tareas y convivir con mi familia, tengo el hábito de leer cualquier libro que tenga cerca, ya sea comics o libros de autores famosos, etcétera, leo de todo. Antes de dormir acostumbro tomar otro baño.

No utilizo ningún tipo de transporte público o privado para ir al trabajo debido a que está muy cerca de casa, camino menos de cinco minutos y ya estoy en el trabajo -mi entrada es a las 09:00 am. Mis labores en el trabajo son de limpieza, por la mañana, centrando nuestra atención en la limpieza y acomodo de las secciones del restaurante. A partir de las 11:00 am ya está completamente abierto, los clientes empiezan a llegar a partir de las 12:00 am, a partir de ese comienzan mis labores como mesero, mi jornada finaliza hasta las cinco de la tarde.

Me levanto a las nueve, ocho y media o diez de la mañana, hago mi primera comida, después voy al gimnasio, duro aproximadamente dos horas en el gimnasio y al salir hago la siguiente comida. Mi rutina de lunes a domingo es entrenar en la mañana todos los días y comer cada tres horas. En la tarde como a las cuatro de la tarde, sólo espero que pasen tres horas para comer de nuevo, acostumbro dormirme aproximadamente a las diez u once de la noche. Los sábados voy a la escuela y algunos fines de semana trabajo en Estados Unidos, estudio nutrición.

Despierto a las ocho de la mañana, desayuno, hago media hora de transporte al gimnasio, estoy tres horas allá, me baño, me cambio y entro a trabajar a la una de la tarde. Trabajo nueve horas después tomo un camión hacia mi casa, llego, ceno y me duermo un poco tarde. Acostumbro preparar mis alimentos aprovechando que estudié la carrera de gastronomía, por eso me es más fácil cocinarme que comprar comida de la calle.

Me levanto a las 4:50 am me baño, desayuno algo, preparo mi lonche, llego a mi trabajo como a las 6:00 am, salgo a comer como a las 10, 10:30 u 11:00 am, dependiendo si tengo o no tengo hambre. Lo que lleve de lonche es lo que como, salgo de mi trabajo, hay un comedor muy cerca, es ahí donde acostumbro comer, después regreso al trabajo. Del trabajo salgo a las dos de la tarde, voy a mi casa para hacer tiempo, tareas, pasatiempos, juegos, lo que sea, dormir; y a las seis o un poco antes, salgo de mi casa para llegar a mi escuela, donde estudio de seis a diez, estoy estudiando una ingeniería en desarrollo de software, salgo de la universidad, y al llegar a casa voy directo a bañarme y dormir.

Me levanto, hago la limpieza del cuarto de mis perros, les doy de comer, hago la limpieza de mi cuarto, de la sala, del baño, y si no salen más cosas de limpiar, desayuno. Por la tarde, sigo limpiando y salgo a entregar solicitudes porque estoy desempleado. Por la tarde, ciertos días, suelo hacer entrenamientos, 2-3 horas, después de los entrenamientos hay partidos, y ya. Llego en la noche, como suele estar limpio, pues no más juego un rato con conocidos, escucho música un rato, ceno y a duermo, y lo mismo al día siguiente.

Acostumbro cambiar mi dieta cuando estoy de vacaciones y cuando estoy en la escuela, ya que los horarios de la escuela alteran mi alimentación y ahorita que estoy en horario escolar me levanto regularmente a las 7 de la mañana y es cuando desayuno, o depende, si tengo mucha tarea también me levanto un poco antes a las 6:00 y es cuando desayuno para poder ir al gimnasio a las 9:00 o a las 8 de la mañana. Acostumbro estar una

o una hora y media en el gimnasio y regreso a casa, me baño y vuelvo a comer como a las 11:00, ya después a las 12 de del mediodía me voy a la escuela y tardo una hora en llegar. Al llegar me tomo un café, y ya después siempre llevo lonche, ya sea fruta, y aparte llevo una comida que contenga pollo y arroz blanco, esa me la como el rededor de las cinco o un poco antes, o a las cuatro y ya después que llego a mi casa como a las 8:20 pm, es cuando vuelvo a comer. Entre esas horas también, hago las comidas saludables que no llevan prácticamente grasa ni nada de eso, pero, como estoy en la escuela, me da por comer también mucha chatarra así que entre las horas de que entro a la escuela siempre me llevo unas papitas, soda y enfrente venden pizza, así que pues regularmente, ingiero pizza y chatarra diariamente.

Muchas veces de las primeras cosas que hago cuando despierto es bajar a desayunar, a ver las noticias un rato y tomar una taza de café todas las mañanas, después de eso me meto a bañar y limpio mi cuarto. Yo entro a trabajar a la una de la tarde, así que tomo saliendo de mi casa, tomo un autobús que me deje en la 5 y 10 para entrar a laborar un día normal. Las jornadas son de la una de la tarde hasta las nueve de la noche. Trabajo en una cafetería. Usualmente mi tiempo se pasa haciendo pedidos, atendiendo y así hasta que llegan las 8 de la noche que es cuando dejo de hacer pedidos y empiezo a limpiar, rellenar cosas necesarias para la tarea, sólo para que el siguiente turno de la mañana entre a trabajar directamente. Después de eso, salgo a las 9:00 pm, tomo un transporte que me deja sobre el Bulevar Bellas Artes, que es por donde vivo. Al llegar ceno algo, me quedo viendo no sé, redes sociales o videos. Unos minutos después de eso me meto a bañar y me dispongo a dormir.

Cuando me levanto tomo un vaso de agua, voy al baño, desayuno, hago mi desayuno, me baño, me arreglo para irme a trabajar, como de nuevo como a las 12 de la tarde, llevo mi comida y a la hora de las 4 o 5 de la tarde, agarro otro break para comer, cuando salgo del trabajo me dirijo a mi casa, llego y ceno, ya por último ahora sí me duermo.

Pues generalmente me despierto entre 10 y 11 de la mañana de ahí voy a dejar a mi sobrino a su escuela me regreso a mi casa para continuar con mis tareas. Generalmente termino mis trabajos a las dos de la tarde y de ahí pues ya paso a arreglarme para venir a la escuela. Entro a la escuela entre 4 y 5 de la tarde por lo que empiezo a arreglarme como una hora antes de ir a la escuela. A veces cuando tengo tiempo como algo antes de venirme, sino simplemente dejo la comida hasta que llegue otra vez a mi casa. En la escuela estoy entre 4 y 6 horas, generalmente no como nada o a veces como algún burrito o algo así. Siempre

tomo agua o dulces, procuro llevar dulces, como caramelos. Cuando acabo el día en la escuela lo único que quiero es ir a mi casa, cuando llego generalmente tienen lista la cena, que muchas veces es la comida, pero como ya no alcancé a comer nada en la tarde, pues mi hermana siempre me guarda. Llegando de la escuela después de comer me pongo a hacer mis trabajos, mirar un poco televisión y acostumbro dormir como a las doce, porque al fin de las cuentas despierto como a las 10 u 11 de la mañana.

Tabla 2 Narrativa de la "vida cotidiana" en hombres de 23 a 28 años

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|---|--|
| 1 | Entrevistas\CECD-Hombre-23-Preparatoria (2) | Hombre Adulto Joven CECD: Con conocimiento de personas cercanas (parientes o amigos de su círculo familiar) con obesidad o algún padecimiento crónico degenerativo (Diabetes o Hipertensión). |
| 2 | Entrevistas\CECD-Hombre-23-Preparatoria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Hombre-24-Universidad | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad (2) | |
| 5 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad (3) | |
| 6 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad (4) | |
| 7 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad | |
| 8 | Entrevistas\CECD-Hombre-28-Preparatoria (2) | |
| 9 | Entrevistas\CECD-Hombre-28-Preparatoria | |

Me levanto alrededor de las 8 o 9 de la mañana, me lavo los dientes de ahí paso a la cocina me preparo un café, preparo desayuno con mi familia con mis hermana y con mi papa, de ahí leo... bueno hacemos aseo en la casa después de ahí ya que tengo un poco de tiempo libre antes del trabajo me pongo a leer o a terminar unos documentos que necesite... a escribir un poco también posiblemente ya me baño, me arreglo me aseo y me voy al trabajo en el trabajo duro aproximadamente 5 horas de las 2 de la tarde hasta las 7.. de ahí salgo del trabajo tomo transporte público hacia mi domicilio y ya a lo mejor puedo ir a... o dependiendo que lleve carro salgo a comer con algún amigo, salgo a cenar, lo visito o si no llego como algo y ya

otra vez me pongo a leer a terminar documento a algún tipo de entretenimiento como pueden ser plataformas digitales o lo que sea.

Debería despertarme a las 5:40 de la mañana, pero me despierto a las seis y media. Entonces ando de prisa, no me despierto, me lavo los dientes, me baño, me cambio, me hago un licuado de plátano con leche y lo que sea, llevo a mi hermana a la escuela. Luego yo me voy a la escuela, mi hermana va en el CAR y entra a las ocho y yo también entro a las ocho. Llego a la escuela, normalmente salgo a las dos y ya de ahí, pues entre clases desayuno, pero bueno, pues me llevo alguna fruta, ya sean uvas o algún snack más, como una granola. Si logro levantarme temprano alcanzo a desayunar huevos con tortilla, de hecho, en mi casa acostumbramos desayunar un huevo con algo y ya. Llego a mi casa como a las tres o cuatro de la tarde. Me preparo carne con algo, la verdad, creo si me falla mucho consumir verduras, pero si agarro fruta o lo que sea para acompañar mi comida. Ya para las siete de la noche entreno boxeo tailandés. Del entrenamiento salgo como a las nueve, nueve y media de la noche, llego a casa y ceno. Trato de cenar ligero, pero a veces tengo mucha hambre y si me hago algo un poco más fuertecillo, depende de si mi mamá hizo comida para el almuerzo. Bueno, pues hago muchas cosas para empezar, pues trabajo y estudio. Entonces, realmente no tengo mucho tiempo para mí. Solo me despierto aproximadamente a las cinco y media de la mañana. Inmediatamente después me baño y si realmente me acerco a las cinco y media, me da tiempo y me hago desayuno. Si no sólo me baño y me voy a trabajar. Y en el trabajo compro algún tipo de comida rápida en el Carl's Junior o en el puesto de burritos de la señora, y ya me pongo a trabajar. Estoy casi todo el tiempo sentado tomando llamadas, hasta que son las 12 del día y ahí consumo mis alimentos. Si tuve tiempo el día anterior me habré preparado algo de comer, que es por lo general pasta y pollo o algún tipo carbohidrato y proteína. Luego, saliendo a las cuatro de la tarde, voy a la escuela. Si hay tiempo también entre clases, pues trato de comer algo en la cafetería o voy a mi casa que me queda cerca y como algo rápido. Cuando finalizan las clases, vuelvo a mi casa, como algo rápido, como puede ser una fruta o algún snack, y voy al gimnasio. Llegando del gimnasio, me tomo un batido de proteína, me baño, como algo ligero y me voy a dormir. Y también si me da tiempo, pues hago mi comida para el día siguiente. Si tengo tiempo, a veces preparo alimentos para tres o cuatro días, esto por lo general lo hago los fines de semana. Tanto a mi trabajo como a la escuela puedo llegar caminando.

Sí, por lo regular casi todos mis días son dependientes. Por ejemplo, en la mañana me levanto, me baño, voy a la escuela por las tardes. Estudio de alta costura. Por las tardes tengo un negocio de ventas por internet, vendo ropa, ropa para damas y caballeros y me dedico a entregar los pedidos que hago durante el día y por la tarde noche. No tengo un horario específico de entregas porque va surgiendo conforme el cliente me vaya diciendo la disponibilidad que tengan y ya por la tarde noche, por ejemplo, voy a cenar, voy por un café y llego a casa a dormir. A la escuela voy en transporte público.

Pues mi jornada Laboral empieza a las 5:30 la mañana, pues obviamente me levanto y lo básico, pues peinarme, los dientes entre otras cosas. Luego de trabajar regreso como a las 8 de la mañana, desayuno, me baño, voy a la universidad, salgo como a las 2 de la tarde más o menos, vuelvo a trabajar otro rato como a eso de las 4:30 a 5:00 de la tarde y regreso a mi casa a comer y de ahí me vuelvo a salir a trabajar y regreso a las 10 u 11 de la noche y me voy a dormir. A mi desayuno le dedico un mínimo de media hora. Acostumbro desayunar con mi familia, mis hermanos y mi mamá. Acostumbro poco comer en la calle, todo depende de lo que se me antoje, puede ser desde pizza, ya sea Pizza Hut, Dominos, Little Caesars; una hamburguesa en Carl's jr, entre otras cosas; el sabor de la comida es lo que influye en la elección de la comida.

Un día normal de mi vida es variable porque tengo diferentes estilos de vida en cuanto al día de la semana. Por ejemplo, los días entre lunes y viernes mi horario común es cuatro y media de la mañana levantarme. Me despierto me levanto y bajo a la cocina, pongo agua en mi cafetera a calentar para que en lo que me estoy bañando hierva el agua para hacer un cafecito. Ya una vez que me doy una ducha o un baño salgo de mí de mí del baño y me voy a preparar para lo que tenga pendiente. Recojo primero que nada mi mochila de la escuela, reviso mis cuadernos tomo lo que voy a ocupar para la escuela, lo echo en la cajuela y ya una vez que estoy listo bajo otra vez para tomar café con una galleta y me conecto. Trabajo de conductor de Uber entonces me conecto a la aplicación y espero que me caiga un viaje en lo que me estoy tomando mi café prendo la tele y veo las noticias mientras. En cuanto me cae un viaje pues apago la tele lavo mi taza, me despierto con el café y me voy corriendo al carro para ir a buscar a la persona. En eso transcurre desde las 6, 5 y media 6 de la mañana hasta las doce y media de la tarde comúnmente en el transcurso de ese tiempo a veces tengo compañeros de Uber que van conmigo a desayunar entre las 10:00 y las 12:00, dependiendo

de cómo andamos de trabajo. Después de las 12 ya cuando me desconecto a las dos y media voy a la facultad a la biblioteca para hacer tareas. Algunos días voy al gimnasio hasta las dos de la tarde, porque ya a las dos de la tarde estoy en la escuela haciendo tareas, revisando mis cuadernos en la biblioteca esperando que sean las 4:00 que comienzan mis clases, en la cafetería, donde consumo una soda, un jugo o un suero cualquier cosa que sea líquida.

Me levanto temprano por la mañana me hago un desayuno, normalmente es un licuado plátano o huevo, avena, un poco de proteína, leche y un pan tostado, crema de maní o mantequilla y mermelada de fresa. También voy a mi trabajo normalmente de seis a dos de la tarde. Tomo un desayuno completo a las 10 en el comedor. Después del trabajo voy al gimnasio entre dos horas y dos horas y media, en ocasiones un hasta tres. Una vez que llego a mi casa ceno aproximadamente a las siete u ocho de la tarde, normalmente es pechuga de pollo, arroz, aguacate, verduras cocidas; puede ser también un bistec o pescado. Pero lo más común es pollo. El aguacate no puede faltar y un agua natural, ya sea de pepino, de limón, algún jugo y antes de dormir una o dos horas antes, un pan dulce, un aperitivo, un antojo, una fruta, una manzana, un jugo de naranja. Y bueno, ya después de comer vuelvo a la cama, aproximadamente a las nueve y media o diez de la noche, para despertar nuevamente el día siguiente a las cinco de la mañana y eso es todo.

Sí, bueno, pues yo me levanto por ahí de las 5:40, aproximadamente a las 6 ya estoy esperando mi transporte para llegar puntual a las 7 a mi trabajo ya estando ahí, pues la jornada transcurre hasta las 5 de la tarde y me dicen si llevo un lonche únicamente para el desayuno y acostumbro comer allá en el desayuno y la comida en el desayuno, sí me lo llevo el lonche, lo preparo en la noche y ya en la comida compro. Compro en la cafetería de la empresa, que es sobre comer dos veces más en esos horarios. Si ya posteriormente con una vez saliendo del trabajo a las 5 de la tarde llego a mi casa casi a las seis y ya estamos dando la cena entre las 6 y 7 de la noche y ya posteriormente, pues voy a descansar un poco con la familia, distraerte un rato y ya a veces ya por ahí de las nueve, pues a lo mejor se antoja algo un café con unas galletas para el tono clásico y ya a las 10, ya otra vez a dormir, a preparar el lonche del día siguiente y reiniciar la jornada de la jornada. Pues es un día entre semana, ya no al fin de semana, pues ahí sí ya varía un poco las veces me levanto más tarde de lo habitual, lógicamente, y ya la comida es rara la ocasión que salgo a comer a un restaurante, casi todo se prepara en casa.

Me levanto a las 5:30 de la mañana tomo una ducha, me preparo, me alisto para irme al trabajo a las 7 de la mañana, tomo el taxi para el trabajo, hago de transcurso una hora, llego al trabajo, salgo a las 5 o 6 de la tarde, hago una hora y media o dos horas de transcurso del trabajo a la casa llego aproximadamente a las 6 y media de la tarde, ceno y me pongo a hacer tarea y ya es todo mi día.

Generalmente me levanto a las 6:20 de la mañana y me meto a bañar. Cabe mencionar que una noche, en la noche anterior, dejo mis cosas listas, lo que me voy a poner, entonces me baño, me cambio, posteriormente tomo un café, desayuno algo ligero y me voy al trabajo. Me voy con tiempo al trabajo paso por mi novia la dejo en su trabajo y llego a mi oficina y empiezo a hacer los pendientes del diario.

Me despierto por lo regular a las cinco de cinco y media de la mañana, me baño y me voy al trabajo, vengo desayunando alrededor de las nueve y media o 10 de la mañana. Mi desayuno por el tipo de trabajo o la siguiente comida es alrededor de las cinco de la tarde y la cena como a las ocho de la noche más o menos.

Tabla 3 Narrativa de la "vida cotidiana" en hombres 35 a 61 años.

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|---|---|
| 1 | Entrevistas\CECD-Hombre-35-Preparatoria | Hombre Adulto CECD: Con conocimiento de personas cercanas (parientes o amigos de su círculo familiar) con obesidad o algún padecimiento crónico degenerativo (Diabetes o Hipertensión). |
| 2 | Entrevistas\CECD-Hombre-44-Preparatoria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Hombre-47-Universidad | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Hombre-51-Primaria | |
| 5 | Entrevistas\CECD-Hombre-56-Primaria | |
| 6 | Entrevistas\CECD-Hombre-56-Universidad | |
| 7 | Entrevistas\CECD-Hombre-61-Universidad | |

Me levanto alrededor de las seis y media, nos preparamos para iniciar el día debido a que tengo a mis hijos a la escuela. Tengo un hijo en la preparatoria y otro en la secundaria. Los llevo a la escuela, posteriormente llego a mi esposa al gimnasio. Mi trabajo de escritorio lo realizo en casa, voy por mi esposa entre las diez y las diez y media. Desayuno y continuo con las labores de mi trabajo. Como me dedico a la asesoría inmobiliaria, voy a realizar los

trámites en las dependencias de gobierno, dependiendo del trabajo que tengo y las filas que estén en ese momento. Una vez desocupándome, ya sea que me vaya directamente a recoger a mis hijos a la escuela, llevarlos a la casa, comer y dependiendo si queda trabajo pendiente, darle continuidad y ahí le sigo en mi día con una cena tranquila y después de dormir.

Me levanto a las cinco o seis de la mañana, preparo un café o algo para comer, le preparo algo a mis hijos cuando ellos están en la casa o les dejo algo ya hecho para cuando se levanten y les dejo dicho que hay algo que coman y ahí ya me vengo a trabajar a lo que voy a hacer y les hago una llamada a la hora del lonche o a las cuatro de la tarde para saber si comieron.

Todos los días me levanto a las cinco de la mañana para prepararme para ir a trabajar, me baño, desayuno y me voy a trabajar. Llego a trabajar poco antes de las 7 de la mañana. Generalmente salgo a comer a la una de la tarde, como en los lugares que estén cerca de donde estoy trabajando, procuro generalmente que sea un lugar limpio, que la comida esté sabrosa y que no esté muy cara. De ahí regreso a trabajar y salgo a las cinco de la tarde, y ya me regreso a mi casa, descanso un rato, ceno y veo televisión un rato y me acuesto.

Me despierto aproximadamente a las 6 de la mañana, me meto a bañar, eh, posiblemente desayuno rumbo, al trabajo a las 7:30 para llegar a las, 8 de la mañana al seguro social, soy jefe de la oficina de vigencia de derechos que se encarga el tema de pensiones y de que toda la gente tenga seguro social en las clínicas, ese es un trabajo que desempeñó con la problemática que se presenta, de las clínicas, y las personas que tienen problemas para temas de pensión, ahí estoy involucrado am de las 8 a las 4 y en ocasiones hasta las 5 de la tarde, posiblemente salgo de trabajar y me dirijo al mercado a comprar algo que falte de comida, llegó aproximadamente a mi casa a las 6:00, de la tarde, eh, voy a, cenar y posteriormente voy a, ver un poco de televisión para, este finalmente ya entre 8 y 9 de la noche irme a dormir.

Tabla 4 Narrativa de la "vida cotidiana" en mujeres 17 a 29 años

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|--|---------------|
| 1 | Entrevistas\CECD-Mujer-17-Preparatoria (2) | |

| | | |
|----|--|--|
| 2 | Entrevistas\CECD-Mujer-17-Preparatoria | Mujer Joven CECD: No conoce a personas con obesidad o padecimiento crónico degenerativo. |
| 3 | Entrevistas\CECD-Mujer-18-Preparatoria (2) | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Mujer-18-Preparatoria (3) | |
| 5 | Entrevistas\CECD-Mujer-18-Preparatoria | |
| 6 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (2) | |
| 7 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (3) | |
| 8 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (4) | |
| 9 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (5) | |
| 10 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria | |
| 11 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (2) | |
| 12 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (3) | |
| 13 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (3) | |
| 14 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (4) | |
| 15 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (5) | |
| 16 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (6) | |
| 17 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria | |
| 18 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria (2) | |
| 19 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria (4) | |
| 20 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria (5) | |
| 21 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria | |
| 22 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Universidad | |
| 23 | Entrevistas\CECD-Mujer-24-Preparatoria | |

| | | |
|----|---|--|
| 24 | Entrevistas\CECD-Mujer-24-Universidad | |
| 25 | Entrevistas\CECD-Mujer-25-Universidad (2) | |
| 26 | Entrevistas\CECD-Mujer-25-Universidad (3) | |
| 27 | Entrevistas\CECD-Mujer-25-Universidad | |
| 28 | Entrevistas\CECD-Mujer-27-Secundaria | |
| 29 | Entrevistas\CECD-Mujer-29-Universidad | |

Me levanto, me lavo la cara, los dientes, si me da tiempo desayuno y me arreglo para ir a la escuela. Voy a la escuela, a veces desayuno en la cafetería de la escuela o en mi casa. Todo depende el día de clases porque algunos días realizo deporte. Llego a mi casa como, hago mi tarea, realizo todo desde casa. Al llegar a casa me baño, me pongo a revisar mis redes, veo una serie, una película o alguna cosa así, a veces leo un libro, reviso otra vez mis redes sociales y después ya me voy a dormir por ahí de las dos de la mañana.

Suena la alarma de mi teléfono lo reviso bastante tiempo para despertarme, voy a la cocina como a las 10:00 am tomo mi desayuno, siempre como huevos. Después me lavo los dientes preparo mi uniforme, mi mochila, me cambio y salgo a tomar el taxi, camino aproximadamente 10 minutos para poder llegar al Bulevar y de ahí tengo que esperar el taxi de cinco a diez minutos y el tramo para llegar a la prepa es de 10 minutos. Así que hago media hora para poder llegar a la escuela. Después tengo un día normal de clases, salgo a las 5:00 de la tarde y siempre acostumbro comer hotdog. Después salgo a las 7:50 y vuelvo a tomar el taxi, camino desde el bulevar a mi casa, llego, me cambio cenó como a las 9:00, miro el teléfono y ya me duermo.

Los lunes, jueves y viernes me encargo de mis primos y mi hermano para ir a la escuela. Entonces, esos días me levanto a las 6:20 y los llevo a la escuela, regreso y me duermo otro rato. Después despierto, me baño, desayuno y hago alguna tarea o algún trabajo y ya me alisto para la escuela. Entro a las cuatro, regreso como a las ocho o nueve, depende la hora que salga, al llegar cenó y me duermo.

Me despierto a las 8 de la mañana, me baño y me alisto para irme a la escuela, a las nueve bajo a desayunar. Normalmente desayuno algo ligero como un cereal, un sándwich,

emparedado o chilaquiles, huevos o hotcakes, bebo licuados o agua natural. Y me voy a la escuela a las nueve y media para entrar a las 10 de la mañana que comienzan mis clases. Salgo a las dos de la tarde, regreso a mi casa alrededor de las dos y media. La comida la hago con mi mamá que por lo general hace mucha comida mexicana y si no compramos en la calle y comemos en casa lo que viene siendo, pues enchiladas, empanadas, burritos, teriyaki, hamburguesas, hotdogs, pizzas, a veces hace carnes asadas, bistecs y pues otras cositas. Después de que como empiezo a revisar todos mis deberes del hogar, que ya viene siendo lo que es limpiar, pues ayudarle a mi mamá en casa. Y me pongo a estudiar hasta las siete, que es la hora de cenar y ya ceno algo más ligero lo que viene siendo un cereal o cosas muy ligeritas. Y me pongo a ver programas o estudio, depende si tengo tareas, sus trabajos y cómo a veces snacks en lo que me voy antes de irme a dormir, lo que vienen siendo galletas, Sabritas, cosas así. Y es todo, me voy a dormir.

Estoy trabajando de lunes a viernes. Me levanto a las nueve y bajo a la cocina a desayunar. A veces me pongo a ver un rato las series en Netflix. Me encanta ver Friends, así que me veo unos capítulos de Friends. Después subo, me baño comienzo a arreglarme para irme a trabajar. Desde que me maquillo me arreglo el cabello, me cambio y ya me voy al trabajo una hora, 10 minutos antes de mi hora de entrada tengo que agarrar camino por el tráfico y después, ya que llego al trabajo, pues ya tengo que dejar todas mis cosas en un locker y ya trabajo de 12 a 8 de la noche y mis lonches son las cuatro de cuatro y media, cinco días me dan 40 minutos de noche, usualmente dependiendo de si estoy muy estresada o tengo mucho trabajo. A veces si me alcanza o tengo ganas de ir a un lugar a comer algo bien, a veces simplemente me compro un café y ya me encanta mucho ir al café del club. Cuando tengo más tiempo y ganas, voy a los burritos de La Rampa, que están ahí por la Lázaro Cárdenas, ¡que están muy buenas!

Me levanto alrededor de las cinco de la mañana, me cambio, me maquillo, le doy de comer a mis perros, me siento en el sillón y luego mi papá me lleva a la escuela. Llego a la primera clase que es álgebra. De ahí voy a la cafetería, me compro un burrito para comer entre clases en la escuela. Cuando son las dos de la tarde tomo la parada para ir de vuelta a mi casa, llego a las tres de mi casa, me duermo, comienzo a limpiar y luego hago mi tarea. Llega mi mamá y preparamos la cena. Ceno y luego me subo a hacer la tarea, me baño y luego me voy a dormir.

Mis horarios escolares son solamente de lunes a jueves en un horario que podría llamarse intermedio, lo más temprano que yo puedo entrar a la escuela es a las 9 de ahí en los otros días entró a las 11:00, por lo que mi día no empieza tan temprano, tiendo levantarme como a las 8 o 7:30 de la mañana. Me cambio, tiendo mi cama, salgo del cuarto para desayunar, después de que desayuno a veces me preparo lonche dependiendo que tan largo será mi día, y después de eso, manejo hasta la escuela que me queda a 30 minutos aproximadamente de donde vivo. Tengo mis clases y después de eso regreso a casa donde vuelvo a comer, después de mi comida a mediodía aproximadamente tomo un poco de tiempo de ocio en el que sólo veo series o leer un rato. Después continuó con mis tareas de la escuela, ya cuando se mete el sol y llega la noche algunas veces salgo a correr al parque que está cerca de casa, después llego a casa, tomo una ducha y ya me duermo.

Me despierto como 10 minutos antes de las 6, hago mis necesidades, me lavo los dientes, no desayuno. Espero a mi papá, él me recoge hacemos un recorrido como entre 20 y 30 minutos dependiendo del tráfico, me deja a mí primero en la escuela y ya luego deja mis hermanos. En la escuela estoy de 7:00 a 2:00 de la tarde con un receso entre clases. Llego a casa a las 3:00 dejo mis cosas, me cambié, veo si hay algo de comer, si no me preparo algo y después de comer veo algún episodio de una de las series que esté viendo, y me duermo. Me levanto como a las 10 de la noche a hacer mi tarea, como a las 12 acabo, me baño y me duermo.

Pues me levanto alrededor de las 5 y media más o menos, me meto a bañar, desayuno, alisto algunas cosas para ir a la escuela, mi mamá me deja en la escuela, tomo algunas clases, posteriormente voy a mi trabajo y saliendo, a veces voy al trabajo de mi novio y otras veces voy directo a mi casa.

Mi día completo se va en la escuela, tareas y actividades. Entonces, me despierto a las cinco de la mañana, me baño y desayuno más o menos a las cinco y media de la mañana. Mi desayuno depende de lo que se me antoja, ya sea un huevito estrellado con un jamón o avena, o claras de huevo con espinaca, depende mucho de lo que se me antoja, mis desayunos son muy variados. Hago como media hora de camino a la escuela y llego. Entonces, mi primera colación la tomo como las diez de la mañana, puede ser peino, una jícama, una ensalada de atún, lo que lleve. No soy mucho de comprar comida en la escuela porque es una comida cara que no aporta mucho y tampoco entra en mis gustos. En la escuela siempre estoy

tomando mucha agua, solo llevo un termo como de 1.2 litros. Llego a mi casa como a las cuatro y como lo que haya preparado mi mamá.

Pues me levanto muy temprano depende, depende el horario que me toca en la escuela porque estoy estudiando la universidad normalmente me levanto a las 7 o a veces 6 de la mañana. Me arreglo, a veces no alcanzo a desayunar porque prefiero dormir y me voy rápido, en el desayuno como algo muy rápido, una avena o algo que encuentre. Tomo el taxi y hago aproximadamente una hora en llegar a la universidad que está casi por el parque Morelos. Mis clases terminan como a las 2 de la tarde, entro a trabajar a las 2:00 entonces de ahí pues ya me voy al trabajo. Trato de comer un poco antes de entrar y trato de comer bien en el trabajo, después salgo a las 7 u 8 dependiendo de mi horario de trabajo y de ahí, pues ya me voy a la casa.

Me despierto más o menos a las cinco y media, una media hora en lo que tardo en arreglarme y después desayuno. Procuro desayunar algo ligero como un cereal con leche. Lleno una botella de agua y preparo mis cosas para irme y me voy. Normalmente me toma aproximadamente una hora diez minutos llegar al trabajo. Si no logro desayunar en la casa desayuno en el trabajo, todo depende si tengo hambre.

Me despierto como a las 6 de la mañana y mi mamá hace algo de desayunar o yo preparo algo, luego voy a la escuela y después como algo en el trabajo. En el trabajo estoy hasta las 6 de la tarde y por lo general después voy a danza, después regreso a casa a dormir. No acostumbro cenar, todo depende si tengo hambre. Como estoy todo el día fuera de casa acostumbro comer fuera.

Me levanto aproximadamente a las 6, 5 y media de la mañana, me lavo la cara alisto mi ropa para bañarme. Todo esto es un proceso que tengo que realizar en un promedio de tiempo de 40 minutos para poder salir de mi casa cuando máximo a las 7:20 porque en el transporte hago hora y media porque tomo dos transportes para llegar al trabajo. En el transporte acostumbro leer un libro, escuchar música, poner un video o alguna película, algo que me haga pasar el ratito en ese lapso. Mi horario de entrada es a las ocho y media y salgo hasta las tres de la tarde.

Me levanto a las siete de la mañana, me arreglo, me baño, me hago el desayuno. Probablemente termino de recoger las cosas del día anterior, como de la escuela, voy a la parada de transportes, espero como 10 o 15 minutos en lo que pasa y voy a la universidad.

Salgo a las 2 de la tarde, a veces me quedo a hacer actividades extracurriculares y a veces puedo salir a las cuatro. Más tardar me voy de regreso a mi casa o a veces voy a la casa de mi abuela, luego me regreso a mi casa, hago tareas, pierdo un rato de tiempo en redes sociales o haciendo cualquier otra cosa para entretenerme, y normalmente me acuesto casi todos los días entre las 11 y las 12 de la noche.

Me levanto tomo un pequeño desayuno que me toma unos 30 minutos, después me dirijo al trabajo, hago una jornada de 5 horas, de ahí me traslado a la escuela. En la escuela tengo un horario aproximadamente de 2 de la tarde hasta las 10 de la noche y de ahí regreso a casa y ceno un poco antes de dormir. Las comidas las tengo aproximadamente a las 4 de la tarde y pues nada más después de cenar, termino tareas, me baño, hago algunas actividades que tenga pendientes en mi casa en mi cuarto y me voy a dormir.

Mi día empieza a las 5 de la mañana cuando me levanto para ir a la escuela. Lo primero que hago es levantarme, meterme a bañar, desayuno, tomo el transporte a las 6:00, 6:20 para llegar a la escuela a las 7:00, salgo de la escuela a la 1 o 2 de la tarde. Depende qué materia me toque a la última hora. De ahí pues tomo otro transporte, me voy a mi trabajo porque entro a las 3:30, después de las 3:30 espero la hora del descanso para salir a almorzar.

Me levanto y hago estiramiento por 5 minutos porque a veces me siento entumida por mi cuerpo, después arreglo mis cosas para ir a la escuela, bajo a desayunar, por lo regular tomo un licuado o tomo agua y me preparo el lonche muchas veces no alcanzo a completar bien mi lonche porque se me va el tiempo muy rápido y sé que cuando voy para allá a la escuela me compro el desayuno. Entonces casi todas las mañanas tomo café y ya cuando regreso a casa estoy con mi familia y acostumbro comer entre 5:00 y 7 y media de la noche. Después de comer hago tarea y casi siempre termino a las 12:00 o una de la madrugada, ya para las 2 de la madrugada ya estoy totalmente dormida.

Entro muy temprano a trabajar, por eso me despierto súper temprano, a las 5 de la mañana. Me levanto para ir a trabajar me pongo mi uniforme súper rápido porque ando todavía bien dormida y de ahí camino como 10 minutos más o menos y agarró el taxi hasta que pase y ya. Llego a mi trabajo a las 6 de la mañana y salgo a las 2 de la tarde. Al salir voy a la escuela. Salgo de la escuela -depende del día- lo más temprano es a las ocho de la tarde. Cuando llego a casa, si tengo tarea la hago, pero lo primero que hago es ver si mi mamá cocino algo, si sí cocinó pues ya la armé y si no pues ya valí porque tengo que hacer algo

rápido para que me dé tiempo de hacer mi tarea porque generalmente llego como a las 10 a mi casa. Si tengo tarea trato de adelantarla, procuro acostarme lo más tarde es a las 10:00.

Acudo a la escuela en la mañana, dependiendo mi horario, pero casi siempre de 8 a 12 aproximadamente. Cambia el horario dependiendo el día. Saliendo de la escuela voy al gimnasio aproximadamente de 12 a 2, a veces poquito más tarde, puede variar dependiendo a la hora que salga de la escuela. Casi siempre hago dos horas más o menos. Al salir del gimnasio como algo y de ahí empiezo a hacer las tareas que tenga pendientes. En realidad, depende de lo que surja, si tengo pendientes de repente vuelvo a comer, y así se me va el día más rápido porque tengo pendientes, actividades, casi siempre estoy activa. Ya los fines de semana estoy un poco más relajada y voy al gimnasio, casi siempre falto una vez a la semana, pero regularmente voy los sábados también y el fin de semana no tengo un plan estricto, sólo de lunes a viernes que voy a la escuela ya tengo mi rutina.

Me levanto como a las 10 de la mañana y desayuno como a las 11 luego normalmente me meto a bañar como a mediodía y me pongo a hacer mis tareas hago mi tarea o si tengo que realizar algún trabajo, lo hago. Me gusta limpiar un poco y después, como a eso de las 4 me empiezo a arreglar para irme a la escuela, voy a la escuela de 6 a 10 de la noche y voy regresando a mi casa como a las 11 de la noche y me voy durmiendo como las doce.

Bueno, me levanto, voy al baño, me baño, me lavo los dientes, bajo a hacerme un desayuno. Siempre procuro tener un desayuno rotatorio puede ser, desde un licuado de avena con fruta y almendras y leche de almendras; como puede ser también unos huevos revueltos con verduras, un pan integral y verduras, acompañado con un vaso de agua o un café sin azúcar. Después agarro mi mochila, prendo el carro y me voy a la escuela. En la escuela, depende de las horas que haga, obviamente me como mi lonche que me hice en la mañana, y ya sea que me compre, a lo mejor un vaso de fruta picada, y vuelvo a tomarme un vaso de agua. Luego regreso, voy al gimnasio, estoy allí como una hora y media. Llego a casa y me hago de comer. Igual es muy variado, pero por decir algo: 30 gramos de carne de pollo o de puerco con chile morrón, cebolla con rábanos, con una taza de arroz o quinoa, y ya sea humus o frijoles y algún grano y un vaso de agua. Hago mi tarea y ahí sí ya me aviento mucho tiempo. Mi cena igual es muy variada, puede ser incluso una quesadilla con queso Oaxaca o queso mozzarella bajo en grasas y verduras, un vaso de agua y un té o alguna colación de alguna fruta.

De lunes a viernes es la misma rutina. Me levanto a las cinco y media de la mañana, me alisto. Me voy a trabajar a una primaria donde imparto clases de inglés en segundo grado. De 7 a 8 me voy al hospital del ISSSTE, llego, desayuno y comienza mi rutina laboral en el hospital, salgo aproximadamente a las doce y media. A la una me voy al Hospital General, llego y atiendo a mis pacientes que tengo y agendo a los del día siguiente. Usualmente tengo una hora de salida fija a las cuatro de la tarde, cinco más o menos. Termino mi consulta agendada, después, si llegan o me mandan interconsultas, ya sea de pisos de pediatría, de ginecología o urgencias, pues ya tengo que subir a los pisos y atender. Es una situación de crisis y pues es cuando me extiendo un poquito en mi jornada. Usualmente no tengo una hora fija, entonces desde las cinco hasta las ocho de la noche, no sé, se puede alargar un poquito en tres horarios, ese es mi día en Hospital General. A veces como una galleta o pido algo para comer o si uno espera hasta el final del día después que esté saliendo. Me voy a mi casa, llego me cambio y pues a dormir, eso es de lunes a viernes, sábado y domingo. No tengo una hora de levantarme, pero me levanto entre 9 y 10 de la mañana, desayuno algo y no tengo en sí una actividad programada. Puede ser que los sábados salga con mis amigos y o esté en casa con mi familia o al revés, por eso no tengo una rutina establecida.

Llego a las once de la mañana, trabajo 5 o 6 horas aproximadamente, ya que tengo que ir a clases y salgo a las 4 de la tarde, más o menos eso entre semana, porque en fin de semana, los sábados me toca doblar turno, entonces me quedo 12 horas y los domingos pues es igual medio turno. Entonces, como dije, principalmente por la escuela. Pero de hecho sí tengo una rutina. Considero que a veces puede ser un poco antes porque voy a la escuela a las 8 de la mañana todos los días y salgo a las 10 de la mañana y de ahí me voy al trabajo. La ventaja es que está cerca, me puedo ir caminando y llego en unos 15 minutos, así que eso es práctico para mí porque no gasto en transporte. Me quedo en el trabajo varias horas y después regreso a la escuela. En la escuela me quedo desde las 4 de la tarde, mis clases terminan a las 6 unos días y a las 8 otros. Pero dependiendo mis trabajos, tareas que tenga pendientes, me quedo en la biblioteca hasta que cierran hasta las nueve de la noche. Entonces pues prácticamente me la vivo en la calle, más que en mi casa, en la escuela y en el trabajo, más que nada. A veces siento que es cansado, pero está bien porque en realidad me gusta mucho estudiar, así que eso no lo veo tan pesado y pues el trabajo en realidad no es tan malo, no es tan cansado, pero cuando ya juntas ambas cosas es un poquito extenuante y es así como andas

de un lado para otro, a veces no logras comer adecuadamente o descansar adecuadamente, entonces pues eso hace que sea un poco más cansado.

Mi día comienza a las cuatro de la mañana porque trabajo en el otro lado, me levanto a las cuatro de la mañana junto con mi papá, me lavo los dientes la cara y pues ya mi papa hace lo mismo supongo (ríe) y pues nos vamos hacer línea. En auto cruzamos como a las 6:30 o 7:00 y nos dormimos en el carro como una media hora o unos cuarenta minutos y ya empezamos a trabajar como a las 8:00. Después de ahí mi trabajo es de montacarguista y manejo un troque, un Boxtruck y pues ya saliendo de ahí, ando saliendo como a las cuatro o cinco de la tarde depende del día. De ahí salgo a Tijuana, voy rumbo al centro y me voy al gimnasio. Llego al centro como a las 6:30 y vengo saliendo del gimnasio como a las 8:30 y ya me voy a mi casa, ando llegando como a las 9:00. Como un cereal o algo y ya me voy a mi cuarto ahorita estoy viendo una serie de la 2da Guerra Mundial y me pongo a ver eso y ya pues veo un capítulo o dos y me doy un baño me lavo los dientes y me lavo mi carita con agua y con jabón, y ya me voy a dormir como a las 11:00 o 12:00 eso es todos los días.

4.1.2 El alimento más importante del día.

Criterios que explora la narración:

- Abordar primero (sobre los sitios donde se ha informado sobre la comida más importante del día. Por ejemplo, en México hay mucha referencia sobre el desayuno como la comida más importante para la ingesta de alimentos, por ello, es importante primero conocer si la persona entrevistada ha escuchado o se ha informado sobre cuál es la comida más importante del día y dónde ha obtenido esa información (pláticas médicas, páginas de internet, páginas de Facebook, Instagram, Twitter, amigos o cualquier otro medio) y cuál es su opinión al respecto.
- Después es importante centrarse y profundizar sobre cuál es la comida más importante del día para el entrevistado, no tanto en el carácter del deber ser, es decir, de lo que está bien, sino en su opinión personal con base en su experiencia. Por ejemplo, quizás una cena ostentosa -al estilo italiano- en el discurso médico nutricional no esté bien visto, es probable que las personas tengamos mucha información sobre lo dañino que es para la salud una cena infestada de harinas y azúcares (pizza con soda por ejemplo), pero es importante conocer la postura de la

persona respecto a la comida del día que más disfruta, ya sea porque le recuerda a su infancia cuando era el único momento que tenía para estar con su familia, o porque ahora es el momento del día en el que puede convivir con su familia; o quizás porque es el único momento del día en el cual puede disfrutar de su comida con calma, tranquilidad y paz.

- Explorar lo que más disfruta en la comida del día que considera más importante: la compañía, el tipo de comida, el lugar; es importante conseguir una descripción por parte del entrevistado de ese momento del día que más disfruta cuando de ingerir sus alimentos se refiere.
- Explorar una historia específica que le recuerde la mejor comida que ha ingerido a lo largo de su vida, un momento específico que le traiga los más gratos recuerdos centrando la atención en las personas que lo acompañaron, la comida que fue servida, el lugar donde se llevó a cabo y el momento del día (desayuno, comida o cena).

Tabla 5 Narrativa sobre el "alimento más importante del día" en mujeres de 17 a 29 años.

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|--|--|
| 1 | Entrevistas\CECD-Mujer-17-Preparatoria (2) | Mujer Joven CECD: No conoce a personas con obesidad o padecimiento crónico degenerativo. |
| 2 | Entrevistas\CECD-Mujer-17-Preparatoria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Mujer-18-Preparatoria (2) | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Mujer-18-Preparatoria (3) | |
| 5 | Entrevistas\CECD-Mujer-18-Preparatoria | |
| 6 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (2) | |
| 7 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (3) | |
| 8 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (4) | |
| 9 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (5) | |
| 10 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria | |
| 11 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (2) | |

| | |
|----|--|
| 12 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (3) |
| 13 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (3) |
| 14 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (4) |
| 15 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (5) |
| 16 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (6) |
| 17 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria |
| 18 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria (2) |
| 19 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria (4) |
| 20 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria (5) |
| 21 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria |
| 22 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Universidad |
| 23 | Entrevistas\CECD-Mujer-24-Preparatoria |
| 24 | Entrevistas\CECD-Mujer-24-Universidad |
| 25 | Entrevistas\CECD-Mujer-25-Universidad (2) |
| 26 | Entrevistas\CECD-Mujer-25-Universidad (3) |
| 27 | Entrevistas\CECD-Mujer-25-Universidad |
| 28 | Entrevistas\CECD-Mujer-27-Secundaria |
| 29 | Entrevistas\CECD-Mujer-29-Universidad |

El desayuno porque pues es cuando recién te levantas y tienes que agarrar energía. Aquí si tú vas con una persona, un médico o un doctor te van a decir que para nosotros en México el desayuno es la comida más importante del día. Porque es el momento cuando ingieres los nutrimentos para tu cuerpo, para llevar a cabo el inicio de tu día.

Tiene que ser algo no tan ligero, pero no tan pesado como algo intermedio. Depende también la persona. Qué es lo que está acostumbrado a seguir, porque hay personas que rechazan desayunar huevos con tocino. Aunque para desayunar, cualquier tipo de comida o

cualquier tipo de alimentos, sería lo mismo hamburguesas, en un restaurante de comida rápida, como Carl's Jr o McDonald's.

Antes creía que era la comida, pero ahora sé que es el desayuno, porque es como el que te da la energía que te arranca y es muy importante. Por ejemplo, para mí, que voy a la universidad. Estar como al 100 o con la energía para poner atención. Porque he leído que en México la comida más importante del día para la mayoría de las personas es el desayuno. No sé en la tele, pues sí en la tele, no sé o las redes sociales de gente que se dedica a llevar una vida sana. He escuchado que es muy recomendable que no te tienes que perder por nada del mundo el desayuno, porque es la comida más importante del día, lo cual tiene sentido porque te levantas y necesitas energía para continuar el día y eso de ahí viene que el desayuno es comer algo bien rico.

En la preparatoria fui a una conferencia en la que un entrenador de gimnasio nos dio una plática en la que decía que muchas personas creían que la comida era la más importante del día. Sin embargo, él decía que él creía que era el desayuno, porque es cuando tu organismo empieza a trabajar, entonces es importante tener ese alimento. Y también comentó que es importante que el desayuno sea muy fuerte, la comida más o menos y la cena sea muy ligera, pero que en la actualidad se ha estado revolviendo esa parte. Yo creo que las tres son muy importantes, pero la que yo supongo que disfrutaría más es la comida. ¿Por qué? Pues es algo que me gusta y me llama mucha atención, porque hay veces que puedo comer sola, pero la comida está muy buena y el lugar siento que no importa tanto, porque como sola en la calle que los tacos, que en mi casa o en la banqueta, y así entonces no tiene nada que ver con que disfrutaron de la comida.

Para mí la comida más importante es el desayuno por lo que trato de todos los días despertarme un poquito más temprano para poder desayunar sin prisas y poderme ir con más energía. La verdad no sabría decirte exactamente desde que momento de mi vida empecé a escuchar eso, yo creo que en primer lugar fue la enseñanza que mis papás me dieron desde que empecé a estudiar y desde que tengo memoria me han hecho siempre antes de ir a la escuela desayunar. Siempre llevar algo en el estómago antes de salir de la casa y es una costumbre que a mí se me quedó. Es un tipo de información que te dan en la vida cotidiana que te dicen que el desayuno es lo más importante ya que con eso iniciamos el día y que

tenemos que tener el estómago lleno para poder funcionar y retener la información que en este caso pues vamos a necesitar para ir a la escuela y poder tener un buen desempeño.

Siempre he pensado que efectivamente el desayuno es lo más importante porque al iniciar el día tienes que darle energía a tu cuerpo para que pueda funcionar. Entonces, es un alimento muy importante que te va ayudar y te va activar para todo el día. Sin embargo, en mi vida cotidiana no sé, quizás por mi metabolismo, cuando desayuno, un par de horas después ya tengo hambre. Entonces, puedo decir que es una comida que sin ella yo siento que puedo funcionar igual, sin embargo, al final de cuentas a lo largo del día la comida a mediodía es lo que me llena un poquito más y que puedo realmente rendir más después de haber comido que después de haber desayunado. No sé si sea por el sueño que me da en la mañana o que no estoy tan activa, pero me es algo complicado cuando es muy temprano tener un desayuno que sea realmente acorde a las necesidades energéticas que voy a necesitar durante el día.

La comida que más disfruto por los tipos de alimentos que son yo creo que es el desayuno, ya que en ese momento es donde puedo meterle un poquito más de frutas. El huevo me gusta de ciertas preparaciones, pero creo que le da un toque que en la comida no se tiene como un ejemplo unos huevos Tarascos unos huevos rancheros y ese tipo de cosas. Siento que es algo muy especial que tiene el desayuno que le falta a las otras comidas, sin embargo, en cuestión de que me va a llenar o realmente me va a hacer sentir que no tengo hambre consideraría que la comida -el almuerzo- es una comida que también me gusta ya que me deja más satisfecha de lo que posiblemente lo va a lograr un desayuno.

Para mí el desayuno bueno en Mexicali como ya comenté anteriormente yo tiendo a realizar mis comidas sola, así que sólo voy a mencionar en base a lo que vivo cuando estoy en Tijuana con mi familia acá pues la verdad que el desayuno es una oportunidad que tenemos para empezar el día juntos y es como una costumbre que tenemos muchas veces. Después de ir a misa, como familia vamos a desayunar o algún fin de semana después de que mi mamá se levanta temprano nos prepara desayuno y es como una manera de motivarnos a levantarnos un poquito más temprano y empezar el día juntos y pues de ahí ya continuar con las actividades que vayamos a realizar.

Creo que el desayuno porque cuando es la hora de la comida, ya como a mediodía algo así, muchas veces tenemos que esperar a que una u otra persona salgan de trabajar y

lleguen a la casa a realizar alguna actividad. Entonces, para la hora de la comida hay que estar esperando a alguien o ir a las carreras a comprar algo y cómo son horarios que son como un poquito más como activos los mercados y todo ese tipo de cosas suelen estar más llenos, por eso provoca un poquito más de estrés tener que preparar una comida o una cena que un desayuno, además de que éste último es el momento del día en que la mayoría de las personas están en casa.

Para mí es el desayuno, pero como realmente no tengo el tiempo y la dedicación que quisiera darle para mí ahorita la comida es la que considero más importante. Si considero que el desayuno es la comida más importante porque es con la que inicias el día y si son unas jornadas largas las que te avientas y ocupas tener algo en el estómago, porque cuando te vas levantando fueron entre 8 y no sé cuántas horas que tu cuerpo sigue trabajando, sigue consumiendo calorías, por así decirlo energía y ocupa recuperarla para seguir trabajando bien durante todo el día.

Considero que el desayuno es el alimento más importante, pero no desayuno porque no tengo el tiempo, si realmente lo tuviera pues le dedicaría el tiempo necesario. Lo considero importante, porque el desayuno te da las fuerzas para continuar tu día, o sea, es el primer alimento que consumes en el día y ya los demás puedes como disminuir las cantidades. Siempre te van a decir que la comida más importante del día es el desayuno. Lo escuché en todos lados, en la tele, en internet, el nutriólogo y la nutrióloga, a la que yo estoy yendo y que ya tengo tiempo yendo con ella, me ha dicho que no hay una comida más importante que otra. Todos son esenciales y depende mucho cuánto comes, tus porciones. Mi nutrióloga me ha informado de otra manera y creo que con estudios e información más reciente se han dado cuenta de que no es necesariamente el desayuno. Ahora, para mí lo que es la comida más importante del día es definitivamente la cena. Amo el momento de la cena y no tanto por la comida, sino por el momento y la compañía de mi familia, porque mientras yo desayuno, unos están dormidos o mientras estoy comiendo en que en la casa hay gente que en el trabajo. Entonces, el saber que ya estamos todos para la cena juntos y saber que terminamos el día y que ya podemos disfrutar de la compañía de todos y me gusta mucho. Me gusta mucho pensar en eso. Y la cena puede que no es algo tan grande. Puede que nada más sea un cereal, pero disfruto mucho ese momento porque me recuerda a momentos más fáciles que cuando

estábamos todos juntos y no había tantas responsabilidades como el trabajo o como la escuela.

Para muchos la comida más importante del día es el desayuno y lo podemos ver aquí en México, es un claro ejemplo que hay comerciales en la radio, en internet, en la televisión, más que nada, todo eso es mercadotecnia de los productos para que sean consumidos la leche, el yogurt, la fruta, el pan. Todo eso es pura mercadotecnia para que compremos sus productos, para que sean consumidos en la mañana. Dicen que es la comida más importante del día, pero yo no lo considero, así como te mencionaba. Es más, es pura mercadotecnia. Eso para mí la comida más importante del día es la comida, la comida. Yo, por ejemplo, he tenido que comer dos veces al día, una vez al día. Por lo mismo, en mis horarios, que no me dejan, que no puedo controlarlos. No, no son fáciles de manipular. Yo a veces no desayuno, a veces no. Como no ceno, a veces solamente desayuno, pero de ahí en fuera la comida más importante para mí es la comida. Si he obtenido información de algunas pláticas, páginas de internet, podría decirse que no cuentan mucho porque son un poquito más desconfiados, desconfiadas, más manipulables. Mucha gente tiene acceso a ellas, pueden abrir. Cualquier persona puede abrir un blog de información sobre alimentación sin saber, sin tener conocimiento alguno. Por ejemplo, yo ahorita mismo podría abrir una página de internet y decir la cena es la comida más importante del día e iría a gente que encontraría esa página o aquí dice esto. Y esto debe ser, por ejemplo, en Instagram, eso de las influencers y todo ese estilo de bloggers de la comida.

Tabla 6 Narrativa sobre el "alimento más importante del día" en hombres de 17 a 28 años.

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|---|--|
| 1 | Entrevistas\CECD-Hombre-17-Preparatoria (2) | Hombre Joven CECD: Con conocimiento de personas cercanas (parientes o amigos de su círculo familiar) con obesidad o algún padecimiento crónico degenerativo (Diabetes o Hipertensión). |
| 2 | Entrevistas\CECD-Hombre-17-Preparatoria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Hombre-18-Preparatoria (2) | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Hombre-18-Preparatoria (3) | |
| 5 | Entrevistas\CECD-Hombre-18-Preparatoria | |
| 6 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria (2) | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| 7 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria (3) | | |
| 8 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria (4) | | |
| 9 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria | | |
| 10 | Entrevistas\CECD-Hombre-20-Preparatoria (2) | | |
| 11 | Entrevistas\CECD-Hombre-20-Preparatoria (3) | | |
| 12 | Entrevistas\CECD-Hombre-20-Preparatoria | | |
| 13 | Entrevistas\CECD-Hombre-21-Preparatoria | | |
| 14 | Entrevistas\CECD-Hombre-22-Preparatoria | | |
| 15 | Entrevistas\CECD-Hombre-23-Preparatoria (2) | | Hombre Adulto Joven CECD: Con conocimiento de personas cercanas (parientes o amigos de su círculo familiar) con obesidad o algún padecimiento crónico degenerativo (Diabetes o Hipertensión). |
| 16 | Entrevistas\CECD-Hombre-23-Preparatoria | | |
| 17 | Entrevistas\CECD-Hombre-24-Universidad | | |
| 18 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad (2) | | |
| 19 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad (3) | | |
| 20 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad (4) | | |
| 21 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad | | |
| 22 | Entrevistas\CECD-Hombre-28-Preparatoria (2) | | |
| 23 | Entrevistas\CECD-Hombre-28-Preparatoria | | |

No desayuno, por mis tiempos la comida que más importante para mí a las 3 de la tarde, por lo tanto, es la comida que tengo en el trabajo, porque básicamente si no como a esa hora yo sé que no voy a rendir en la escuela y en la casa tampoco. Yo creo que, para mí, por mi estilo de vida, no puedo tener un desayuno o una cena buena, solo la comida.

Es muy difícil para mí pensar que el desayuno es la comida más importante del día, pero sí siento que no rendiría igual con el desayuno porque mi organismo no está acostumbrado a desayunar tan temprano y siento que me caería muy pesado. A lo largo de mi vida, he tenido pláticas bastante gratificantes acerca de mi alimentación, y pues he tenido bastantes experiencias buenas con nutriólogos y con dietas.

Pues lógicamente me fijo mucho en el sabor y me gusta mucho la comida condimentada. Un buen plato de comida, como que tiene que saber mucho a especias, tiene que tener mucha sal. Tiene que tener muchos azúcares, entonces creo que lo que más disfruto es el primer bocado, ya que tú te das cuenta si te va a gustar la comida o no te va a gustar. Siempre tener un plato de comida nuevo es una experiencia buena y nueva para mí, yo considero que el sabor es lo más esencial y también depende con quien coma, no me gusta comer solo porque no me sabe igual la comida.

El desayuno para mí es muy importante porque es lo que me da la fuerza, porque a veces como que voy con mucha huela a la escuela y cuando no desayuno como que no despierto del todo. Siempre he escuchado que es el más importante y también he escuchado que tiene que ser un poco más fuerte que las demás comidas.

Como ya sabes aquí en México nosotros como mexicanos, como buenos mexicanos tenemos el mito de que el desayuno es la comida más importante del día y pues en esta ocasión en casa aplica básicamente la misma: el desayuno. Es la comida que más disfruto, puede ser porque creo que es la parte del día en la que está casi toda mi familia, porque en la tarde mi papá y mi hermana llegan muy tarde y ya a esas horas si estoy despierto pues yo ya no ceno. Por eso te puedo decir que es el único momento del día que está la familia completa.

Para mí el desayuno porque es la comida más sana que ingiero de mis comidas porque ya lo que es el lonche puede ser que lleve un poco más de grasa, que, aunque estoy cuidando un poco más eso. Pero sí podría decirte que lo que más como en el día son verduras. Porque ahorita tengo en mente unos planes de cambiar mi alimentación porque quiero adelgazar, porque quiero regresar a mi peso, el que tenía en la secundaria, y quiero hacerlo de la forma más sana.

Estoy acostumbrado a comer una hora al día, supongo que esa comida, que normalmente la doy a partir de las dos de la tarde en promedio, es la comida que básicamente me sostiene. Pero si pudiera decidir sobre mi rutina sería pues el desayuno, porque si no lo hago llego bastante desgastado al trabajo.

Un buen desayuno para mí sería un desayuno con bastante proteína. No sé, creo que hubo un tiempo donde estaba bastante acostumbrado a que mi abuela me hiciera un desayuno bastante completo, ya sea licuado. Estuve muy acostumbrado desde hace tiempo a comer o tomarme un jugo mañana, unos huevos con bastante verdura y tortilla.

He recibido a través de mi vida bastantes guías nutricionales de profesionistas. Entonces, creo que debido a esas etapas donde tuve esas guías me puedo aclarar bastante, a pesar de que no lo aplico. Creo que puedo saber qué es lo correcto para mi cuerpo entonces, a pesar de que no lo aplico, lamentablemente.

A veces siento que la parte que más disfruta de comer es cuando puedo llegar a sentir nuevos sabores en comidas familiares. Pues sí, que tengan un sabor diferente a lo que comúnmente estoy familiarizado. No soy una persona cerrada a probar nuevas comidas mientras tenga compañía porque lo que más disfruto al comer es estar acompañado. La verdad, a pesar de que estoy acostumbrado a comer solo durante la mayor parte del tiempo, me gusta mucho cuando puedo ver o disfrutar de un alimento junto a otra persona: platicar, tener una conversación, ya sea de cualquier tema o de la misma comida que estamos ingiriendo en ese momento. Disfruto mucho de comer pastas y cosas bastante picantes.

Considero que todas las comidas son importantes, ya que te ayuda a mantener, ya sea si son carbohidratos, proteína, te ayudan a mantener la energía en el cuerpo y pues si, como dicen, la primera y la más esencial, porque es cuando vas levantando, cuando tu cuerpo recién obtiene la energía e igual la comida porque acabas de entrenar y tu cuerpo requiere nutrientes para así poder crear un poco de masa muscular e igual llegar al objetivo que tengas deseado. Por eso yo diría que todas las comidas son importantes, ya que cada comida rinde un papel importante durante el día.

Pues entre semana llevo dieta, los fines de semana suelo hacer una comida trampa, pero entre semana mi comida favorita viene siendo el arroz con pollo y lo suelo acompañar con agua. Ya tengo bastante comiendo así durante tres años y creo que se me ha hecho costumbre. Y los fines de semana para hacer mi comida trampa prefiero comer una hamburguesa o comida china.

Considero que la comida más importante es el desayuno, ya que, si no desayunas, pues puedes estar un poco débil a lo largo de tu día y si desayunas, pues ya no te da hambre hasta tarde y puedes seguir sin problemas a lo largo del día.

En lo personal creo que no puedo seguir mi día si no desayuno, porque, aunque no hay problema si no ceno algo en el horario de 6 a 10, sé que puede llegar a mi casa sin ningún problema y cenar algo, aunque sé que es una hora muy extensa pero no hay problema. En cambio, el desayuno es lo principal porque si no, no puedo seguir en mi día a día. Es por mi

experiencia, no porque alguien me haya contado o lo haya leído, sino porque sin un buen desayuno yo creo que no puedo continuar en mi día porque es lo principal que me motiva y me da energía para continuar. Es lo primero que disfrutas por las mañanas igual te digo, si no como o no cenó no hay ningún problema sé que pudo llegar a mi casa tranquilamente a hacerlo y lo disfrutaría de igual manera no creo que sea muy diferente. En mi desayuno es cuando más atención pongo a lo que me rodea además del platillo. Disfruto de una compañía y estar tranquilo, no me gustan tanto los espacios abiertos o con mucho ruido sino algo tranquilo y con poco ruido. El desayuno es cuando empieza todo y es como, si no comes, como quien dice, obviamente está mal, y bueno, no pasa nada, puedes cenar igual, pero el desayuno es como la base de todo, ¿no?, de ahí agarras energía para todo el día y esas cosas. Más que nada es lo que te inculcan ¿no?, desde pequeño y te dicen “no, si no desayunas, sino te comes algo...” incluso en la instancia deportiva te dicen cuándo vas a tener un juego “¿desayunaste?”, y es más que nada lo que te han inculcado, de que es muy importante el desayuno.

No tengo marcado como una comida importante del día, aunque podría decir que el desayuno, pero casi no desayuno. Entonces, siempre tengo energía porque he escuchado personas que dicen que el desayuno es lo más importante porque es el primer alimento que da energía y no sé qué, pero realmente siempre tengo energía cuando me despierto sin ingerir los alimentos.

Yo creo que es más por cultura, bueno para mí es más la cultura porque sí he leído varios artículos que mencionan algunas comidas más importantes del día, pero como a nivel mundial. Por ejemplo, no sé en algún país como Francia se acostumbra comer en este horario y consideran que esa es la comida más importante del día. Aquí en México muchas personas dicen que el desayuno entonces lo he leído mucho pero realmente en lo que me baso para decir que es la comida más importante del día es porque es lo que he aprendido.

Creo que los sabores, por ejemplo, yo soy muy mucho de comer antojos y por ejemplo un día se me puede antojar una pizza y se me va a hacer la comida más especial que nunca había comido. También se me puede antojar por ejemplo un caldo de pollo y al momento de comerlo pues obviamente lo disfruto mucho, por eso, yo creo que cumplir mis antojos es primordial para decir que lo he disfrutado mucho.

Fue una mezcla de un poco de los dos yo creo fue como un 50-50 porque yo había escuchado no sé si sea la verdad porque nunca me he metido a investigarlo bien, pero por ejemplo en la escuela y en todo ese tipo de lugares o, realmente creo que fue en la escuela donde te dicen que el desayuno es la comida más importante del día, en cualquier nivel educativo desde la secundaria recuerdo que fue la primera vez que me lo dijeron. El otro 50% porque realmente si no desayuno no me siento bien y no puedo dar el 100% en todas mis actividades cotidianas, pero así de escucharla en muchos lugares solamente en la escuela y el otro por experiencia propia nada más, porque se acomoda mejor a mi vida.

Estar consciente al 100% de lo que estoy comiendo no lo estoy, y creo que eso si es mucha falta de educación en cuanto a la nutrición y dieta que todos tenemos porque no nos fijamos mucho en nuestra dieta y no sabemos bien lo que estamos comiendo. Por ejemplo, yo sé que en la mañana desayuno huevos, lácteos, embutidos y así, pero creo que podría tener una comida un poco más balanceada con más vegetales, con algún tipo de calorías más fuerte, pero sin embargo no lo hago. Y, por ejemplo, en las tardes también lo primero que se te antoja más, pero realmente no lo haces consciente, porque no sabes que le está haciendo a tu cuerpo. Creo que realmente no sabemos lo que estamos ingiriendo e inconscientemente le hacemos daño a nuestro cuerpo al no saber lo que estamos consumiendo y realmente yo tampoco sé muy bien que es lo que estoy consumiendo y no tengo una dieta planeada.

En la propaganda de los medios de comunicación nos dicen que el desayuno es la comida más importante del día, porque se supone que es la que te brinda la energía, pero yo malamente por nada me hago mi licuado, mi licuado de plátano con leche. Y pues sí creo que debería desayunar mucho más fuerte y rendir mejor en el día. Creo que el desayuno es mi favorito porque me gusta mucho el pan y soy súper fan de los *hot cakes* y de las crepas.

El desayuno porque empiezo mi día muy temprano. Entonces, para poder llevarlo a cabo con plenitud necesito tener energía, sobre todo en la mañana que estoy trabajando. Entonces procuro casi siempre desayunar, ya sea en mi casa o afuera, pero desayunar algo si no tendré problemas para mantenerme despierto, estaré con hambre durante mucho tiempo. Pues yo lo escuché realmente en muchas partes. Una vez con mi familia que te dicen que siempre debes desayunar a donde vayas de niño y si no hay tiempo, aunque sea un vaso de leche con pan o algo a desayunar. Nunca me dejaban ir con el estómago vacío. También lo he visto en series de televisión, en películas donde se ve que te dicen que es lo más

importante. Ya ves, esos comerciales, saca de zucarcas o de X que te dicen, pues como todo en zucarcas y e inicia tu día, claro, sanamente. No sé, pero creo que una mezcla de todo eso me han hecho pensar que el desayuno es lo más importante.

El desayuno es muy importante, aunque para mí no es la que más disfruto porque la que más disfruto es la cena, porque al momento de cenar ya es noche y entonces estoy solo y tengo tiempo de comer con calma y estar a las carreras como es en la mañana, porque tengo que prepararme para ir a trabajar. Entonces, la cena si la disfruto mucho. Sé que después de eso ya podrá dormir y ya no pasa nada. Eso sí, en un día, entre semana en fin de semana, también. La cena es muy importante porque bueno, pudiera ser en algún lugar bonito, no de noche con mi familia o con mi novia. Entonces la cena por cualquier aspecto por el cual lo quieras ver es muy importante. Para mí es la comida más importante del día... Bueno, más significativa.

Pues como todo yo creo que el desayuno pues ya en tanto en spots en televisión, tanto la escuela nos lo dicen que cualquier alimento, puede llegarse ausentar todos menos el desayuno porque obviamente en los lapsos de sueño que hay durante aproximadamente 8 horas, tu cuerpo no recibe nada de alimentos por lo que lo primero que se requiera levantarse es energía y la energía de dónde los obtienes, de los alimentos. Creo que todas las personas tenemos que como mínimo empezar con el desayuno el día, o sea, no puedes ausentar esa necesidad en tu día. Porque sin un desayuno, pues básicamente estamos expuestos a estresarnos más rápido o a sufrir algún tipo como de, de síntomas, ya sea dolor de cabeza o algún otro tipo de síntoma parecido. Porque básicamente el alimento es el desayuno, es lo primero, es lo primordial para poder empezar un buen día.

Pues en casa inevitablemente cuando estás pequeño estás con tus padres, te dicen que termines todo el desayuno antes de ir a la escuela porque necesitas desayunar para poder aprender muy bien en la escuela. A mí me decían que de niño que si no me terminaba el desayuno no iba a poder aprender bien. Recuerdo muy bien que desde ahí yo tengo en mente la importancia del desayuno. Y bueno, ya cuando creces y empiezas a correr, jugar futbol, practicar deportes, en mi caso ya que entre al gimnasio ya hace varios meses. entonces te das cuenta de que sin el desayuno realmente no, no rindes igual en el trabajo como en la escuela. El desayuno definitivamente no te lo puedes brincar y si es balanceado, pues mucho mejor.

Antes creía que era la comida de mediodía. Sin embargo, me fui dando cuenta que muchas veces me mal pasaba también. Entonces, las mal pasadas en que no desayunas, y te esperas hasta la comida de mediodía, te atascas y no te llenas y en la cena le atascas todavía más. Te vas a dormir lleno, y no digieres la comida. Si considero que el desayuno es importante porque ya conforme pasa el día vas comiendo a proporción. O sea, si en la mañana desayunaste en la tarde haces bien tu comida del día de las dos de la tarde o mediodía, y puedes comer algo considerablemente que no caiga dentro de los niveles grotescos. Y lo mismo es en la cena, tú puedes comer bien, desayunar súper bien, tu comida de mediodía puede ser para mejor regular y a lo mejor ya para la tarde, tardenoche ya tienes la necesidad de cenar un cereal.

4.1.3 Hábitos de consumo.

Los criterios que explora la narración están enfocados en conocer sus hábitos de consumo en lo que a surtir la despensa se refiere.

Sí: ¿Cada cuándo realiza las compras para surtir la despensa? ¿Cuénteme un poco que toma en cuenta a la hora de surtir la despensa? ¿Hace una lista antes de ir de compras? Platíqueme un poco sobre sus criterios para llenar su despensa y sus criterios de la lista de super mercado.

- Primero explorar el momento previo a ir de compras para conocer todo el proceso que entra en juego a la hora de elaborar la lista del supermercado. ¿Revisa su alacena para saber cuáles son los víveres que le hacen falta? ¿Ya tiene una idea previa sobre lo que necesita comprar sin necesidad de realizar una lista? ¿Sólo va de compras en determinados momentos del mes porque es el día que siempre va, y compra por comprar? ¿Realiza las compras solo o acompañado?
- Después explorar sobre la jornada de compras. ¿Cuáles son los lugares donde realiza las compras de sus víveres? ¿Supermercados, mercados, sobre-ruedas, en tienditas cercanas al hogar? ¿Cruza a San Diego para realizar sus compras? Es importante guiar la entrevista de tal forma que podamos conocer cuáles son los criterios que toma en cuenta para comprar sus productos. Es decir, conocer cuáles productos de su canasta compra en establecimientos específicos y cuáles en otros. Por ejemplo, si compra el arroz, el frijol y la pasta en algún supermercado como Soriana, Walmart, Calimax o el Costco; las frutas y verduras en algún sobre-ruedas y sus granos y cereales en

alguna tienda en el otro lado como las One-Dollar Tree, 99cts, el mismo Walmart o cualquier otra tienda en las cuales compre víveres. Profundizar en los criterios que toma en cuenta la persona para llevar a cabo sus compras: precio, calidad, marca o la costumbre de ir al mismo lugar.

No: Explorar sobre sus criterios respecto a los lugares donde compra regularmente artículos de despensa, aunque no sea la persona que surte la despensa del hogar. Igual es importante saber si en ocasiones acompaña al encargado de surtir la despensa del hogar o cuáles son sus aportes a la lista de la despensa, es decir, cómo le comunica al encargado de las compras los productos alimenticios que necesita.

Tabla 7 Narrativa sobre los "hábitos de consumo" en mujeres de 17 a 29 años.

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|--|--|
| 1 | Entrevistas\CECD-Mujer-17-Preparatoria (2) | Mujer Joven CECD: No conoce a personas con obesidad o padecimiento crónico degenerativo. |
| 2 | Entrevistas\CECD-Mujer-17-Preparatoria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Mujer-18-Preparatoria (2) | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Mujer-18-Preparatoria (3) | |
| 5 | Entrevistas\CECD-Mujer-18-Preparatoria | |
| 6 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (2) | |
| 7 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (3) | |
| 8 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (4) | |
| 9 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (5) | |
| 10 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria | |
| 11 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (2) | |
| 12 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (3) | |
| 13 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (3) | |
| 14 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (4) | |
| 15 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (5) | |
| 16 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (6) | |

| | | |
|----|--|--|
| 17 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria | |
| 18 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria (2) | |
| 19 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria (4) | |
| 20 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria (5) | |
| 21 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria | |
| 22 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Universidad | |
| 23 | Entrevistas\CECD-Mujer-24-Preparatoria | |
| 24 | Entrevistas\CECD-Mujer-24-Universidad | |
| 25 | Entrevistas\CECD-Mujer-25-Universidad (2) | |
| 26 | Entrevistas\CECD-Mujer-25-Universidad (3) | |
| 27 | Entrevistas\CECD-Mujer-25-Universidad | |
| 28 | Entrevistas\CECD-Mujer-27-Secundaria | |
| 29 | Entrevistas\CECD-Mujer-29-Universidad | |

En el Florido sería como frutas y verduras también el Sobreruedas, en Wal-Mart sería más como el pan, pan en barra o algo así, y en San Diego, pues sería como para ocasiones más especiales, como por ejemplo cuando se acerca Navidad para comprar pierna de pavo o algo así.

Mi madre a veces prefiere comprar como las verduras o cosas que le hagan falta en los Sobreruedas, porque también por los precios y, por ejemplo, también las tortillas, no le gusta comprarlo en ningún supermercado ni tienda, siempre en la tortillería. Mi papá trae de Estados Unidos ciertas cosas, mayormente como de higiene, no tanto de alimentos. Y mi mamá es la que va al supermercado y compra la comida.

Mi papá en la Costco y la Walmart compra pollo y mi mamá en el Soriana compra pollo y también abarrotes. Así que lo que más consumo es pollo y muchas verduras. Por ejemplo, el brócoli o el germen de trigo, que es como mi mamá y a mí nos encanta. Entonces, como mamá siempre hace la comida, es lo que casi siempre comemos todos los días.

De eso se encarga mi mamá, pero para ser sincera, siempre como que cada quien tiene su favorito en la casa. Entonces, hacemos una lista de todo lo que lo que creemos que nos

hace falta, y ya ella revisa si es muy necesario o no. Mi mamá suele comprar muchas verduras, frutas, proteínas, jamón, y todo lo que comemos y mi papá, sin embargo, suele ir a Estados Unidos a comprar otro tipo de elementos que es como más para botanas, ya sean Sabritas, helados, paletas, banderillas, deditos de queso.

Mi mamá suele ir a varias partes, por ejemplo, por distancia le gusta mucho ir al Calimax de río, pero cuando quiere, como fruta o la verdura más natural, pues le gusta ir al mercado de todo aquí por nuestra casa y fruterías, y ahí solemos comprar también los de último momento y siempre vamos. Y mi papá le gustó mucho ir a Walmart.

Mi tía suele fijarse mucho en el precio de los alimentos que vaya a comprar, pero siempre a pesar de que el precio este alto pero es algo que necesita para cumplir los requerimientos de cada una de las personas de la casa mi tía los trae aunque sea a veces en poca cantidad ella se fija mucho en la calidad los productos también que no estén en mal estado que no estén mallugados en el caso de las frutas y verduras trata de darle variedad y también es muy observadora en cuestión de la fecha de caducidad de los productos.

Los lugares más baratos que estén más cercanos, pero por fin cuando yo supe que yo soy la que lo compra me voy más por la variedad porque me gusta ver las opciones que tengo. A veces mi mamá va a los Sobreruedas cuando ella puede son los sábados, otras veces, mi abuelita manda a otra señora a comprar unas frutas o verduras en el Sobreruedas también, o también vamos a la Ley a comprarlas.

No, no soy yo quien hace las compras, es mi mamá, pero siempre la acompañó y de hecho las compras que hacemos son en base a lo que nos dicta mi nutrióloga, porque ella lleva mi dieta y la de toda mi familia. Entonces usualmente ella nos da indicaciones. Nos ha ayudado mucho en saber dónde comprar las cosas y qué cosas comprar. Nos ha ayudado a leer los etiquetados. Entonces, también podemos saber descartar cosas que no son realmente buenas. Compramos, pues depende mucho de donde estemos, porque usualmente la leche la compramos aquí en México, porque es de las cosas que sí podemos cruzar. La leche, además, podemos comprarla en Tijuana y casi siempre al mayoreo. Al Costco vamos si necesitamos cosas pequeñas y es ahí donde compramos casi toda nuestra fruta y verdura. Y si lo que es como leche o pan de barra o salsas es que en Tijuana no nos enfocamos mucho en lo que es el precio, porque preferimos tener más calidad de productos, aunque sabemos que siempre podemos encontrar el balance entre lo bueno, bonito y barato.

También la fruta nos encantaría comprarla en Tijuana o en lugares un poquito más orgánicos, porque nunca sabes que tu fruta, pero no podemos cruzar frutas, no podemos cruzar las semillas de la fruta y, por ende, no queremos arriesgarnos tampoco. Entonces, la fruta la compramos aquí en un mercado mexicano, cerca de la casa, y es ahí donde buscamos también comprar ciertos productos que podemos evitar comprar en Tijuana, por la cruzada y por la distancia. Porque sí, si está cansado cruzar la línea todos los días y también no podemos cruzar granos. Por eso, la avena, las almendras y los granos los compramos a granel en el Sprout, porque aparte de que nos evitamos, el consumo de plástico innecesario, nos gusta porque es un mercadito orgánico que está también aquí en Estados Unidos. Todo lo que compramos y consumimos es de Estados Unidos, a excepción de productos mexicanos que no podemos conseguir aquí.

Las frutas y las verduras casi siempre las compramos en los mercados de aquí por nuestras casas que son como Tianguis les llaman eso es porque se me hace que la fruta está más barata y ya lo que son carnes y pan y todo eso lo compramos como en Soriana porque es la tienda más cercana que tenemos aquí en la gloria y por eso Soriana es la principal.

Los específicos, las carnes, por ejemplo, mi mamá me ha mencionado que tiene preferencia por el Soriana, cuando se encarga de comprar los pollos, el pescado, lo que son este tipo de carnes que no tienen un tiempo de vida muy largo, los que son de preferencia de consumo rápido los prefiere consumir y yo también los prefiero consumir o comprar en lo que es Soriana. El resto pues ya se puede escoger de forma independiente en cualquiera de los dos ya sería dependiendo de, me fijo más de lo que dicen la cercanía, mi tiempo y pues cuál es el que más alcance tengo. La razón precisamente por la que escojo entre Calimax o Soriana puede ser a lo mejor por las ofertas tengan tal día, o si vimos en publicidad que los martes van a tener en promociones de verduras o frutas, estos son los momentos en que acostumbramos precisamente ya sea que tenemos la costumbre de entre semana, después de que estemos todos en casa, después de regresar de la escuela, regresar del trabajo, en esos momentos ellos se encargan de, de saber cuáles son las promociones que se encuentran y tenemos más cercano.

Las verduras y las frutas ya que pues como te mencionaba en el Sobreruedas están más frescas más económicas y pues haber un poquito mejor que en el Walmart o en cualquier otro mercado ya que las tienen pues almacenadas y pues como que siento que el sabor pues

es muy diferente. Pues de hecho me gusta mucho que al comprar frutas lo primero que veo es la calidad, y hay frutas que ya están como pues echadas a perder, y que las están vendiendo a un precio muy alto, y pues como que no conviene comprarlas en lugares, así como como el Walmart.

Tomo en cuenta la calidad y el precio esos son los 2 puntos que tomo en cuenta cuando compro en Estados Unidos porque por ejemplo lo que más compro son los cereales, los granos, las botanas y también los carbohidratos, como las galletas y cereales todo ese tipo de cosas las compro más allá porque estos productos son más baratos, pero si los compro acá en Tijuana en algún Oxxo o Calimax o el Soriana son los sitios donde sí son muy caros este tipo de productos. Lo que sí es barato es la fruta y la verdura aquí en Tijuana pero estando allá en San Diego por ejemplo en la Ninety Nine o en el Costco o hasta cierto punto hasta en el Walmart sí es caro lo que es la fruta y la verdura; eso sí lo que es comida saludable casi no compramos allá pero lo que es aquí en Tijuana siendo así como por ejemplo el Sobreruedas ahí es donde más compramos fruta y verdura porque es más barato y tienen cierta cantidad buena para poder consumir.

Regularmente son mis padres los que hacen las compras. No cambiamos mucho con nuestros alimentos, casi siempre compramos los mismos productos, ya sabemos a lo que vamos a ir al supermercado y pues regularmente vamos a la Ley o sino al Florido, ya que hemos encontrado mejores productos que se acomodan a nuestra alimentación y evitamos comprar lo que son sodas, aunque a veces sí, una que otra vez sí compramos, pero tampoco nos limitamos a no comprar muchas cosas. Considero también que muchas cosas en Estados Unidos, comparando Estados Unidos con Tijuana, pienso que en Estados Unidos hay muchos productos mucho mejores que en Tijuana, por lo menos, ya que he ido a diferentes supermercados también de otro lado, y siento que en Estados Unidos hay más variedad de productos, ya sea no sé orgánicos, para diferentes tipos de alimentación que la persona tenga diferentes dietas. Siento que hay más variedad y opciones más saludables al momento de alimentos, así que considero que unas cosas que sí preferiría comprar allá si tengo la oportunidad de comprar aquí en Tijuana.

La verdura fruta y verdura eso nunca debe faltar. Es lo primero que se compra cuando vamos al mercado seleccionamos la verdura que vamos a consumir, ya sea en la semana o en dos semanas igual la fruta y a continuación siguen los cereales, ya sea pan integral, tortilla

de maíz, leguminosas que no haya faltado fruta, ha faltado frijoles o lentejas o garbanzos. Y según lo que va viendo en el estante, si vemos que algún condimento o para las carnes hace falta, pues lo tomamos.

Pues sobre todo es el precio y a veces la calidad de los alimentos. En ocasiones las verduras sí podrían estar muy baratas, pero a veces, en ocasiones la fruta o la verdura no están en mejores condiciones, que sea que este mallugada o la fruta está pasada, pero tienes ese pequeño beneficio de que en lugar de que una fruta te salga a 12 el kilo en el Sobreruedas, puede que te salga 10 el kilo, pero igual no se sabe porque también hay veces que en el mercado llegas a la vez, es más barato cierta verdura o cierta fruta y esas mejores condiciones que el sobre ruedas. Es cuestión de ver los dos lugares para ver qué te conviene comprar. Por ejemplo, en una Walmart siempre vas a encontrar mucho mejor calidad de ciertos cereales. En Soriana está muy bien la fruta y la verdura. Y, por ejemplo, con la carne soy muy específica en que sea una carnicería o en un lugar exclusivo de pura carne, porque como constantemente se está vendiendo carne y la carne llega a ser un poquito más fresca a la de un mercado normal donde se vende de todo.

Pues no, la verdad, no hay un lugar en específico que vayamos a comprar o la despensa. Usualmente por motivos de locación, o sea que nos queda más cerca. Podemos ir al Florido por la cercanía y por los precios, y porque la verdad, los productos lo que es fruta y verdura están mejor. Hablando de limpieza y organización, dentro de lo que es la tienda te da un poquito más de visibilidad. Y creo que se ven un poquito mejor que sea más limpio. Eso sería por cercanía y precio, pero es que también podemos llegar a Bodega Aurrera, que es el precio económico, pero no tanto para fruta y verdura, sino lo mejor para otro tipo de productos como pueden ser cereales o café. Lo que es este pollo, carne y eso, pues más bien como un tipo carnicería, ya que no solemos comprar mucho eso en algún tipo de supermercado.

Una vez al mes trato de cruzar al otro lado y compro cositas que no se encuentran tan fácilmente aquí en Tijuana, y pues las compro allá, no es que uno los encuentra más fácil, sino que están más económicas. Este... pero es muy raro la vez. La mayoría lo trató de comprar aquí. Yo te comenté en algún Soriana, en un cuaderno. Y esos son como que mis lugares más específicos para surtir en un mandado a mi gusto.

En una Ley, mi madre trata de comprar lo que son carnes, pollo, ese tipo de alimentos y en un Sobreruedas trato de comprar los vegetales ¿no? tomate, cebolla, chile, cositas así básicas de ahí de la casa. Yo en específico en un Soriana, en un Walmart trató de comprar verduras que no compro. Ella, se las tengo que comprar ahí porque están más frescas. Que sean más frescas y mayor variedad. No todos los vegetales se encuentran en los mismos supermercados. Entonces ahí yo trato de comprar, por ejemplo, en una Ley no me es tan fácil encontrar espinacas, entonces ahí los compro, no, en una Walmart.

Tabla 8 Narrativas sobre los hábitos de consumo en hombres de 17 a 28 años.

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|---|--|
| 1 | Entrevistas\CECD-Hombre-17-Preparatoria (2) | Hombre Joven CECD: Con conocimiento de personas cercanas (parientes o amigos de su círculo familiar) con obesidad o algún padecimiento crónico degenerativo (Diabetes o Hipertensión). |
| 2 | Entrevistas\CECD-Hombre-17-Preparatoria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Hombre-18-Preparatoria (2) | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Hombre-18-Preparatoria (3) | |
| 5 | Entrevistas\CECD-Hombre-18-Preparatoria | |
| 6 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria (2) | |
| 7 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria (3) | |
| 8 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria (4) | |
| 9 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria | |
| 10 | Entrevistas\CECD-Hombre-20-Preparatoria (2) | |
| 11 | Entrevistas\CECD-Hombre-20-Preparatoria (3) | |
| 12 | Entrevistas\CECD-Hombre-20-Preparatoria | |
| 13 | Entrevistas\CECD-Hombre-21-Preparatoria | |
| 14 | Entrevistas\CECD-Hombre-22-Preparatoria | |
| 15 | Entrevistas\CECD-Hombre-23-Preparatoria (2) | Hombre Adulto Joven CECD: Con conocimiento de personas cercanas (parientes o amigos de su círculo familiar) con obesidad o algún padecimiento crónico |
| 16 | Entrevistas\CECD-Hombre-23-Preparatoria | |
| 17 | Entrevistas\CECD-Hombre-24-Universidad | |
| 18 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad (2) | |

| | | |
|----|---|---|
| 19 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad (3) | degenerativo (Diabetes o Hipertensión). |
| 20 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad (4) | |
| 21 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad | |
| 22 | Entrevistas\CECD-Hombre-28-Preparatoria (2) | |
| 23 | Entrevistas\CECD-Hombre-28-Preparatoria | |

Un tiempo yo estuve encargándome de hacer las compras porque mi mamá enfermó, pero ya tiene mucho tiempo o eso así que yo no te puedo decir que yo hago las compras porque regularmente yo no las hago. Pero ahora mi mamá es la que se encarga de hacer todo en general, ella compra las cosas, ella hace toda la compra, no tenemos como una lista específica de cosas que tenemos que comprar, simplemente vamos por productos de comida, de limpieza o lo que falte no te podría decir que tengo una lista entonces. Más o menos a la hora de surtir la despensa yo sé que piensa a la hora de surtir, compramos en varios lugares porque somos muy ahorrativos y no nos gusta malgastar el dinero y si nosotros encontramos el mismo producto, pero en otro lugar más barato nos vamos por ese. Por ejemplo, todos los productos de limpieza los hacemos en *Soriana*, pero la verdura la compramos en un *Sobreruedas* porque es más barata lo que yo he notado de mi mamá es que es muy selectiva, no le gusta ir a cualquier lugar a comprar las cosas.

Apoyo económicamente para lo que es la despensa, pongo una gran cantidad de dinero para lo que haya que comprar. Cuando vamos, pues a hacer las despensas, normalmente las hacemos cada semana. Semanalmente se gastan aproximadamente unos 800 pesos. Yo creo que en despensa por lo menos para eso surto 600 pesos. Depende, pues, lo que se haya acabado en la semana. Normalmente lo que casi siempre se acaba son los productos lácteos. Mis abuelos consumen bastantes productos lácteos, lo que son las proteínas para las distintas cocinas que se hacen, que se hacen en sus comidas o lo que me hacen a mí para llevarme al trabajo.

La realiza mi papá, pero para lo que es él, mi hermano y mi mamá. Yo como suelo hacer mi dieta, pues yo me alimento solo. Al igual que los preparo yo solo porque se necesita estar constantemente en la cocina o prepararlas desde un día antes o desde la mañana para poder tener las seis o siete comidas que voy a elaborar durante el día.

Dependiendo en ocasiones únicamente son artículos personales cómo puede ser una pasta o desodorante, cosas sencillas o básicas, cremas, pero en general como un alimento previo muy rara la vez y cuando acompaño en este caso la persona que se encarga de hacer el mandado o surtir los alimentos para el hogar pues no es como que escoja algo en especial. Por lo general siempre tiene como que algo en mente esa persona para ir escogiendo cada artículo que haya falta en su alacena porque lo personal no es como que directamente yo cociné o tome algo de ahí para prepararme, sino que al ser esa persona la encargada y ella prepara para todos en la semana.

Usualmente se compra lo indispensable que se puede decir sopas, pures, frutas, verduras, ese tipo de cosas en el supermercado, ya que muchas veces suelen ser de mejor calidad y más las frutas, ya que no en todos los casos, pero que no provienen solo de ruedas solo así la fruta ya viene muy sobre colorada, se puede decir que la estaba dando el sol por un largo periodo sin refrigeración, al que muchas veces acelera su proceso de maduración más.

Digamos que yo voy hago las compras pero no soy el encargado cómo de elaborar la lista exacto en mi casa siempre tenemos una cultura les hacemos previo a eso vemos que es lo que falta en la despensa y después de esto hacemos una lista así contribuir a la lista por ejemplo yo le ayudo a mi hermana cómo seleccionar los productos que nos hacen falta en la casa por ejemplo se nos termina bueno ahí en la casa del rostro de consumir huevos , salchicha a jamón y queso para quesadillas y pues tortillas de harina y de maíz también entonces qué es lo que estamos comprando constantemente digamos que mi hermana compra para una quincena en realidad a veces hasta antes sacaban las cosas y tenemos que ir a sutil.

Creo que no tenemos un tiempo definido pero si tendría que decir algún promedio de tiempo o algo así diría que cada dos semanas, porque realmente te digo hay veces que hace falta algo y sabemos que se van a acabar otras cosas y vamos y compramos y surtimos de lo que se vaya acabar en la despensa, entonces no es como que un tiempo fijo, una rutina fija de cada cuanto o cada cierto tiempo pero si hay como cierto periodo yo creo que sería como una semana y media o dos que vamos por despensa. Cuando hay muchas cosas, por ejemplo, cuando vamos realmente al super por que decimos vamos al super porque vamos a cocinar tal cosa o vamos a hacer eso, si realizo una lista para de todas las cosas que hacen falta aprovechamos y traemos todo pero como es más espontaneo y si... que solo vamos por ciertas

cosas cuando se acaban no, pero como cada mes por así decirlo ahí si se hace una lista para poder recordar que cosas traer y por qué son necesarias.

Casi siempre normalmente voy solo porque cuando se acaban las cosas las personas que viven conmigo que son mis hermanas hacen otro tipo de área doméstica y yo voy solo por las cosas como te digo que si se necesita un poco más de planeación que es como cada mes o cada mes y medio ahí si vamos dos personas, pero cuando es el tipo espontaneo como normalmente lo hacemos voy solo o la persona que va lo hace solo. Creo que tenemos tres lugares recurrentes los más recurrentes serían Soriana y Calimax y el otro que también vamos seguido es Walmart.

Pues como mencionaba el que más frecuente es Soriana, por el tema de la cercanía al lugar, la conveniencia puede ir caminando sin ningún problema. Y el Florido también porque los precios a veces son más económicos, quizás la calidad de los productos no es la misma, pero hay precios, pues muy baratos, que me convienen cuando el dinero está escaseando.

Pues normalmente en tiendas, por ejemplo, Soriana, Costco, sobre las que principalmente compra la despensa, las verduras depende, las verduras del Sobreruedas son muy buenas, encuentras muy buenas verduras de calidad, frescas, o en Soriana. De hecho, hay un día especial de frutas y verduras, precisamente las encuentras de muy buena calidad y a muy buen precio. Sucede en los lugares en los que de la verdura no me llegan las ocasiones. Lo demás, en tiendas Soriana, Calimax, la mayoría, Soriana y Costco es en donde los compro y el resto puede variarlo.

De hecho, no es en San Diego, es aquí en Chula Vista, la gente que cruza y que vive aquí en la frontera que tiene esa ventaja que podía por los 50 dólares puedes comprar en el súper como para dos semanas y media. Hay cosas muy baratas, sobre todo lo que viene enlatado, pero también más como la cuestión de economizar.

Dependiendo de la cantidad ahí tiene mucho que ver en la central de abastos, sobre todo en la cantidad, pero puedes encontrar ofertas. Tienes que buscarle a vas a aprender, con el tiempo tú aprendes a buscar ofertas. Entonces, puedes encontrarlas en el Sobreruedas, puedes encontrarlas en el supermercado, puedes encontrarlos en la Central de Abasto, o sea, en esos tres. No puedo poner uno encima del otro porque están iguales. A veces tú puedes encontrar sabiendo buscar una buena oferta en esos tres puntos, o inclusive están más en la calle también inclusive hasta más porque hay personas que venden frutas en la calle y tú las

miras y a veces las tocas y dices “¡oooh estas!”. Por ejemplo, los costales de naranja o verduras que venden así y tú los ves de calidad y a veces hay personas que te regalan probar a mira está bueno y las encuentras en oferta entonces, sí, si sabes aprovechar, como siempre, va a haber una buena oferta y las compras.

4.1.4 Patrones de consumo alimenticio.

Los criterios que explora esta sección hacen referencia a sus patrones de consumo de alimentos de acuerdo con sus costumbres respecto a la compra de sus víveres: precio, marca, más saludables, costumbre, recomendaciones familiares, etcétera. Se profundiza en aspectos tales como “acostumbro comprar este Yogurt porque es el que me han recomendado que es el más saludable” y para el caso de al menos un producto buscar que el entrevistado explique las razones por las cuáles lo prefiere por encima de otro. Por ejemplo: “prefiero comprar este pan de caja de la marca ‘x’ porque a una amiga su nutriólogo le dijo que es mucho mejor que cualquier otro”.

Tabla 9 Narrativa sobre los "patrones de consumo" en mujeres de 17 a 28 años.

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|--|--|
| 1 | Entrevistas\CECD-Mujer-17-Preparatoria (2) | Mujer Joven CECD: No conoce a personas con obesidad o padecimiento crónico degenerativo. |
| 2 | Entrevistas\CECD-Mujer-17-Preparatoria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Mujer-18-Preparatoria (2) | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Mujer-18-Preparatoria (3) | |
| 5 | Entrevistas\CECD-Mujer-18-Preparatoria | |
| 6 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (2) | |
| 7 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (3) | |
| 8 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (4) | |
| 9 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (5) | |
| 10 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria | |
| 11 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (2) | |
| 12 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (3) | |

| | | |
|----|--|--|
| 13 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (3) | |
| 14 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (4) | |
| 15 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (5) | |
| 16 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (6) | |
| 17 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria | |
| 18 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria (2) | |
| 19 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria (4) | |
| 20 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria (5) | |
| 21 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria | |
| 22 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Universidad | |
| 23 | Entrevistas\CECD-Mujer-24-Preparatoria | |
| 24 | Entrevistas\CECD-Mujer-24-Universidad | |
| 25 | Entrevistas\CECD-Mujer-25-Universidad (2) | |
| 26 | Entrevistas\CECD-Mujer-25-Universidad (3) | |
| 27 | Entrevistas\CECD-Mujer-25-Universidad | |
| 28 | Entrevistas\CECD-Mujer-27-Secundaria | |
| 29 | Entrevistas\CECD-Mujer-29-Universidad | |

Nos fijamos que sea saludable y que sean productos que no estén muy procesados o algo así. Podría ser como el pan en barra, pues hay gente que está acostumbrada a comprar el pan blanco, pero prefiero comprar el pan de 12 granos, que es un poco más caro, pero es más nutritivo. Regularmente voy de compras sola porque las realizo después de salir del trabajo.

La comida mi madre procura comprarla en el Calimax de rio porque la calidad de los alimentos es más buena en el Calimax de esa zona, además de que estoy acostumbrada a la manera en que está organizado ese supermercado. Nosotros prácticamente no más la acompañamos para ayudarla a cargar las cosas como es el carrito de cosas así.

Mi mamá sí se fija en las notas de las etiquetas de los productos porque está en dieta, entonces, hay cosas que no puede comer, pero pues antes era algo que no solíamos hacer. Por ejemplo, yo no leo las etiquetas de los productos porque yo no tengo ningún problema.

Regularmente no lo llego a hacer, pero pues a veces, como por mera curiosidad, que en esto es como aburrirse comiendo y así pues te pones a leer que la caja y te pones a revisar cuáles son los ingredientes.

Siempre procuramos comer comida baja en grasa porque no podíamos comer comida normal, pero actualmente ya no tenemos un problema para decir cómo no podemos comer tal cosa no tenemos una restricción en nuestra alimentación. Pero mis papás sí la tienen y por eso tratan de comprar productos más orgánicos.

En los mercados no siempre es muy buena la calidad de los productos y depende del distribuidor, pero pienso que pues, donde se vea mejor la calidad y simplemente si tú lavas los alimentos está bien donde los compres. En el sobre ruedas están más limpias las frutas y las verduras y son de mejor calidad, además está más barata, aunque por la calidad no se podría decir que podemos saberlo. Pero es más barata que la que compramos en el mercado y puede ser que sus proveedores sean lo mismo, es lo mismo, pero más barato.

Siempre me fijo en los ingredientes, que tengan vitaminas, que no tenga mucha azúcar, también cuando voy a comprar la leche que no esté caducada y pues que esté en un precio accesible. Pues en sí demarcas consumo Lala porque siento que no sabe a agua, sino que sabe a leche y pues creo que esas me llenan más que otras que saben mucho a agua y pues, también por el precio.

Pues no, yo realmente no he leído, no me he puesto a leer eso, no, no le pongo mucha atención a eso porque como te digo, mi abuela es la que surte la despensa. Entonces ella es la que se encarga de comprar las cosas. No sé si ella lea las etiquetas y pues los criterios para elegir la leche, pues creo que es como la costumbre que tenemos desde chiquitos, con lo que hemos crecido es hasta ahorita la misma leche que siempre hemos tomado, igual los huevos, y así de una sola marca en específico, porque hemos crecido con esa costumbre.

Mi papá cuando va a Estados Unidos compra en la Costco de la Wal-Mart y a veces en la 99cent, mi mamá acá compra del Soriana y abarrotes. Mi papá va allá porque hay más variedad de cosas. En el caso de la 99, pues, por ejemplo, unos utensilios de la casa son más baratos allá y acá mi mamá porque es lo que nos queda cerca y yo vivo enfrente de la plaza Monarca y allá está un Soriana, ese es al que cada semana vamos. Entonces por eso visitamos con frecuencia ahí, porque está enfrente de nuestra casa. Creo que es más barato el sobre ruedas, mucho más barato. considero que los sobre ruedas son más baratos que cualquier

tienda o cualquier supermercado, la Costco, la Walmart, ese tipo de cosas. Yo considero que para eso está el sobre ruedas, para que sea un poquito más económico y más barato. No hay una causa específica porque mi papá es igual la costumbre de comprar allá las carnes, los pollos y ese tipo de cosas, aunque hay una carnicería cerca de la casa. Entonces ahí es donde vamos a comprar frecuentemente las carnes, pero la comida congelada la compra mi papá, que es de Costco mayormente.

En el Costco me parece un poquito de mejor calidad las cosas que los que venden en Walmart. No lo sé, es como que las cosas que he visto, los comerciales o lo que he leído sobre los productos. Es mucho más seguro comprar un alimento de Costco que de Walmart. No exactamente bueno, realmente no, pero... no lo sé, siento que también por las experiencias. Por ejemplo, cuando he comprado en Walmart comida que está en los refrigeradores, a veces me ha salido muy mala y en el Costco nunca me ha pasado. Entonces, también es por experiencia, no tanto por el precio, sino por las experiencias que me llevo de consumo y de lo que compro.

No cuando realmente no sea yo sólo como checo, la fecha de caducidad. Y más para el carrito o no, pero de los cereales sí o sí. Hay veces cuando estoy aburrída, entonces agarro el cereal, lo pongo enfrente de mí, me pongo a leer las proteínas. Ese tipo de cosas que mayormente no tiene ninguna verdad, Pero esas cosas. Sí, son importantes, pero a veces es como que como flojerita. A veces lo hago cuando estoy muy aburrída o a veces cuando estoy en una clase como que no quiero poner atención al profe, pues me pongo a leer eso. Pero no, no es como yo, que tenga la costumbre de hacerlo. Pero por supuesto que es importante leerlo porque uno tiene que saber lo que come y lo que tiene cada alimento.

Cuando estoy comprando no es como que se me vengan a la mente los perritos y esas cosas y las gallinas, simplemente se me antojan. Y como no es algo que se viene a mi mente y no las gallinas, no pobrecitos, maltratadas ¿no? Pues nada, ¿verdad? Pero sí es importante hacer conciencia del maltrato, pero igual digo que cada quien. Porque hay gente que es vegetariana, vegana y ese tipo de cosas yo sinceramente no soy nada, o sea, yo 100 por ciento como carne y estoy al tanto por las cosas que he leído y por los videos que he visto y por las enfermedades que a veces se transmiten por tanto suciedad en el lugar, como la salmonela y ese tipo de cosas. Pero creo que también, dependiendo de cada lugar no podemos juzgar. Todos los lugares de todo son cochinos y todos maltratan a las gallinas, a los caballos, a los

perros, a lo que sea, sino simplemente de cada lugar. Y de esos casos, pues son los que se suben a Facebook, pero no hay un montón de casos de lugares que están limpios y que hay alguien supervisor que lo revisa y todo ese tipo de cosas entonces creo que desde cada lugar no considero que todos los lugares son maltratadores ni que todos los lugares están sucios.

Si por lo general si las leo, porque no me gustaría, a mí me ha pasado mucho que sí agarro como productos caducados o que tiene demasiada grasa y realmente no son buenos ni para la salud ni de que están echados a perder, entonces sí tengo la costumbre de los checando, porque realmente así me educaron desde chiquita. No es que no tenga nada mal. Realmente creo que varias de las cosas que actualmente se compran hasta el momento, en mi casa son por recomendaciones familiares o cosas que nos hemos dado cuenta como por ir a restaurantes y cosas así que realmente nos gustan y son económicas y son beneficiosas para la salud. Entonces hemos tomado mucho en cuenta y siempre estamos como cambiando. No nos quedamos con algo, sí sabemos que hay algo mejor.

Normalmente nunca leo de lo que viene hecho, solamente veo como la fecha de caducidad o si todo está bien, pero nunca leo las calorías ni los ingredientes, solo cuando estoy aburrida y estoy comiendo algo así, pues me pongo a leer lo que viene en las latas y ver que estoy comiendo.

No tengo ningún criterio, pero, por ejemplo, cuando yo voy por el huevo trato de tomar el huevo de gallina liberada. Tratamos de comprar la leche que sea de almendras o de Coco, también tratamos de que no sean tanto de productos de origen animal. No tenemos una marca en la que digamos que siempre compramos de esa, solo de ciertos productos, por ejemplo, la mantequilla, siempre compramos margarina de la marca margarina pan, siempre compramos el pan varía, pero por ejemplo el que mi mamá compra para mí y mis hermanas es Bimbo y compra de otro que ya se multigrado o algo así. Sin embargo, la leche tratamos de sea, de pues a veces comprarla o cuando no es de las anteriores mencionadas, pues siempre compro como Lala.

La verdad no tiendo mucho a comprar productos procesados, pero cuando lo hago es muy raro que yo me tomé el tiempo de andar leyendo la etiqueta de sus contenidos A menos que esté cuidando algún aspecto muy específico de mi alimentación. Cuando compro alguno de esos productos realmente no es que yo lo haya decidido de la noche a la mañana Son productos que, pues son familiares para mí, en relación a que mi mamá son los productos que

utiliza y son los productos a los que me acostumbré a utilizar y los Sabores pues me acostumbré a ellos y los prefiero por sobre otros productos.

Lo que busco en los alimentos que consumo es que no tengan mucho sodio, mucho azúcar y que sean dentro de lo que cabe nutritivos que no sean considerados alimentos chatarra casi no consumo lo que son refrescos o papitas para evitar ese tipo de alimentos en mi dieta. Realmente me interesa, cuando tengo tiempo sí lo hacía, me ponía a leer las etiquetas y la revisaba para ver que ya no tenía que cuáles son sus criterios para comprar productos tales como la leche el huevo el cereal condimentos, etcétera.

No me guío por el precio o la marca, o sí es saludable, me fío más por la costumbre o por recomendación de algún familiar. Al fin de las cuentas viene siendo por gusto más que nada, si yo los compro es porque me gustan por la marca. Casi nunca fue el precio, es muy raro que sea por el precio y por familia. Bueno si hay entre la recomendación y la información de dónde la tenía de mi familia más que nada.

Por ejemplo, nuestra dieta se basa en lo que puede consumir mi abuelita, entonces, procuramos comprar leche deslactosada y creo que lo único que compramos enlatado, es el atún, a veces cuando mi mamá compra algunos pingüinos, chocorrollos, gansitos, pero es porque ella tiene el antojo y es muy rara la vez que lo consumimos. No consume tantas carnes y pues yo tampoco, consumo más lo que es el pollo, el pescado lo consumo muy rara la vez.

Antes no lo hacía, la verdad. No éramos de los que leía en los etiquetados de la comida, pero ya de un tiempo para acá empezamos a ponerle más atención. Empezamos con la nutrióloga y ella nos informó, nos dio el conocimiento de cómo hacerlo correctamente y así hemos implementado esa estrategia para hacer nuestra despensa. La verdad en lo que nos enfocamos mucho es más que nada en los ingredientes. Por ejemplo, te pondría de ejemplo la de cacahuete o la crema de almendras. Todas indican que tiene azúcar, aceites o conservadores y luego al final viene lo que es la almendra o cacahuete. Cuando la crema de cacahuete y almendra se hace rostizando las almendras y cacahuates hasta que suelte su propio aceite. Entonces, no necesita azúcares añadidas o conservadores, no necesita nada de eso. Entonces es muy importante también saber informarte y después realizar tus compras o cambiar esos pequeños factores que si añaden grasas, azúcares o carbohidratos a tu dieta. También es súper importante considerar que no porque sea orgánico significa que va a ser

más caro. Todos estos productos los puedes encontrar como en mercaditos y ahí es donde lo hacemos nosotros, porque tenemos una prima que tiene muchos conocidos que tienen lugares de comida orgánica. Entonces ella nos ha recomendado ese lugar y vamos, nos informamos, lo consultamos con nuestra nutrióloga y nos dice que sí, que son productos muy naturales y que son muy benéficos, la verdad. Entonces hay que tratar de implementar eso o dar ese conocimiento a las personas, de saber qué necesitan realmente y no tanto lo que sea, de no dejarse llevar por una marca, sino por la calidad del producto y nuestro criterio, si se puede.

Si para comprar despensa lo dividiría en tres: uno sería por el precio, porque hay productos que puedes conseguir el mejor precio que otros si son de la misma calidad, lo que es leche y huevo. Tratamos de regirnos como por un precio medio y que sea buena calidad del producto, pero lo que es el huevo lo compramos a mayoreo, la leche también porque consumimos muchísima leche. Entonces, procuramos que todo eso es más por el precio y porque también es un buen producto. La otra sería la calidad, si sabemos que algo es mejor que otra cosa, aunque valga más, lo compramos porque sabemos que es mejor para nosotros y es más benéfico. Y el último criterio sería por costumbre, lo que es cereal, avena o granola o todo ese tipo de comidas.

Es algo que apenas estoy empezando a hacer, o sea creo que mucha gente está mal informada, mal informados incluyéndome, y creo que mi familia también de hecho encontré una página que suelo usar mucho YouTube y ver vídeos en YouTube. Entonces no se me ha estado cómo se dice, interesando mucho en el tema de los ingredientes que tiene la comida tanto como otras cosas que utilizamos a diario. Entonces, en la comida trato de buscar que no vengan ingredientes muy raros y no es algo que hacía antes, sino que apenas lo estoy implementando o sea, investigo como por ejemplo en los cereales busco la cantidad de azúcar busco en otros productos como los ingredientes más raros y pues los Investigo por YouTube y porque veo a un Blogger que habla mucho así como de cuidar tu piel, de cuidar tu cuerpo y dicen que lo que tú comes es lo que ayuda a tu cuerpo. Y, por ejemplo, si tú tienes una mala alimentación tu cuerpo va estar mal, aunque no lo veas, en un futuro lo sentirás.

Por ejemplo, hubo un tiempo en que estuvo circulando mucho, una noticia de que en las Sopas Maruchán tenían algo que se llama glutamato monosódico y eso causa cáncer y no sé qué cosas. Y desde que empezó a salir esa noticia, a veces mi papá es muy sugestivo. Entonces, dejamos de comer sopas Maruchas tan seguido porque antes comíamos muy

seguido y ya no la comemos tanto. Y es como de solamente si se nos antoja bastante una vez al mes o una vez cada dos o tres meses. Y ahorita está circulando mucho. También una noticia de que la leche tiene algún agente cancerígeno. Pero básicamente todo siempre ha sido cuestión de precios, de economizar lo más barato, pero que no sea tan malo.

Hay algunas marcas que toda la vida hemos usado y que seguimos utilizando por costumbre, como lo son Lala, Jersey, Bimbo, Herdez, marcas por lo general mexicanas, porque nos gusta apoyar el, el consumo local y también si hay alguna oferta o alguna marca que esté en descuento también estamos abiertos a probar las cosas, pero son mayormente marcas mexicanas que ya conocemos por su calidad.

Últimamente he estado yendo a la nutrióloga y le pido sugerencias de marcas que sean saludables o en su defecto, sigo a personas en Instagram, nutriólogas, que obviamente no solo son influencers, nutriólogas que tienen sus cuentas en Instagram que por lo general te recomiendan productos. Entonces, últimamente sí he estado cambiando mi consumo por productos con menos grasas agregadas o azúcares artificiales, aditivos, conservadores, para cuidar un poco más la salud. Y también algunas marcas como Nestlé, he procurado dejar de consumir por algunos escándalos de tráfico infantil, de trabajo, explotación infantil, que yo no me siento cómoda y hay algunas marcas que he dejado de usar por estas razones. A veces como mi mamá está en el sector médico, pues hay algunos de sus compañeros, colegas, que nos recomiendan o incluso que ellos mismos abren tiendas orgánicas y de ahí consumimos sus productos, o los productos que nos recomiendan.

Pues recientemente igual aprendí a leer las etiquetas en los productos, entonces cuando estoy siguiendo la dieta de manera estricta sí suelo revisar las etiquetas, pero esto es algo reciente ya que antes era más complicado, pero con las modificaciones que se han dado y con otras que se buscan dar, ya es más fácil leerlo y pues aunque lo consume, mínimo ya sé que lo que estoy consumiendo no es bueno para mi cuerpo o que tiene exceso en algunas, eh, cosas, como sodio, azúcares, grasas y pues para consumirlos en la menos medida posible.

Pues, lo primero que reviso es la cantidad de azúcar agregada, porque hay productos que podemos pensar que no tienen azúcar agregada, como el pan, pero que muchas veces los tienen. O productos que pensamos que son saludables, como los cereales Kellogg's o los cereales dietéticos que también tienen muchos azúcares agregados. También reviso el

porcentaje de sodio que tienen y las grasas saturadas, entonces procuro que sean, pues, lo más bajas posibles para comprar estos productos procesados.

Por lo general, por ejemplo, el yogurt griego muchas veces tiene mucha azúcar agregada cuando se supone que no debería. Entonces marcas como Yoplait o así tienen algunas, eh, marcas de yogurt que tienen muchas azúcares, entonces hay una que se llama Zero, que no tiene, es yogurt natural, incluso si lo pruebas sabe cómo crema agria, pero es para que tú mismo lo endulces con miel, por eso es muy bueno ya que no tiene azúcares agregados que sean dañinos o que sean, o que sean artificiales.

Antes no tenía la costumbre de revisarlos era solamente comprarlos de que si se me antojaba algunas papitas pues la metía en el carrito me las compraba en la escuela y realmente pues no revisaba lo que era lo que es el contenido o la etiqueta nutrimental no leía nada de lo que contenía ni los químicos ni los ingredientes que él mismo tenía y pues ya en el momento en que comencé a ir al nutriólogo él me explicaba cómo funcionaba la alimentación cómo funcionaba lo que nosotros consumimos las calorías nutrientes todo lo que significaba todo lo que contenía estos mismos pues le empecé a prestar más atención evitar consumirlos que eran altos en azúcares grasas saturadas etc., y concentrarme en los que le hacían mejor a mi cuerpo.

Por ejemplo, no lo sé la leche antes consumía leche entera de vaca de momento estoy consumiendo leche de almendras, y pues realmente estos tienen fechas de expiración largas por ejemplo puede ser hasta de un año las que he alcanzado a ver pero cuando consumía lo que es leche entera de vaca preferíamos consumir pues los que tenían fecha de expiración más larga ya que si dura bastante en nuestra despensa, no era algo que se acabará inmediatamente si nos alcanza durar una semana más de una semana y pues tratamos de fijarnos comprar la leche que tuviera una fecha de expiración más larga la a la fecha.

La leche de almendras, en este caso pues si prefiero lo que es la leche de almendras porque igual cuando acudí al nutriólogo me recomendó que no estuviera consumiendo leche entera ya que realmente no aporta muchos beneficios al cuerpo antes se tenía el mito de que pues aportaban nutrientes, que aportaba calcio pero en el momento pues los procesos que toma la leche es muy procesados tiene mucho químico muchos procesos y también pasa por muchos realmente pues procesos precisamente que no son benéficos para la salud en ningún sentido y es preferible tener otra alternativa ya sea leche de almendras leche de soya etc.,

y pues si realmente el sabor es muy distinto no me gusta más la leche de almendras, no, he intentado volver a la leche entera pero realmente no me gustó, y pues sigo consumiendo de almendras igual tiene muchísimos más beneficios de lo que es la leche entera.

La verdad, no acostumbro a hacer mucho eso de que sea un producto nuevo, que no haya probado. Lo reviso, pero muy rara vez porque no tiendes a leerlas, porque solamente si consumo el producto me gusta, lo compro y ya no es como que me esté fijando en las calorías. No cuido mi peso, pero no me baso en las etiquetas. Si me gusta, no importa si tiene mucha azúcar, no me importa si contiene muchos carbohidratos.

Tabla 10 Narrativa sobre los "patrones de consumo" en hombres de 17 a 28 años.

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|---|--|
| 1 | Entrevistas\CECD-Hombre-17-Preparatoria (2) | Hombre Joven CECD: Con conocimiento de personas cercanas (parientes o amigos de su círculo familiar) con obesidad o algún padecimiento crónico degenerativo (Diabetes o Hipertensión). |
| 2 | Entrevistas\CECD-Hombre-17-Preparatoria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Hombre-18-Preparatoria (2) | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Hombre-18-Preparatoria (3) | |
| 5 | Entrevistas\CECD-Hombre-18-Preparatoria | |
| 6 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria (2) | |
| 7 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria (3) | |
| 8 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria (4) | |
| 9 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria | |
| 10 | Entrevistas\CECD-Hombre-20-Preparatoria (2) | |
| 11 | Entrevistas\CECD-Hombre-20-Preparatoria (3) | |
| 12 | Entrevistas\CECD-Hombre-20-Preparatoria | |
| 13 | Entrevistas\CECD-Hombre-21-Preparatoria | |
| 14 | Entrevistas\CECD-Hombre-22-Preparatoria | |
| 15 | Entrevistas\CECD-Hombre-23-Preparatoria (2) | Hombre Adulto Joven CECD: Con conocimiento de personas cercanas (parientes o amigos de su círculo familiar) con obesidad |
| 16 | Entrevistas\CECD-Hombre-23-Preparatoria | |
| 17 | Entrevistas\CECD-Hombre-24-Universidad | |

| | | |
|----|---|--|
| 18 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad (2) | o algún padecimiento crónico degenerativo (Diabetes o Hipertensión). |
| 19 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad (3) | |
| 20 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad (4) | |
| 21 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad | |
| 22 | Entrevistas\CECD-Hombre-28-Preparatoria (2) | |
| 23 | Entrevistas\CECD-Hombre-28-Preparatoria | |

Regularmente no porque yo ya tengo una dieta predefinida que me dio la doctora, pero mi mamá es la que chequea los precios y chequea como, que tanta sal tiene, que tantas grasas tiene, ella si se cuida mucho en ese aspecto, yo no soy el que chequea las cosas normalmente pero como yo voy a hacer el mercado con mi mamá pues yo miro en transcurso como ella se fija en algunos productos, y como que agarre un poco la maña de estar chequeando cosas, y a veces si me pongo a chequear ya sí que tantas grasas tienen y así y ahí un químico que le ponen a las comidas que te hace adicto porque está bueno que se llama ácido glutámico, algo así no estoy seguro pero me fijó que las comidas o productos no tengan eso porque pues es un problema que te puede generar cáncer en el futuro.

Para comprar esos productos obviamente me fijó en, primero que estén limpios, que no tengan contaminantes, que no se vayan a caducar y así porque un producto que va a caducar en un día no te sirve de nada, el caso de la leche, si te compras un galón de leche que se va a caducar al día siguiente no te va a servir de nada porque igual lo vas a terminar tirando. Así que yo sí me fijó mucho como en la fecha de caducidad, así como cuanto tiene el producto en la tienda, y el estado del producto para hacer la compra. Yo no me voy a poner a comprar un producto que este dañado. He recibido bastantes recomendaciones por parte de mi familia, de mis amigos y básicamente más de internet acerca de lo que se debe y lo que no se debe comprar, por ende, creo que tengo una idea distorsionada sobre lo que tengo que comprar y no comprar, yo considero que lo que compro no está mal, dado que tengo una dieta balanceada, no considero que mi alimentación sea completamente negativa, yo considero que tanto mi alimentación de mis familiares como la de mi familia es muy buena.

Mi mamá va a *Food 4 Less* al otro lado en vez de hacer las compras aquí en Soriana, Walmart o en el Costco, aquí en Tijuana. No sé si se deba al precio o por los precios que se

reducen cuando se acerca la Navidad. A veces es por la calidad y a veces es por el precio. Te puedo decir que por la calidad la leche es de calidad porque a veces aquí en la casa muchas veces no la consumimos tan frecuentemente. Y hablando de carnes y así, ahí ya no es tanto calidad, sino el precio el que influye más que es lo que va hacer de comer, o lo que tiene en mente hacer.

Mi mamá compra la carne en el Sobreruedas. Por el sabor, pues dice ella que sabe más buena que la de algún otro mercado, no recuerdo que fue lo que pasó, pero antes ella solía comprar la carne en Soriana pero la verdad no sé por qué de repente cambió y fue al sobre ruedas y le gustó y pues desde ahí ha comprado y tal vez como es el Sobreruedas no suene muy higiénico y así pero hasta el momento nunca nos ha pasado nada, y es muy buena calidad, buen sabor, y todo. En el Sobreruedas esa carne se va rápido, ahí es donde miras que carne está buena y cuál no, porque no lleva tanto tiempo congelada o algo así, es como decir “en Soriana te ponen una fecha, pero esa fecha ya había pasado, o sea”.

La compra de la carne es usualmente en el Sobreruedas, creo que por el precio porque es más barata y porque muchas veces vas a Wal-Mart, te puedo decir que hay muchas cosas que las compra en el sobreruedas y otras en las tiendas, pero casi siempre es en el sobreruedas, porque en las tiendas el precio está más elevado y pues acá está más barato y si escoges bien te va a salir algo bueno, pero pues en veces como va a las demás tiendas como que dice, ha esto está más barato allá y pues sí las compra en otro lugar.

Yo pienso que son mejores en los Estados Unidos, ya que he estado allá y la calidad de los alimentos es mucho mejor, más variable, muchísimas cosas a comparación de aquí. Suelo leer, leer la información nutricional de los alimentos que compras, la mayoría de las veces sí para chequear los nutrientes y los micronutrientes que voy a estar consumiendo al día, para llevar un buen régimen alimenticio y comer las cosas que son necesarias, pues me baso más en la calidad que en el precio. El precio no me importa tanto, prefiero comer un alimento que sea bueno, procesar un poco más caro que lo barato sale caro, como dicen.

En ocasiones puede que sí y no pero por lo general únicamente la fecha de caducidad porque de igual manera si consumes algún producto que veas imagino que has de saber que contiene lo que consumes, por ejemplo no me pongo a verificar cada vez que compran Sabritas la cantidad de grasa que tienen o qué condimentos le echan en realidad solamente

las compro por el sabor o algo similar y el atún, pues sabes que es atún dependiendo lo que tenga únicamente pues sé la diferencia entre el agua y el aceite y listo.

Básicamente, sería como nos enseñó mi madre, lo que es sabor y cosas buenas que te convengan, tratar de no gastar demasiado en cosas innecesarias, traer lo más indispensable y tener siempre en mente como lo que va primero, hay cosas que quieres y cosas que necesitas y que siempre hay que ir básicamente por lo que necesitas. No gastar demasiado y pues más que nada no buscar lo que sea en el lugar que sea, hay días que se compra en el supermercado, hay días que se puede comprar en sucursales más grandes como por ejemplo el Calimax o Soriana, según las cosas que ocupes es el lugar donde vas a comprar.

Lo que es en el supermercado yo creo que lo que es como más para cosas de la casa como papel higiénico, lo que puede ser comida también salchichas, productos de ese tipo, para el mercado lo que más, yo creo que es más conveniente comprar verdura, incluso lo que es pollo, carne, porque a comparación de calidad y precio, si siento que es un poco mejor a lo que te pueden entregar en una sucursal un poco más grande como pues un Calimax, como un pollo, te entregan más piel que pollo, así que yo creo que es eso, un Sobreruedas tiene mucho más verduras y carne y para el... las sucursales grandes como que más productos de higiene y todo ese tipo de cosas.

Pues yo creo que sería más que nada, la caducidad, porque muchas marcas te suelen entregar productos con una caducidad muy reducida, como Jersey que es una empresa, por decirlo, local, que está aquí cerca, sus fechas de vencimiento, si te das cuenta son muy cercanas a ciertas fechas. Por ejemplo, La-La que es un producto más lejos, más exportado, sus fechas son más largas de caducidad; y es por lo que te das cuenta que es algo menos fresco, y quieres buscar algo que es más fresco, que rinda lo que tiene que rendir y pues que sepas que hay calidad en el producto.

Sí acostumbro leer las etiquetas para saber qué tanta cantidad de grasa, azúcar, contiene y todas esas cosas y lo comparo con otros productos para ver, saber cuál es el que me conviene más, igual la leche, hay algunas que tiene más proteína o hay algunas que he investigado y son de mejor calidad que otras, así que, o ya simplemente es por el sabor. Muchas veces lo que hago es leer la información de la etiqueta, para estar seguro de que son óptimos para el consumo por decir algo, tu muchas ves un yogurt bebible y digamos que es un yogurt natural de una marca y lo comparas con otra y en veces en una etiqueta te dice que

tiene mucho azúcar, en la otra te dice que tiene menos azúcar y en otra te dice que tiene más grasa o menos grasa, entonces yo busco algo que no sea tan elevado, para consumir.

Por decir algo, la leche, muchas veces tú ves el galón de leche, muchas veces uno dice “Ah, es leche” y ¡en realidad no es leche, sino que es fórmula láctea!, que es un suplemento que, complementado con vitaminas y minerales, pues, no es leche en sí. Muchas veces tú lo que haces cuando vas a comprar, por ejemplo, un café, muchas veces el café no es café, solamente te lo venden con malta, te lo venden con caramelo, entonces no es café tal cual es café, con más o más cosas que le añades. Entonces, lo que uno busca es ver que sí sea algo nutritivo, no tan procesado, por lo que a final de cuentas es lo que hace daño al cuerpo.

Bueno, primero que nada lo que hago es, independientemente de las marcas, es comparar sus valores nutricionales, muchas veces el precio influye un poco, entonces es como ver cuál ofrece mejores, mejor nutrición que otros, cuál es el que está más completo, cuál es el que tiene más azúcar, muchas veces exceden de grasa, muchas veces exceden de colesterol hay muchas cosas que digamos que uno cree que son saludables, pero al final de cuentas que te pueden saberlo bien, no es tan saludable. Por ejemplo, hay yogures bebibles como Yoplait y otro que es de la marca Lala, ambos dicen que son supuestamente 0 por ciento de grasa, obviamente, pero el Yoplait tiene aproximadamente como unos 6 gramos de azúcar, mientras que el de Lala tiene aproximadamente unos 18. Entonces tú dices cuesta lo mismo, no tienen grasa los dos, pero uno tiene menos azúcar que el otro, entonces, lo que tú buscas a final de cuentas, cuando vas a comprar un yogurt de durazno, de fresas, del sabor que sea, es buscar que tengas los menos azúcares artificiales, porque eso es lo que te termina dañando en cuestión de diabetes y lo demás.

Mi hermana es mucho de consumir en el Florido porque dice que la verdura está más fresca y más libre de algunos cientos de muchos procesos. En realidad, creo que también influye el precio porque a mi hermana también le gusta ahorrar. Entonces, busca algo que sea bueno pero que no esté tan caro. Aunque las carnes en cuanto a control y limpieza, prefiere comprarlas en el Costco.

Depende de qué cosas, porque, por ejemplo, para lo que son frutas y cosas, si se prefiere algo como en un mercado que es algo más rápido, más orgánico, por así decirlo. Pero si es un alimento como la leche o algo que requiera de un proceso si tiende a preferir una marca estadounidense, por lo mismo que aquí en México no hay tanta calidad en ese sentido.

Por ejemplo, para la leche hemos tenido ciertas malas experiencias con diferentes marcas mexicanas, como Jersey, que a veces dicen que en cierta fecha de caducidad y caduca desde antes. Entonces sí creo que principalmente han sido ciertas experiencias negativas sobre algún producto y también, pues, el sabor y la marca. Creo que a veces es muy importante la presentación de dicha imagen que es lo que influye en el consumidor.

4.1.5 Narrativas de una dieta saludable.

Esta sección aborda con los entrevistados las descripciones sobre una comida saludable, tanto platillos específicos que hagan referencia a historias personales; como los ingredientes que debe llevar o no una comida; y los tiempos que debe llevar tanto la preparación de alimentos como su consumo.

Tabla 11 Narrativas de una dieta saludable de hombres de 17 a 22 años.

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|---|--|
| 1 | Entrevistas\CECD-Hombre-17-Preparatoria (2) | Hombre Joven CECD: Con conocimiento de personas cercanas (parientes o amigos de su círculo familiar) con obesidad o algún padecimiento crónico degenerativo (Diabetes o Hipertensión). |
| 2 | Entrevistas\CECD-Hombre-17-Preparatoria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Hombre-18-Preparatoria (2) | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Hombre-18-Preparatoria (3) | |
| 5 | Entrevistas\CECD-Hombre-18-Preparatoria | |
| 6 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria (2) | |
| 7 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria (3) | |
| 8 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria (4) | |
| 9 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria | |
| 10 | Entrevistas\CECD-Hombre-20-Preparatoria (2) | |
| 11 | Entrevistas\CECD-Hombre-20-Preparatoria (3) | |
| 12 | Entrevistas\CECD-Hombre-20-Preparatoria | |
| 13 | Entrevistas\CECD-Hombre-21-Preparatoria | |
| 14 | Entrevistas\CECD-Hombre-22-Preparatoria | |

| | | |
|----|---|--|
| 15 | Entrevistas\CECD-Hombre-23-Preparatoria (2) | Hombre Adulto Joven CECD: Con conocimiento de personas cercanas (parientes o amigos de su círculo familiar) con obesidad o algún padecimiento crónico degenerativo (Diabetes o Hipertensión). |
| 16 | Entrevistas\CECD-Hombre-23-Preparatoria | |
| 17 | Entrevistas\CECD-Hombre-24-Universidad | |
| 18 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad (2) | |
| 19 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad (3) | |
| 20 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad (4) | |
| 21 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad | |
| 22 | Entrevistas\CECD-Hombre-28-Preparatoria (2) | |
| 23 | Entrevistas\CECD-Hombre-28-Preparatoria | |

Una comida saludable es un buen desayuno que te deje satisfecho, que no sea muy pesado; puede ser un cereal o un pan con mantequilla y unas frutas; después tomar algo como merienda antes de comer, ya sea otra fruta o cereal seco; y ya en tu hora de comida comer algo que te llene de nutrientes: pollo, pescado o arroz. Pero tiene que ser algo que te llene; te deje satisfecho y te brinde energía. En la cena algo ligero porque tu cuerpo no procesa los alimentos con la misma rapidez que en el día, y pues a fin de cuentas eso es lo que te genera la grasa que extra en el cuerpo.

Una comida saludable en primera instancia no debe tener conservadores, tiene que ser cien por ciento orgánica; porque así evitas desde que lo más profundo desarrollar cualquier tipo de enfermedades. Porque cuando consumimos cualquier producto, desde una lechuga, aunque no nos demos cuenta está llena de químicos que le ponen para que crezca. Los fertilizantes químicos y pesticidas que sirve para eliminar las plagas que afectan el crecimiento de los cultivos hace que nosotros al ingerirlos comamos pesticidas, químicos, veneno pues. Por eso, considero que para que una comida sea saludable tiene que ser cien por ciento orgánica.

Una dieta saludable implica tener bien definido cuantos kilos quieres bajar, cuál es tu peso máximo o cuanto quieres subir o bajar, dependiendo de cuáles sean tus metas. Puedes ir con un nutriólogo y él te dirá si estas comiendo mucho o poco, cualquiera puede darte su opinión respecto a qué debes comer, pero ir con un nutriólogo te brinda una opinión bien

estructurada. Para mí una dieta saludable implica dejar todas las papas, las sodas, la harina, y sustituir los refrescos por agua y las tortillas por fruta.

Primero que nada, una ensalada, acompañada de arroz y una pechuga empanizada, pechuga a la plancha o pescado a la plancha. Porque todo tipo de carnes rojas si las consumes en cantidades grandes son malas para el corazón, también el huevo en grandes cantidades es dañino para el colesterol, lo mismo pasa si comes mucho camarón; algunos alimentos sanos pueden ser las frutas y las verduras, creo que estos nunca te hacen daño. Una comida saludable es algo que se lleva rigurosamente durante tres veces al día, que mantiene los diferentes tipos de carbohidratos, verduras, frutas, proteína y cosas que se complementen entre sí y enriquezcan tu alimentación.

Una dieta saludable es bastante variada, en la cual consumimos distintos tipos de carne combinadas con verduras, debe incluir frutas también y no consumir mucha azúcar, ni harinas procesadas para poder tener una comida bastante completa y variada. Todos los alimentos son saludables, pero el momento y la forma de cocinarlos es lo importante. Lo ideal es cocinarlos sin condimentos, de hecho, suelo cocinar la pechuga sin sal. Puedes freír la carne en el sartén con aceite de coco porque libera menos grasas y es mucho mejor, ya que el cuerpo adquiere más nutrientes naturales que te ayudan a mantenerte en mejor forma física.

Un platillo sano puede variar dependiendo de los objetivos de la persona, pero siempre hay que incluir proteínas, grasas y carbohidratos, lo que puede variar es la cantidad. Puede ser un cincuenta por ciento carbohidratos, un treinta por ciento proteínas y otro treinta por ciento de grasas. Para poder aumentar la masa muscular, subir un poco de peso, ya sea para las personas delgadas o igual para las personas que están un poco subidas de peso, les tenemos que dejar un porcentaje más bajo de los carbohidratos y las grasas, y subir el índice de proteínas a un máximo de sesenta por ciento. Por eso creo que un buen platillo debe incluir 200 gramos de pollo con una taza de arroz y agregarle una ensalada. La ensalada puede ser al gusto, ya sea espinacas, lechuga, tomate o aguacate. Lo que tú le quieras poner que contenga grasas naturales para que sea un buen platillo que contenga todos los nutrientes esenciales.

Pues en sí, la mayoría de los alimentos en estas fechas ya son procesados. Pues realmente puedes consumir pescado, puedes comer arroz, puedes comer frijoles, puedes comer atún, ensaladas y distintos tipos de comida. Sólo tienes que medir bien las

proporciones de cuánto de cada de cada de cada alimento pondrás en tu plato para que así pueda ser una comida balanceada y saludable. Puedes comer cualquier cosa en las dietas y tomar demasiada agua, sólo tienes que medir bien las proporciones de cada cosa que consumes, más que nada las cosas artificiales, las bebidas, tanto como sodas o jugos y las comidas con demasiada grasa.

Podemos decir más o menos que no hay comidas malas, sino que únicamente hay que ser equilibrados. No todos los días desayunar huevo con tocino sabiendo que te puede hacer daño porque todo en exceso es malo, no puedes estar comiendo todos los días ensalada porque en algún momento te va hacer mal. Siempre debes acompañar tu primer alimento con alguna fruta porque eso te ayuda a equilibrar tus energías por la mañana. Tu desayuno no puede ser siempre un plato de carne con tortilla, siempre con bajos carbohidratos, y una fruta, o sea siempre tratando de dejar un espacio para esa fruta y no solamente comer y comer hasta llenarte. Una pechuga de pollo, arroz y verduras al vapor creo que es un desayuno muy saludable.

Para llevar a una buena dieta no es necesario irse a los extremos, bien puedes comer bien con tu pechuga de pollo, con tu carne, siempre y cuando no te excedas en lo que se refiere a las grasas que utilizas para la preparar tus alimentos. El simple hecho de sentarte en tu mesa y decir “sabes qué, voy a comer, no me voy a llenar, sino comer y comer bien” a tus horas; porque puedes llegar a comer unas cuatro veces al día, sin estarte sentando dos veces al día y en la noche porque eso atrasa tu metabolismo, te genera problemas. Sólo es cuestión de comer bien, a tus horas y no hartarte de comida. Algo saludable es algo muy balanceado, ni tanto de mucho, ni poco de otro, sería como, por ejemplo, su ración de arroz, frijol, unas que otras verduras, y ya sea carne o pollo.

Una comida saludable tiene que ver también con la actividad física que vayas a hacer, todo lo que vas a hacer en el día, así que tienes que buscar una comida adecuada para todo lo que vas a realizar. Pero debes evitar las grasas y los azúcares, no quitarlas absolutamente, sino, consumiendo una muy baja cantidad de ellas, no dejarlas de consumir, pero consumir muy poquitas, moderado, porque también son cosas necesarias para nuestro organismo.

La comida saludable, sería pues más que nada, moderar el consumo de azúcares y grasas, y comer de todo pues. Pues fíjate que los nopales, y los frijoles que tienen mucho hierro y los productos que nos dan proteínas como la carne, el pollo y el pescado; los mariscos

son muy buenos, los mariscos pienso que son una de las mejores dietas. Porque la tortilla, en sí, es un gusto, me gusta mucho la tortilla, es un alimento sagrado, es, pues, comida de los dioses y, no sé, tal vez sea la costumbre, que me he acostumbrado, es como que voy a la comida china y no puedo comer sin tortilla, ocupo usar la tortilla siempre.

El frijol, el arroz, las lentejas son muy buenas, o sea son alimentos maravillosos que te aportan muchos minerales, muchas vitaminas, que no son de origen animal, pero combinados junto con otra comida son un buen complemento y son saludables. Por decir algo, tú si quieres buscar comer alguna carne siempre debes acompañarla de arroz, frijol, de alguna ensalada o puré de papa, así que las papas, el arroz, las habas y las lentejas ahora sí que pueden suplir las tortillas e inclusive hay personas que comen con pan y te proveen mejores vitaminas, mejores minerales, te llenan muy bien y te satisfacen y te nutren muy bien.

Digamos que la pechuga de pollo contiene mucha proteína, el arroz son carbohidratos, el frijol también tiene carbohidratos, pero también te provee minerales como lo es el hierro, digamos que el cuerpo lo que requiere son proteínas, minerales, vitaminas, pues obviamente calorías; por eso es que tú al momento de consumir el pollo y el arroz consumes carbohidratos que son muy buenos. El frijol también tiene carbohidratos y vitaminas y minerales, pero digamos que el arroz combinado junto con el frijol forma una proteína vegetal que es muy buena. Digamos que el arroz tiene unas propiedades que no tiene el frijol y así inversamente, y es por eso que estos dos cereales se complementan formando una proteína vegetal, y es una combinación muy completa.

Podemos comer verduras y combinarlas con algún cereal o lácteo; también con alguna carne, aunque considero también que la carne es dañina para la salud, pero adecuándola con unos productos que sean buenos para la salud. Por ejemplo, verduras al vapor con una pechuga de pollo hecha también al vapor; entonces, por un lado, comes rico y por otro lado estás creando un buen hábito de salud.

Una comida saludable tiene que ser una comida un poquito más limpia que todas las demás. Por ejemplo todas las cosas y todos los procesos que tiene la comida rápida (que se fríe en un chorro de aceite, que tiene un chorro de condimentos bien raros y hasta tiene bacterias implementadas) muchos procesos industriales para producir gran cantidad; por eso siento que si tú tienes un poquito de comida más limpia, no sé, pollo cocido que tiene todas las grasas

buenas, las calorías que necesita tu cuerpo y que se adapta totalmente a tu organismo y metabolismo siento que eso es una comida saludable; una comida limpia que sabes que lo que estás consumiendo va de acuerdo con tu metabolismo y organismo. La comida rápida tiene muchos procesos industriales; demasiadas grasas malas, muchos conservadores, sales malas, y todo ese tipo de cosas que siento que te afectan y que no te aportan los nutrientes que tu cuerpo necesita para poder tener la energía, porque solamente te llenan; solamente es comer por comer y no nutren tu cuerpo. Las frutas, las grasas buenas, muchas verduras, agua, jugos naturales que ponen diferentes tipos de vitaminas a tu cuerpo, y muchas calorías buenas de muchos alimentos buenos, como los vegetales, el pollo, algunos tipos de sales buenas y aceites que son buenos para tu cuerpo.

Tabla 12 Narrativas de una dieta saludable de mujeres de 17 a 28 años.

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|--|--|
| 1 | Entrevistas\CECD-Mujer-17-Preparatoria (2) | Mujer Joven CECD: No conoce a personas con obesidad o padecimiento crónico degenerativo. |
| 2 | Entrevistas\CECD-Mujer-17-Preparatoria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Mujer-18-Preparatoria (2) | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Mujer-18-Preparatoria (3) | |
| 5 | Entrevistas\CECD-Mujer-18-Preparatoria | |
| 6 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (2) | |
| 7 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (3) | |
| 8 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (4) | |
| 9 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (5) | |
| 10 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria | |
| 11 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (2) | |
| 12 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (3) | |
| 13 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (3) | |
| 14 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (4) | |
| 15 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (5) | |

| | | |
|----|--|--|
| 16 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (6) | |
| 17 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria | |
| 18 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria (2) | |
| 19 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria (4) | |
| 20 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria (5) | |
| 21 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria | |
| 22 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Universidad | |
| 23 | Entrevistas\CECD-Mujer-24-Preparatoria | |
| 24 | Entrevistas\CECD-Mujer-24-Universidad | |
| 25 | Entrevistas\CECD-Mujer-25-Universidad (2) | |
| 26 | Entrevistas\CECD-Mujer-25-Universidad (3) | |
| 27 | Entrevistas\CECD-Mujer-25-Universidad | |
| 28 | Entrevistas\CECD-Mujer-27-Secundaria | |
| 29 | Entrevistas\CECD-Mujer-29-Universidad | |

Desde la primaria nos han inculcado que la comida saludable tiene que basarse en el plato del buen comer. Por eso una comida saludable debe contener vegetales, frutas, carnes rojas y blancas; los lácteos también son importantes porque te ayudan a tener calcio y todo ese tipo de cosas. Las pechugas de pollo acompañadas de frijoles y una ensalada. Una dieta saludable es comer cosas muy variadas como leguminosas, carnes, frutas, verduras. Y también para conseguir una dieta saludable tendrías que ir con un especialista para que te la dé. La tortilla y el pan no son muy saludables que digamos.

Debemos consumir alimentos que tengan vitaminas como las frutas, verduras, podría ser la naranja, manzana y el plátano; y verduras como tomate, cebolla, apio, calabaza, chayote y ese tipo de alimentos que te den nutrientes y vitaminas para que puedas ser más sano. Aunque al pollo le ponen muchas hormonas o lo procesan mucho, al igual que las carnes, sí considero que es mejor consumirlo que las carnes rojas, porque éstas no son muy saludables o no te aportan tanto como sí te aporta el pollo.

No hay que consumir comida chatarra como las papas fritas, los dulces y todo ese tipo de cosas que vienen procesadas o pues no son hechas en casa porque vas y las compras en un supermercado o algún establecimiento como Carl's Jr o McDonald's que son lugares donde venden productos que no son saludables y consumirlos con mucha frecuencia te afectan y no te permiten tener una vida saludable.

Una comida saludable es una ensalada y cosas que no lleven grasa. Las verduras, hay que irnos más por lo natural porque, por ejemplo, mucho condimento también puede ser malo. Muchos aderezos, mayonesas y cosas así, son mucha grasa, por eso es mejor evitarlos. Una comida saludable es la que involucra todo lo que es necesario para nuestro organismo. O sea, todo lo que está en el plato del buen comer. Por ejemplo, seriales, frutas, verduras, carnes. Todo eso sin sobrepasarse. O sea, que no todo sea grasa, que no todo sea carnes, que no todo sea incluso puros vegetales, porque incluso en nuestro cuerpo también ocupa grasa, entonces que sea de cada cosa un poco para balancearlo.

En mi casa comemos regularmente mucho pollo. El pollo sencillo es la comida más saludable. Si eres una fiel mexicana, creo que sería la tortilla, la tortilla de maíz, sin duda; la tortilla de harina no, la tortilla de harina hace mucho daño y lo sé yo porque me ha enfermado varias veces por eso. Entonces, tortilla de harina descartada. Pero la de maíz considero que es mejor que el pan. No sé, siento que el pan es mucho más bien llenador. Es más, no sé, simplemente prefiero también por mi salud, porque cuando me enfermé sólo podía comer tortillas, pero no tantas. En fin, en conclusión, prefiero mil veces las tortillas de maíz, y además son las más sanas.

Una dieta saludable es la que tiene proteínas, no está muy condimentada, no tiene muchas grasas, no tiene muchos condimentos, no lleva mucho gluten, y es baja en calorías y principalmente eso, no tiene muchas grasas. Una proteína acompañada de unas papas sazonadas, o alguna pasta rica, una pasta al pesto con pechuga de pollo y si se quiere, un pedazo de una porción de ensalada con lechuga, espinacas, tomates o pimientos; y una limonada natural. También estaría bien ya si se quiere un postre chiquito, pues podría ser algo chiquito, como un pedazo del pastel, algún pan y alguna de nieve, o un café, un cafecito.

No sé mucho de comida, pero creo que todo depende de las porciones. Por ejemplo, en la mañana no estaría de más, comer unos huevos revueltos con un trozo de pan tostado, un café y una fruta. Y en la tarde ya no sé lo que sea. Siempre depende igual en el caso de

las tortillas, la masa que utilizas. Hay que tener cuidado con eso porque hay mucha gente que se acostumbraba en la mañana a comer tortillas, en la tarde comer tortillas y no debemos comer tantas tortillas. Siempre es bueno estar pendientes de las porciones que comemos y que, si nos quedamos con hambre, en vez de servirnos otra vez, sería mejor comer una fruta o una barrita de avena con agua.

No sé si muchas personas lo sepan, pero casi todas las recetas y las comidas que consumamos al día tienen que basarse en el plato del buen comer, que está dividido en proteínas y legumbres y de los ingredientes principales es evitar comer carne roja. Entonces, por lo general se recomienda mucho comer pescado, ya que tiene mucha proteína y este tiene menos conservadores que el pollo y la carne. En todo caso, que vayamos a comer carne o pollo, hay que ver que esa proteína es de una manera que esté fresca, entonces la proteína puede ir al horno o asada. Hay que evitar comer comida frita, por lo cual recomiendo que esto se haga, pues a lo mejor con poco aceite y complementar el plato con espárragos o algunas verduras crudas. Debemos evitar productos como la manteca de cerdo, debido a que tienen mucha grasa, podríamos evitar la carne de cerdo, que daña mucho nuestro organismo y tiene mucha grasa, también debemos evitar comer carne en exceso de vaca y de pollo también.

Es importante tener claro qué tipo de comida vamos a hacer, por ejemplo, en el día a día en la comida no debe faltar la proteína, como carne o pescado. Los complementos, que serían algunas verduras, algunas ensaladas, algunas sopas. Entonces, es importante tener siempre atún, pollo, carne, todo lo equivalente para comer. Es importante tener entre comidas, ya sea manzanas, naranjas o frutas para comer. También podemos tener barritas, galletas, cereales; que nos ayudan mucho para no tener hambre todo el tiempo y poder controlarla. Entonces, cuando no tenemos tiempo de comer, es importante siempre tener estos complementos que nos van a ayudar a no a estar comiendo casi todo el tiempo. Por ende, pienso yo que es muy importante tenerlos, pero lo que, por ejemplo, lo que no puede faltar en el refrigerador sería el jamón, queso, tortillas, el pollo, la carne, y pescado. Pero tenemos que tener en cuenta que muchos de esos alimentos se echan a perder muy rápido, por lo cual creo que es importante saber qué alimentos duran mucho y le hacen bien a nuestro organismo. En la alacena también debe haber lo indispensable, la comida exprés, ya sea el atún, las sopas de lata, y los complementos para acompañar el atún, como el elote, las verduras y las barritas.

Si sabes que vas a ir con una persona a la que le gusta mucho la comida chatarra lleva al otro lado, o si tienes hijos desde chiquitos, simplemente el comer comidas caseras. El comer comida saludable es el comer comidas no necesariamente orgánicas, pero no procesadas. O sea, todos esos pequeños detalles que podemos cambiar en nuestra vida para tener una mejor, un mejor estilo de vida, son a largo plazo. Son muy buenos. No dejar cuatro tortillas y sólo comerte dos o comerte en lugar de tres piezas de pan comete solo una o no significa comer puras ensaladas. Pero el cambio que queremos está en nuestras manos. Entonces hay que dejar de lado lo que es chatarra, no procesado, azúcares, las azúcares añadidas, todo lo que son sodas, jugos, dulces, chocolates, todo eso o dejarlo de un lado y también ver si realmente lo necesitamos.

Pues principalmente creo que es evitar las carnes rojas, porque creo que es lo que más comemos mexicanos y lo que más nos gusta, pero a la vez es lo que más repercute en nuestra salud. Como creo que vienen más enfermedades como cáncer y ese tipo de problemas. Así que creo que evitar mucho las carnes rojas, pues una vez una maestra me dijo que comer una fruta al día, porque también hay gente que a veces abusa y pues obviamente entre más fruta es, la fruta tiene azúcar pues y es como que mucha, mucho de tu cuerpo. Así que yo considero que una fruta del día se me hace bien. Incluso cinco, seis frutas a la semana, pero no creo que hay gente que se atasca a veces de fruta. No sé y no creo que sea lo más recomendable. También cuando tienes ansiedad o tienes ganas de un snack llevar como almendras en tu bolsa mi mamá lo hace y también he visto que varias personas que lo hacen recomendadas por nutriólogo. También tomar leche de almendra o de soya en vez de leche normal, pues reducir en gran medida la sal. El no dejarla de poner porque pues es una, como se dice, lo que es la sal, un condimento un condimento rico y que les da sabor a las cosas y sin la sal no sabe igual de bien las cosas, y pues no lo disfrutas, así que solo reducirlo. Tomar las bebidas al final de la comida porque solemos comer y beber a la vez, pero siempre lo recomendable, también es dejarlo opinar por la mejor digestión y todo eso y pues remplazar las bebidas azucaradas como sodas y jugos por agua natural o incluso si no te gusta mucho el agua natural, siento que puedes ponerle como un limón y a lo mejor poquita sal bueno, lo recomendable es sin sal, digo sin azúcar, sin azúcar, este también aguas de frutas, pero sin azúcar. Aunque sepa mala, pero pues te ayuda y no sabe tan mal, así como el agua como tal. También del pan no comer tanto pan, pues engorda. Creo que no comer tantas papitas o cosas

que realmente te venden en los Oxxos y que se te hace fácil agarrar como galletas no sé, lo que encuentres y que se te antoje, chocolates, por ejemplo.

Tabla 13 Narrativas de una dieta saludable de mujeres de 32 a 37 años.

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|---------------------------------------|--|
| 1 | Entrevistas\CECD-Mujer-32-Secundaria | Mujer Joven CECD: No conoce a personas con obesidad o padecimiento crónico degenerativo. |
| 2 | Entrevistas\CECD-Mujer-34-Secundaria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Mujer-37-Secundaria | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Mujer-37-Universidad | |

Una comida saludable es ensaladas, verduras y carne, muy poquito arroz, muy poquita pasta. Que lleve verduras, proteína, frijoles también, arroz, pero tratamos de que no sea tanto, igual carne, una porción de carne, tratamos que sea normal. No debe de llevar el pan, o en su caso que no sea en exceso. Por ejemplo, las hamburguesas, si te comes una hamburguesa no tiene nada de saludable, tiene pan, tiene carne, tiene queso, si acaso el pedacito de cebolla que le echan y el tomate, pero en si todo lo demás es malo.

Puede ser un porcentaje de carne de pollo con una ensalada. Con vegetales al vapor algo cocido o asado una porción de legumbres y algo de carbohidrato, pero muy poco. No bebidas azucaradas. Puede ser un filete a la plancha de pescado con una ensalada verde; una porción de puré de papa, pero sin mantequilla y un trozo de pan integral. Un desayuno de avena con poca leche, con fruta, huevos cocidos o guisados de una manera que no tengan mucha grasa. No comer tantas tortillas. El desayuno acompañado de jugos naturales sin azúcar. En la comida incluir legumbres para acompañar la proteína. Pocos carbohidratos a la hora de la cena, no cenar tanta fruta al menos un cinco por ciento de fruta al día que no sea muy azucarada y después de las seis de la tarde; y todos los días consumir dos litros de agua. Cuando se trata de alimentar a los hijos cuenta mucho la responsabilidad de los padres. Y también que estén enterados de las necesidades básicas de alimentación de los niños. Porque hay muchos padres que no saben, y por ignorancia, por consentimiento y por mimar a sus hijos no los hacen comer verduras y frutas; le dan sólo lo que los niños piden y otros porque ni enterados están que pueden afectar su salud. No sé desarrollar diabetes a temprana edad o

con enfermedades de ancianos prácticamente como la presión alta. Ese tipo de cosas muchas veces es por ignorancia y también por la economía que influye, pero pienso que más que la economía es por ignorancia y falta de responsabilidad.

Se deben de hacer por lo menos 3 comidas: desayuno, comida y cena. Diría mi abuelita: hay que desayunar como reina, comer como princesa y cenar como mendigo. No saltarse ninguna comida, creo que de ahí viene algo sano. Y en ideal pues que esas comidas estén sanas ¿no?, con todo lo que ya hemos mencionamos. Al café no se le pone nada. Sí, el azúcar, volvemos al tema del azúcar, ¿no? Los mexicanos en general consumimos una gran cantidad de azúcar. Pero creo que más allá de las cantidades, este, creo que no hay hábitos en tiempos; la gente nunca desayuna a la misma hora, nunca come a la misma hora, a veces no come nada en toda la mañana y vienen desayunando a las 12 del día. Pues creo que más bien es una disciplina de darle el lugar a cada comida. Y de ahí ya como ver qué es lo que vas a comer en cada comida, ¿no?

Tabla 14 Narrativas de una dieta saludable de mujeres de 42 a 49 años.

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|---|--|
| 1 | Entrevistas\CECD-Mujer-42-Preparatoria | Mujer Joven CECD: No conoce a personas con obesidad o padecimiento crónico degenerativo. |
| 2 | Entrevistas\CECD-Mujer-42-Secundaria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Mujer-42-Secundaria | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Mujer-44_Primaria | |
| 5 | Entrevistas\CECD-Mujer-45-Secundaria | |
| 6 | Entrevistas\CECD-Mujer-49-Preparatoria | |
| 7 | Entrevistas\CECD-Mujer-49-Universidad (2) | |
| 8 | Entrevistas\CECD-Mujer-49-Universidad | |

Una comida saludable es la que incluye el plato del buen comer, que es verdura, proteína, legumbres y grasas; pero grasas naturales que vienen siendo, pues la almendra, la nuez y el aguacate. Una comida que no es saludable es en la que consumes harina con azúcares y grasa,

por eso al cocinar debes usar aceite de olivo o aceite de coco que son aceites saludables. En la mañana un desayuno saludable es una homelet con champiñones, con espinacas, queso panela y sus frijoles; un plato de fruta y ya sea un café o un té, de preferencia el té. En ese desayuno consumes la proteína, las legumbres, las verduras y las frutas. En la comida una pechuga asada con una buena ensalada. Una ensalada de espinacas con zanahoria rallada, manzana, uva, pasas, nuez y una vinagreta hecha con un poquito de aceite de olivo con jugo de limón y jugo de naranja, y un poquito de miel. Esa ensalada puedes acompañarla con una tacita de arroz. La comida debes acompañarla siempre con agua simple.

Tratar de comer más natural, comidas que no tengan exceso de grasa. Evitar también exceso de azúcar y prácticamente lo más natural que se pueda y evitar los alimentos procesados e industrializados. Además, tortillas, tortillas de maíz, yogur griego, granola, leche deslactosada, queso panela, espinacas, lechuga, tomate, calabacitas, zanahorias, brócoli, atún, pechugas de pollo, pan integral, arroz y pescado. Los alimentos más saludables, con el tiempo que he estado investigando más y viendo información; he descubierto que da más vitaminas y más proteínas para la salud del cuerpo los vegetales, las frutas de color verde: manzanas, apio, la espinaca. Todos los alimentos color verde nos proporcionan más salud e inclusive nos ayudan a tener más fuerza, más anticuerpos para evitar enfermedades y para prevenirlas inclusive; además, nos sirven como protectores para evitar enfermedades de diferentes tipos: desde estomacales, porque nos ayudan en nuestra digestión; y refuerzan nuestro sistema inmunológico para contrarrestar cualquier infección o virus; para la piel nos sirven porque nos mantienen hidratados. Entonces, lo que viene siendo todas las ensaladas, todo lo que contenga el color verde, nos proporciona muchísimas vitaminas y minerales para tener todo nuestro cuerpo saludable.

Tabla 15 Narrativas de una dieta saludable de mujeres de 54 a 76 años.

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|---------------------------------------|---|
| 1 | Entrevistas\CECD-Mujer-54-Universidad | Mujer Joven CECD: No conoce a personas con obesidad o |
| 2 | Entrevistas\CECD-Mujer-63-Primaria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Mujer-63-Universidad | |

| | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| 4 | Entrevistas\CECD-Mujer-68-Primaria | padecimiento crónico degenerativo. |
| 5 | Entrevistas\CECD-Mujer-69-Primaria | |
| 6 | Entrevistas\CECD-Mujer-76-S_E | |

Una dieta saludable es aquella que combina cereales. Por ejemplo, creo que, en la comida, deben ser indispensables los frijoles, algo de proteína, como huevo, queso, pero preferentemente fresco o panela. Algunas verduras, fruta o gelatina, por ejemplo, y café y que no me falte un té. Nací en un rancho, en una isla y me tocó convivir con mis abuelos y creo que la comida de ellos era muy sana y muy sencilla. Recuerdo platillos que, en mi vida he vuelto a comer, que mi abuela preparaba, por ejemplo, unos chilaquiles con un huevo encima “¡Oh que delicia!”. Por eso creo que un buen desayuno, son unos frijoles con unos chilaquiles y un huevo a un lado, con queso fresco y una tacita de café. Son platillos que no te lleva mucho tiempo prepararlos y además son saludables. Los postres eran calabaza enmelada, hecha natural, calabaza recién cosechada y natural, preparada con piloncillo. Entonces era un postre preparado con un vasito de leche bronca. Esos eran los postres ya que terminabas de comer tu comida pesada o la comida buena y ese era tu postre. No era llenarte, atiborrarte de dulce, porque además el dulce no te satisface, te da por comer más, no puedes comer sólo un pedacito, te da por comer más y más, y pues le echamos más azúcar y harina al cuerpo.

Una dieta saludable, es que tú pongas atención a tu comida, entonces, por ejemplo, los snacks, tú puedes desayunar algo ligero y llevarte un snack que no tiene que ser algo que te quite el hambre, si no, por ejemplo, puedes picar una zanahoria, un pepino, un pedazo de jícama y comértelo con chilito y limón, dejarlo para comer a media mañana. Una recomendación es que le echemos cada 2 hora algo al estómago, para que el cuerpo no te pida mucha comida. Desayunar poco, quizás no más un huevo, un poquito de frijoles, una tortilla y un café para quedar satisfecho. A las 2 horas te puedes comer una fruta o te puedes comer un yogurt. Así a la hora de la comida vas y comes, pero no comes como desesperado, comes una menor cantidad que aprovecha mejor el cuerpo. Después de comer, a las dos horas puedes tomarte un cafecito con galletas, así a la hora de la cena ya no tienes tanta hambre,

entonces puedes comer algo ligero. Para mí eso es llevar una dieta saludable, porque implica prestarte atención y estar consciente de lo que comes.

Todas las comidas deben de ser mayormente vegetales, que la porción sea más grande en vegetales. Las proteínas que sean proteínas como tal, pero una cantidad suficiente de proteínas y los carbohidratos muy pocos. Eso es un plato razonable, ideal. Pero también es la combinación entre ellas, porque muchas veces dice uno: me voy a comer vegetales, pero te vas a comer arroz y te vas a comer tortillas y ahí ya estás haciendo una combinación que no debe de ser, entonces debe uno aprender a combinar las comidas, eso es definitivo. Y las porciones que debemos de manejar, estamos acostumbrados a unas porciones muy grandes de acuerdo a nuestra cantidad calórica o cantidad energética que quemamos. Entonces yo creo que si siguiéramos esos podría ser más fácil para controlar todo.

Definitivamente la carne roja como tal no es mala, la cuestión es la cantidad que comemos y cómo la preparan. Nosotros somos seres humanos que necesitamos hemoglobina y la obtenemos de las carnes rojas, principalmente. Entonces no es bueno dejar de comer carne roja, simplemente disminuir la cantidad y cómo se prepara. Una carne asada es muy sana, el problema es que a la carne asada la acompañamos con guacamole, con arroz, tortillas y frijoles, entonces eso es la combinación mala, pero si tú te comes la carne roja con el puro guacamole, es una buena opción. Hay alimentos que tenemos muy buenos, el problema es cuando los combinamos.

4.1.6 Narrativas de una vida saludable.

Esta sección aborda historias sobre hábitos alimenticios sanos y dañinos y hace énfasis en la información que los entrevistados brindan respecto a las personas y sitios donde ha obtenido la información respecto a dietas saludables. De igual forma las entrevistas identifican cuáles son los criterios que las personas consideran importantes para tener una vida sana con base en su dieta, por ejemplo, si es cuestión de hábitos que promuevan la actividad física, cuáles enfermedades asocia con dietas poco saludables y si el llevar una dieta y una vida saludable es cuestión de dinero, tiempo, herencia genética o todo es cuestión de la intención directa de la persona por cambiar sus hábitos alimenticios.

Tabla 16 Narrativas de una vida saludable de hombres de 17 a 28 años.

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|---|---|
| 1 | Entrevistas\CECD-Hombre-17-Preparatoria (2) | Hombre Joven CECD: Con conocimiento de personas cercanas (parientes o amigos de su círculo familiar) con obesidad o algún padecimiento crónico degenerativo (Diabetes o Hipertensión). |
| 2 | Entrevistas\CECD-Hombre-17-Preparatoria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Hombre-18-Preparatoria (2) | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Hombre-18-Preparatoria (3) | |
| 5 | Entrevistas\CECD-Hombre-18-Preparatoria | |
| 6 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria (2) | |
| 7 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria (3) | |
| 8 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria (4) | |
| 9 | Entrevistas\CECD-Hombre-19-Preparatoria | |
| 10 | Entrevistas\CECD-Hombre-20-Preparatoria (2) | |
| 11 | Entrevistas\CECD-Hombre-20-Preparatoria (3) | |
| 12 | Entrevistas\CECD-Hombre-20-Preparatoria | |
| 13 | Entrevistas\CECD-Hombre-21-Preparatoria | |
| 14 | Entrevistas\CECD-Hombre-22-Preparatoria | |
| 15 | Entrevistas\CECD-Hombre-23-Preparatoria (2) | Hombre Adulto Joven CECD: Con conocimiento de personas cercanas (parientes o amigos de su círculo familiar) con obesidad o algún padecimiento crónico degenerativo (Diabetes o Hipertensión). |
| 16 | Entrevistas\CECD-Hombre-23-Preparatoria | |
| 17 | Entrevistas\CECD-Hombre-24-Universidad | |
| 18 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad (2) | |
| 19 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad (3) | |
| 20 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad (4) | |
| 21 | Entrevistas\CECD-Hombre-25-Universidad | |
| 22 | Entrevistas\CECD-Hombre-28-Preparatoria (2) | |
| 23 | Entrevistas\CECD-Hombre-28-Preparatoria | |

La alimentación es fundamental, junto con mantener tu cuerpo activo y llevar una vida sana y consumir muy poco alcohol. Creo que principalmente tener mucha atención sobre lo que consumimos, sobre la alimentación que llevamos a poder comer, lo que son nuestras tres comidas al día, incluso hasta 5. Tomar bastante agua es algo que considero bastante crucial, tomar después una cantidad correcta de agua y mantenernos físicamente activos, porque siempre es muy importante cuidar de nuestro cuerpo para llevar una vida hasta cierta parte saludable, no solamente cuidar lo que hacemos.

La gente debe comenzar a preocuparse por su apariencia física y su salud, ya que eso es muy importante y creo que, a cualquier gente, a cualquier persona, le gustaría llegar a viejo y es una buena manera de poder seguir adelante y tener una buena salud, porque, por ejemplo, los médicos, los médicos, nada más están durante la enfermedad y los nutricionistas están antes de la enfermedad. Salir a correr en las mañanas o en las noches, asistir a un gimnasio, trabajar, salir a caminar, mantenerte físicamente activo y no solamente estar recostado todo el día, ya que por estar acostado y sólo estar comiendo sólo vas a ganar peso y no aporta nada saludable a tu vida.

Muchas personas no desayunan y tienden a irse hacia la escuela o al trabajo sin comer, se la pasan comiendo en la calle y no hacen ejercicio. Es necesario hacer ejercicio porque el hacerlo, además de que te ayuda físicamente para perder grasa, también te ayuda mentalmente, ya que liberas estrés y reduces tu ansiedad y ese es un beneficio ya que al reducir tu estrés y ansiedad también reduces el consumo de comida chatarra; eso puede servirte para evitar la obesidad, porque ya estás bajo presiones. La comida también es muy importante y hay una relación entre estas dos cosas, para tener un buen físico también debes de relacionar tu mente y tu cuerpo con lo que comes, todo moderadamente, porque también hay muchas personas que se presionan por el deporte, por el gimnasio y empiezan a tomar muchas sustancias que, aparentemente están muy nutridos, tienen un físico espectacular, sin embargo, hay fisicoculturistas que se han llegado a morir de tantas sustancias que han usado.

Bueno primero que nada el consumir agua, no estoy diciendo que consumir agua nada más por consumirla, el cuerpo humano te indica como en qué momento consumirla, es como cuando en ocasiones tú dices voy a tomarme uno o dos litros de agua, pero no es bueno, entonces como por ejemplo cuando tú te levantas debes de tomarte un vaso con agua, porque tu cuerpo lleva 8 horas que tu cuerpo no ha consumido agua, entonces quieras o no necesitas

consumir agua. Pues, si por que el ejercicio, así como es importante el llevar una buena alimentación, también es importante llevar o hacer un buen ejercicio, por que digamos tu comes mucho y te alimentas muy bien pero no quemas las calorías que son necesarias, entonces al final de cuentas lo que va a hacer es acumular calorías y lo que va a pasar es que estarás subiendo de peso entonces se necesita un balance entre consumirlas y quemarlas.

Creo que la rutina más saludable sería una rutina consciente donde sepas que a lo mejor no estás haciendo un ejercicio exagerado o estás viendo por tu salud haciendo una actividad física para que tu cuerpo se despeje, este sano, comer limpio, comer lo que tu cuerpo necesita. Siento a veces que no necesitas que no necesitas hacer un plan alimenticio, pero sí tener una dieta un poquito más consciente. Y tener dentro de tu rutina un hábito de comer sano y saber lo que estás comiendo. Creo que el tema de las rutinas sería solamente saber lo que estás comiendo, cuando tú sabes y te das cuenta de lo que estás comiendo es muy diferente como ves la comida y como ves la relación entre tú como ser humano y el alimento. Siento que cuando tú sabes lo que estás comiendo tu rutina cambia, y cambia sola, pero sin duda el hacer ejercicio, comer limpio, saber lo que estás comiendo y no caer en los excesos eso sería una rutina para mí que podría funcionar para estar saludable y comer bien.

Creo que todos los factores que influyen en que tengas una vida saludable son demasiados. Creo que son temas muy particulares, pero generalizando, los hábitos son los que hacen al hombre y cada vez tratando de comer más limpio, hacer ejercicio, ser consciente, buscar información y apoyarte de gente que haga lo mismo, son factores muy importantes para poder tener una vida saludable. Hay otro tema que yo la verdad no lo he podido experimentar en carne propia pero que se ve mucho que es la clase socioeconómica que tienes. Si eres de clase baja y eres muy pobre o estás en pobreza o tienes pobreza extrema, es muy difícil para ti poder siquiera pensar en tener un plan alimenticio o checar lo que estas comiendo porque lo que quieres es comer, no, realmente no te preocupa al siguiente día, te preocupa si vas a comer o no vas a comer. Siento que ese es un tema muy importante que estamos dejando afuera por el tipo de vida que hemos llevado, pero si no tienes dinero para comer, si al día siguiente no te estás preocupando por qué comer y te estás preocupando si vas a comer o no, creo que ahí ya se te destruyeron todos los demás factores. Entonces un tema importante es el factor socioeconómico de inicio, y ya después lo demás factores que son temas de hábitos, información, de saber y hacer conscientemente las cosas. El tiempo y

el dinero son los factores más importantes del porqué las personas no cambian sus hábitos. Si no tienes tiempo para pensar en nuevos hábitos, o sí tienes el tiempo, pero no tienes los recursos, entonces no lo puedes cambiar y estás perpetuando tu estado. Aunque no es una cuestión económica, tampoco es personal. Si tú realmente quieres ser una persona saludable, en realidad puedes hacerlo. Simplemente tienes que ser una persona disciplinada y con un objetivo claro de tu meta que tengas a mediano o largo plazo con tu cuerpo. O sea, si no ganas mucho dinero, pues igual puedes reducir tu ingesta de alimentos chatarra y tomarte el tiempo necesario para preparar estos alimentos en casa.

Tabla 17 Narrativas de una vida saludable de mujeres de 17 a 29 años.

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|--|--|
| 1 | Entrevistas\CECD-Mujer-17-Preparatoria (2) | Mujer Joven CECD: No conoce a personas con obesidad o padecimiento crónico degenerativo. |
| 2 | Entrevistas\CECD-Mujer-17-Preparatoria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Mujer-18-Preparatoria (2) | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Mujer-18-Preparatoria (3) | |
| 5 | Entrevistas\CECD-Mujer-18-Preparatoria | |
| 6 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (2) | |
| 7 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (3) | |
| 8 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (4) | |
| 9 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria (5) | |
| 10 | Entrevistas\CECD-Mujer-19-Preparatoria | |
| 11 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (2) | |
| 12 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (3) | |
| 13 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (3) | |
| 14 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (4) | |
| 15 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (5) | |
| 16 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria (6) | |
| 17 | Entrevistas\CECD-Mujer-20-Preparatoria | |

| | | |
|----|--|--|
| 18 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria (2) | |
| 19 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria (4) | |
| 20 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria (5) | |
| 21 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Preparatoria | |
| 22 | Entrevistas\CECD-Mujer-21-Universidad | |
| 23 | Entrevistas\CECD-Mujer-24-Preparatoria | |
| 24 | Entrevistas\CECD-Mujer-24-Universidad | |
| 25 | Entrevistas\CECD-Mujer-25-Universidad (2) | |
| 26 | Entrevistas\CECD-Mujer-25-Universidad (3) | |
| 27 | Entrevistas\CECD-Mujer-25-Universidad | |
| 28 | Entrevistas\CECD-Mujer-27-Secundaria | |
| 29 | Entrevistas\CECD-Mujer-29-Universidad | |

Tendría que ser, pues, desayunar sano y llevar una rutina de ejercicio o caminar, hacer actividades que te ayuden para estar en forma y mantener tu peso adecuado a tu altura y tu complejión. Consumir agua para estar sana, también consumir frutas y verduras, ya que te dan nutrientes y todo eso. Hacer ejercicio, consumir agua, no consumir demasiada azúcar y alimentarte bien de una manera sana, no consumir comida chatarra y todo ese tipo de cosas que tengan mucha grasa y que no sean saludables.

Llevar una rutina de comida en la cual intercambiamos los días de comer carne roja con días en los cuales consumamos pollo, y así, también llevar una rutina de ejercicios. Ir al gimnasio o salir a caminar. Reducir el consumo de azúcares procesados, y consumir más productos naturales. Dicen que caminar media hora diaria está súper bien. Si no puedes salir como a un gimnasio, pagarlo, pues simplemente con hacer una caminata y o corriendo ya depende cómo te sientas mejor, pero siempre estar en movimiento para igual, para que la comida se digiera bien y entonces no tengas problemas con eso.

Considero que el cuidado de la alimentación. El cuidado de la alimentación cuando las personas también tienen problemas psicológicos y quieren llenar un vacío familiar también comen mucho y no llevan una buena alimentación. Yo creo que todo empieza por

educación, empieza en la casa y en la escuela. Es algo que siempre debería ser tomado en cuenta. Las escuelas deberían de tenerlo mucho en cuenta, ya que no siempre se ha visto así. Por eso hay tantos casos de obesidad infantil.

Es importante que tengamos una buena alimentación de comida, desayuno y cena, complementarla con un poco de ejercicio, ya sea caminatas en la mañana o caminatas en la noche, porque eso ayuda a la circulación en nuestro cuerpo. También es importante tener una buena rutina de ejercicio para tener una buena condición física. Debemos realizar actividad física diariamente o si no pues al menos tres veces a la semana, variar nuestros alimentos que no sean siempre los mismos y tratar de evitar lo que son las carnes rojas; no comer tantas tortillas evitar las harinas y la comida chatarra para evitar tener sobrepeso que después nos puede llevar a la obesidad o alguna otra complicación en nuestra salud.

Tener un balance entre lo que comemos y la energía que gastamos. No estoy diciendo que tenemos que matarnos en el gimnasio, pero tampoco es estar sentados todo el día sin hacer nada. No es comer puros vegetales, pero tampoco es comer pura chatarra. Entonces hay que encontrar siempre ese balance entre lo que comemos y el ejercicio que hacemos. También hay que tener en cuenta que no todas las dietas son para todo el mundo, no todos. Las nuevas modas de comida que hacer ayuno intermitente, que la comida génica, que nada de eso es generalizado, siempre tiene que estar personalizado para cada persona, en cada estilo de vida, cada salud, cada. Entonces no hay que enfocarnos en ello y tampoco obsesionarnos en lo estético. Hay que verlo siempre por el lado de la salud, enfocarnos en estar mejor para llevar una vida, una vida longeva, para tener más oportunidades de poder descartar enfermedades y enfermedades que vengan con obesidad o, al contrario, no la comida. Los problemas alimenticios no siempre son engordar.

Todo depende del enfoque que le quieras proporcionar a tu cuerpo. Si quieres nada más estar sano o si quieres enfocarte en bajar de peso, o si quieres enfocarte en subir de peso, pero siempre hacerlo bajo la supervisión de alguien. Y que cada quien tiene que entender que la comida no es tu enemigo, pero tampoco es tu mejor amigo. Simplemente es una necesidad para el cuerpo de vivir y hacerlo de la manera más sana. Comer verduras, muchísimas verduras, fruta, aunque no tanto, porque tiene mucha azúcar, pero también comer fruta, proteína e incluso grasas buenas. Entonces todo eso, la gente tiene que ser informada de ello para hacer decisiones correctas a la hora de saber qué comer. Tampoco irnos por lo más fácil,

por lo más práctico, por lo más económico, sino darle ese enfoque de que sí es algo indispensable para vivir y que es una necesidad humana.

A veces es necesario comerte ese pedacito de chocolate para después no comerte una caja entera. Entonces no está mal. Simplemente ese balance es un estilo de vida más saludable, más activo y también saber que todo es mental, que tú puedes o que realmente puedes llevar un estilo de vida saludable. No necesariamente con todo el dinero del mundo porque no se trata sólo de cuestiones económicas. No es cuestión de clases, no es cuestión de raza, es cuestión de mentalidad y de querer una vida más saludable. Nunca está de más informarnos sobre estos temas, de visitar a un nutriólogo o un médico. Siento que hay gente muy preparada y muy informada al respecto que nos pueden abrir los ojos en este tema. Sólo hace falta que la gente decida querer informarse y una vez que la gente decida tomar el primer paso, ya de ahí es donde pueden empezar los cambios en los estilos de vida de una manera más fácil. Entonces, siento que está en cada uno esa responsabilidad de cuidarnos y de llevar ese estilo de vida que queremos, porque cada quien al final del día, conforme se quiera y conforme se cuide, va a decidir qué comer, va a decidir si lo que come le beneficia, si lo que está haciendo es bueno o malo, si prefiere estar acostado o haciendo ejercicio.

Pues, principalmente una hora de actividad física diaria es recomendada, actividad física, no necesariamente ir al gimnasio. Depende de tu edad y de tu sexo puede variar. Por ejemplo, a las personas mayores puede ser mejor solamente salir a comer o si eres joven practicar un deporte o danza, ir al gimnasio, pero que sea mínimo una hora diaria o en su defecto repartir las horas de la semana, no sé, si un día tomas 3 veces a la semana 2 horas (de ejercicio), entonces ya más o menos se compensa. También como había mencionado, reducir el uso de aceite para cocinar, reducir el consumo de carne a una o dos veces máximo por semana. El pescado se puede comer tres o cuatro veces a la semana, igual el pollo, tres veces a la semana. Pero sí es importante disminuir las carnes rojas, disminuir el consumo de harinas procesadas de azúcares y grasas trans. Eso se puede hacer midiendo, como dije, no es completamente dejar el pan, sino medir las cantidades que comemos de pan y a qué hora del día. Y también ingerir frutas y verduras, eso sí de manera más libre, ya que tienen menos calorías.

Muchas veces también considero que es por parte de que no hay dinero suficiente para comprar la comida adecuada o muchas veces hasta lo más económico, es lo más dañino

para la salud. A veces yo creo que es más barato comprarte dos rebanadas de pizza que poder preparar una pechuga con lechuga, con puré, con arroz, con algún frijol. El plato, pues, prácticamente es más barato, pero de ahí en fuera yo creo que es por la falta de cuidado o por el desinterés total de comer saludable, porque uno también se acostumbra que la comida con grasita tiene más sabor que si comemos una pechuga asada con verduras al vapor porque le falta sazón. La porción correcta es prácticamente la palma de tu mano, es muy pequeña, y pensamos “no me voy a llenar”, necesito comer más y uno también como mexicano muchas veces no sabe cuándo el cuerpo le dice “oye, ya estoy lleno”. Es como que “estoy satisfecho, pero queda una piernita de pollo en el plato, no la puedo tirar, no la voy a dejar, tengo que terminarla”. Eso también es como un pequeño problema que tenemos los mexicanos al momento de comer, de que el cuerpo está satisfecho, que el cuerpo comió lo que debía de comer, pero no podemos dejar el plato lleno, hay que consumirlo todo porque me lo sirvieron para que me lo acabara.

Todo en exceso nos hace daño, nos perjudica y nos hace daño. No llevar una rutina de ejercicio, no es cuestión de que “hoy no tengo tiempo de ir al gimnasio”, porque una rutina de ejercicio puede ser de 15 o 20 minutos. Caminar, hacer un poquito de cardio, brincar la cuerda fuera de tu casa, en el patio, correr dos vueltas, muchas veces inclusive sacar el perro a caminar. Si tú haces ejercicio las rutinas se van a llevar a cabo semana con semana se van adaptando a tu estilo de vida, siempre y cuando tú mantengas ese estilo de vida. Comer las tres comidas del día es muy importante; evitar las grasas, los azúcares, todo eso en exceso. Evitar la cerveza y el licor porque es algo que nos perjudica muy feo en nuestra salud.

Crear rutinas de alimentación de actividades en casa de actividad física como ejercicio y dormir bien porque al tener esas rutinas no vas a consumir las necesarias para que te venden energía en los alimentos a la hora necesaria para no saltar de que no te dé hambre y que no te den atracones. El ejercicio muy importante nunca perder la rutina porque creas un buen hábito y eso te va ayudar mucho para evitar enfermedades cardiovasculares. El dormir porque si no duermes lo suficiente tu cuerpo no descansa y al no descansar también no va a cumplir las necesidades fisiológicas que necesita tu cuerpo para la hora del descanso tanto físicas como químicas dentro del organismo y eso va a provocar que si no duermes bien tengas malhumor que tengas más apetito que andes de malas que no quieres hacer ejercicio y que te haga un círculo vicioso de malos hábitos alimenticios y hábitos malos en general en tu vida.

Tabla 18 Narrativas de una vida saludable de mujeres de 32 a 37 años.

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|---------------------------------------|--|
| 1 | Entrevistas\CECD-Mujer-32-Secundaria | Mujer Joven CECD: No conoce a personas con obesidad o padecimiento crónico degenerativo. |
| 2 | Entrevistas\CECD-Mujer-34-Secundaria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Mujer-37-Secundaria | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Mujer-37-Universidad | |

No comer tanto pan, o no comer pan y evitar el azúcar, comer moderadamente, no en exceso. Salir a caminar o salir a correr, depende del ejercicio que tú quieras, dedicarle mínimo 15 minutos diarios o tres veces a la semana es lo más recomendable, que es como para estabilizarte o establecerte en tu peso. Caminar al menos 30 minutos al día, o sea ir al gimnasio y hacer aerobics. Una rutina de ejercicio de cardio. y correr unos 40 minutos al día. Eso es muy bueno para la salud.

Evitar las comidas altas en carbohidratos y en azúcares, evitar las bebidas alcohólicas, evitar la comida rápida como pizzas y hamburguesas. Evitar cualquier tipo de alimentos que tengan altos contenidos de azúcar como los dulces. También, evitar las grasas saturadas y frituras. Todo eso en su conjunto es muy malo para la salud. Es muy importante mantener un equilibrio en cuanto a los alimentos y no excederse. Tomar suficiente agua; no beber bebidas azucaradas; evitar los refrescos y golosinas; también el pan. También caminar al menos media hora al día. No excederse en lo que es el alcohol y otro tipo de cosas que afectan a nuestro organismo.

Creo que importante con todo el trabajo que actualmente la gente realiza, sí destinar cuando menos una hora, cuando menos de caminar, o sea, no necesariamente ir a un gimnasio, luego sí, pero cuando menos camines una hora para que todo tu sistema se mueva y eso ya ayudaría bastante a complementar. De disciplina, ¿no?, de hacer este click de trabajarle un ratito para formarte una disciplina, una disciplina de hacer una lista, de ir a comprar lo que se necesita, de no andar a las carreras, pero también entonces volvemos al problema sistémico de: tengo que trabajar 10 horas y entonces ya no tengo tiempo y todo el tiempo estoy cansada y entonces voy a comprar algo que solo tenga que calentar. Entonces,

pues sí está complicado bajo el sistema en el que vivimos, pero no es que sea imposible, solo es que hay que hacer un click y cambiar también los hábitos y las formas que llevamos.

Tabla 19 Narrativas de una vida saludable de mujeres de 42 a 49 años.

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|--|--|
| 1 | Entrevistas\CECD-Mujer-42-Preparatoria | Mujer Joven CECD: No conoce a personas con obesidad o padecimiento crónico degenerativo. |
| 2 | Entrevistas\CECD-Mujer-42-Secundaria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Mujer-42-Secundaria | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Mujer-44_Primary | |
| 5 | Entrevistas\CECD-Mujer-45-Secundaria | |
| 6 | Entrevistas\CECD-Mujer-49-Preparatoria | |
| 7 | Entrevistas\CECD-Mujer-49-Universidad (2) | |
| 8 | Entrevistas\CECD-Mujer-49-Universidad | |

Considero que una vida saludable no es cuestión de dinero, aunque también influye porque si no hay dinero pues como queremos que la gente vaya al gimnasio, por ejemplo. Sin embargo, con que vayan y caminen en el parque es cuestión de la persona, si la persona quiere tener unos hábitos alimenticios bien y estar sano, pues no tiene necesidad de comprar cosas caras, pues simplemente comprándote unos nopalitos, o unos quelites, o unos nabos y con eso ya tienes pues para una buena alimentación. Hacer un poco de ejercicio al caminar, no hay necesidad de ir a un centro deportivo o a un centro social con que tú lo hagas en la casa ya con eso más que suficiente.

No comer mucha grasa ni nada de eso para que uno mejore, para que esté uno bien, tratar de comer algo sano en lugar de comer cosas rápidas, mejor ponerte a guisar en casa y tratar de comer cosas que no lleven tanta grasa y comer con la familia. Es fundamental hacer ejercicio porque tenemos que cuidar nuestro corazón y tratar pues de, aunque no tengamos tiempo, aunque sea el fin de semana tratar de ejercitarnos y cuidarnos para que no tengamos ninguna enfermedad y sí es fundamental el ejercitarnos. Para mí lo mejor y lo que recomienda

un cardiólogo es caminar media hora de deporte porque sirve para la mente, para tu presión y para el estrés.

El ejercicio, es muy bueno, pero también no debemos agarrarlo como vicio, porque mucha gente quiere hacer ejercicio, pero deja de comer y eso no está bien, tienes que hacer ejercicio y saber comer. Saber qué comer, no nada más hacer ejercicio y ya. Para una dieta depende mucho que una persona esté consciente que quiere hacerla y plantearla como propósito. O sea, si quieres invertir dinero ve con el nutriólogo y compra todas las cochinadas que te des pastillas esto y lo otro y te vas a enfadar y lo vas a tirar y nomás vas a estar tirando dinero. Entonces mejor a conciencia di yo quiero este quiero verme bien quiero bajar tantos kilitos tanto el otro ok, bájale un poquito a la comida. Bájale de que si comes entre comidas. Si entre comidas comete una fruta si desayuna tu desayuno normal si quieres una fruta entre una hora de lonche estudias o trabajas o eso es tu hora de comida come bien y tu cena que sea más ligera s' porque para eso ya tuviste mucha actividad en todo el día y este y para qué gastar a veces lo que no tienes o haces cosas que no y no vas a estar entre los horarios que haz este que haz lo otro o tomate esto mejor consume tus alimentos preparados por ti y como dicen come frutas y verduras y tus atunes tus carnes o esto pero todo moderado nada con excesos. Comer sanamente puede ser lo que anteriormente comentado comer fruta, verdura más que evitar grasas, evitar carbohidratos, evitar pastas, comer pescado, comer balanceado. Además de tener una dieta balanceada, comer lo más natural posible, también una rutina de ejercicio mínima de unos 15 o 30 minutos diarios.

Tabla 20 Narrativas de una vida saludable de mujeres de 54 a 76 años.

| No. | Documento | Clasificación |
|-----|---------------------------------------|--|
| 1 | Entrevistas\CECD-Mujer-54-Universidad | Mujer Joven CECD: No conoce a personas con obesidad o padecimiento crónico degenerativo. |
| 2 | Entrevistas\CECD-Mujer-63-Primaria | |
| 3 | Entrevistas\CECD-Mujer-63-Universidad | |
| 4 | Entrevistas\CECD-Mujer-68-Primaria | |
| 5 | Entrevistas\CECD-Mujer-69-Primaria | |
| 6 | Entrevistas\CECD-Mujer-76-S_E | |

Indudablemente el ejercicio es saludable a cualquier edad, sobre todo a las personas que ya trabajamos pues por los tiempos que no tenemos mucho espacio que para ir al gimnasio o para hacerlo en casa, pero quizás ese ejercicio se puede suplir haciendo otra actividad. Por ejemplo, yo para relajarme, a veces hago jardinería, me pongo un sábado a batir tierra hasta andarme echando en las macetas, a cortar el pasto y se me pasa el día ahí y se me olvidan los problemas y se me quita todo. Y yo pienso que eso también es parte del ejercicio.

Bueno, hacer ejercicio, si no puedes, por ejemplo, yo compré una caminadora que la saco y la meto porque tengo visitas a cada rato entonces, los días que estoy desocupada, se me olvida sacarla y los días que la saco ya llegó la visita y la tengo que meter otra vez. Pero como dije, otro hábito que podemos tener para caminar es dejar tu carro lo más lejos posible del estacionamiento para cuando llegues a un lugar, ya sea tu trabajo, ya sea una tienda o cualquier otro lugar tengas que caminar para llegar a él. El ejercicio es un hábito muy saludable. Y hacer dieta, entendiendo la dieta como el proceso mediante el cual cambias todo lo que consumes, entonces implica cambiar todos los alimentos que son perjudiciales para tu salud.

Los cambios nos los inculcan nuestros padres a través del ejemplo. Recuerdo como mi abuelita siendo una anciana me llevaba a caminar y en esas caminatas largas platicábamos extensamente de todo lo que se refiere a la vida, costumbres, lo que debe uno hacer bien para llevar una vida agradable, una buena formación y tener un ejemplo a seguir. Pues para tener una vida saludable hay que desayunar temprano; no excederse en harinas ni grasas. Comer verduras, huevo, leche y queso. Hacer ejercicio, ir a caminar, bañarse. Estar sano, preocuparse por uno, por estar limpio, por comer bien, por dormir bien, por hacer ejercicio, por tener una vida plena.

Capítulo 5: Églogas de la obesidad y hábitos alimenticios en la región Tijuana – San Diego.

Los criterios etnográficos explorados en las entrevistas fueron introducir a los entrevistados en el tema de la obesidad para conocer cuáles son sus opiniones respecto a la enfermedad y toda la información que conocen sobre la problemática. La estrategia en las entrevistas fue en un primer momento conocer las representaciones sociales que los entrevistados tenían sobre lo que era una persona obesa, ya sea niños, adultos, hombres o mujeres; profundizando un poco en los grupos de edad.

Al inicio de la plática en la entrevista a los entrevistados se les pidió que hicieran una descripción sobre lo que consideraban que es una persona obesa. Siguiendo las sugerencias en investigaciones cualitativas la entrevista iniciaba como una plática simple en las cuáles se les pidió a los entrevistados que “describieran a una persona obesa” o “¿para usted cómo luce una persona obesa?”. Después la pregunta profundizaba en el tema para saber si el entrevistado conocía personas obesas, si en su familia hay personas obesas. En los casos en los que el entrevistado mencionaba que conocía alguna persona cercana con obesidad, era entonces cuando entraba en escena toda la batería de preguntas en las cuales se les pidió que dijera cuáles son los factores a los cuales le atribuye que una persona padeciera obesidad. Desde preguntas generales enfocadas en:

- ¿Porque no cuida su alimentación?;
- ¿Porque consume puros alimentos chatarra?;
- ¿Porque es hereditario dado que en su familia muchos están igual?

Una vez que el discurso del entrevistado comenzaba a aportar todo su conocimiento sobre la enfermedad, la entrevista procedía, a través del discurso dirigido, en conocer las asociaciones que el entrevistado hacía respecto a las razones por las que una persona llega a estar obesa, ya sea que el entrevistado consideraba que es por el consumo de alimentos chatarra (¿cuáles alimentos?), o si era porque consideraba que es algo hereditario imposible controlar, o si era factible el control haciendo ejercicio, consumiendo alimentos bajos en grasas y calorías, o en su caso buscando atención médica.

Esta sección del trabajo muestra todas las asociaciones positivas o negativas que los entrevistados mencionaron sobre la obesidad, todas las historias que conocían sobre el tema (enfaticado en las más cercanas) y cuáles son las valoraciones respecto al problema: si es un problema individual, debido al descuido de las personas (hábitos alimenticios y de salud); también individual, pero debido a cuestiones hereditarias; o si porque el cuidado de la salud, en lo que a obesidad se refiere es muy complicado por factores tales como comida saludable muy costosa, tiempos laborales o desarrollo de hábitos cuyo control es ajeno al individuo.

5.1 La alimentación como un factor de riesgo de la obesidad en la Representación Social de la población de estudio.

Las personas que sufren de obesidad no cuidan su alimentación porque consumen puros alimentos chatarra que han vuelto una costumbre que es muy difícil revertir. Para mí los alimentos chatarra son cualquier cosa que tenga grasa, cualquier comida de la calle, cualquier cosa que tenga azúcares. Los tacos, las hamburguesas, cualquier comida que vendan en la calle o hasta incluso la comida que preparamos en casa, porque la gran mayoría de cosas tiene demasiada grasa. Los ejemplos claros de alimentos que te provocan obesidad son los carbohidratos como el pan, las harinas y demás que es lo principal que te pueden llevar a eso. Y pues en cuanto al gasto para mantener tu salud estable pues se pueden o no dejar hábitos alimenticios, como el comer cuatro tortillas en cada comida, desayuno o cena, cuando puedes hacerlo con una o dos. Porque la comida no es llenarse, sino que hay que sentarnos a la mesa pensando que una comida no implica saciarnos hasta reventar.

Creo que cualquier persona con una mala alimentación corre el riesgo de estar obeso. Y pues al no cuidar nuestra alimentación comiendo cosas sanas o balanceadas por así decirlo, pasan a ser como el típico norteamericano comiendo hamburguesas, cosas grasosas y pues que evidentemente su salud no la tienen muy en cuenta. Lo que yo creo que es más que nada porque la alimentación no está muy bien cuidada y mucha gente es como que, come las cosas sin preocuparse, dicen “no pasa nada” es como que se exceden, pues consumen en exceso alimentos, y no practican ninguna actividad física, con el tiempo es normal que vayan descuidando su físico, y con el tiempo padecer obesidad. Porque al menos en mi experiencia, he visto gente que a las 7 u 8 de la mañana están comiendo una hamburguesa con muchos ingredientes infestados de grasas y azúcares. Y creo que la gente consume estos alimentos

más que nada por eso, porque no está bien informada sobre el tema y por ello se descuidan y vienen las consecuencias después.

¡Claro! ¡También, por el consumo excesivo de alimentos chatarra! Aunque hoy en día todo te hace daño, si no es que te mata, yo creo que no puede haber como que una cosa en específico, como que cierto tipo de comida si te puede como afectar más pero no creo que haya uno solo, creo que en sí todo tiene su lado bueno y tiene su lado malo, pero en sí, no creo que podamos atribuirlo a un solo factor. Porque al fin de las cuentas no creo que “comer bien” tenga que ser costoso, pero eso es algo que no todas las personas entienden. Pienso que una comida balanceada en casa es más económica que cualquier compra de una comida grasosa y poco saludable fuera de casa.

También al hacer corajes, todo eso te produce obesidad, o al menos eso he escuchado. Otra cosa que he escuchado es por el cambio de horario, los cambios de horario los considero malos ya que arruinan tu patrón alimenticio, y estos cambios te producen un desorden digestivo que te hacen engordar. Sin lugar a dudas, el exceso de comida chatarra, y las porciones en las que la consumes, porque comienzas a comer demasiado y caer en los excesos. Porque a mi juicio no solo es cuestión de consumir comida chatarra, sino que más que nada se lo atribuyo al excederse en el consumo de cualquier tipo de alimento. En mi caso el mal pasarse lo consideraba algo muy malo.

También algo que considero muy malo para la obesidad son los desvelos, desvelarse mucho influye en nuestra tendencia a engordar. Todo eso te va a afectar y digamos que además tener grandes comidas a una hora y pequeñas a otra; comer demasiado y que tu organismo ya no lo procese y después comer muy poquito, estos desbalances también pienso que afectan mucho al igual que la comida chatarra, puesto que, pues la mayoría de esta comida solamente contiene grasa y nutrientes que realmente no necesitamos. Por ello, la obesidad considero que va más allá de los hábitos alimenticios porque son muchísimos factores los que intervienen. Para evitarla es necesario comer sano, hacer ejercicio, tampoco hay que meterle sustancias al cuerpo que usted no necesita para que, aparte de que tenga una estética por fuera también tenga un buen organismo por dentro, comer tortillas y hacer actividades que te relajan como el yoga, meditar y así.

La obesidad es producto de las malas costumbres alimentarias de las personas que suelen comer mucho en la calle, consumir muchas grasas, hacer poco ejercicio, entre esas

cosas. Podemos atribuírselo a factores hereditarios, no me refiero a los genes, sino hereditario en el sentido de que los padres acostumbren a sus hijos a tener una dieta basa en alimentos con alto contenido de grasas. Muchas veces no acostumbran hacer ejercicio, lo que complica aún más el problema. También creo que se debe a la cuestión hereditaria de los hábitos alimenticios y no depende del dinero ni nada de eso. Más bien, se debe a que los padres no habitúan a sus hijos a tener una dieta sana, fomentando en sus hijos la costumbre de no ingerir muchas grasas, tomar mucha agua, y realizar ejercicio de manera continua.

Una persona que está gordita puede estar gordita y no necesariamente por siempre comer papitas, o por siempre estas comiendo papa fritas, comiendo hamburguesas, comiendo todo eso de comida rápida, porque hay muchas veces en las cuales si una persona se sirve su porción de comida por ejemplo, un bistec con arroz y frijol y unas dos tortillas, tú dices eso es un buen platillo pero si se la come la persona pero no sé si por ansias le da ganas de comerse otra porción y se sirve un segundo, tercer plato y después en vez de estar comiendo la comida de una persona, está comiendo lo de 2 o 3 pero no es porque este comiendo tantas grasas o aceites.

Las personas con obesidad acostumbran comer más de lo que deberían de comer. En lugar de comer su porción repiten plato, y digamos que no es en la comida si no en el desayuno, la comida, en la cena, y otros de los factores que yo veo mucho es que comen mucho y son sedentarios, no hacen ejercicio entonces es ahí donde ellos caen en la obesidad. El consumo de alimentos chatarra influye por el exceso que tienen de grasas saturadas, y estas son grasa que no se pueden quemar fácilmente, se quedan en tu cuerpo por más tiempo, en comparación con las grasas naturales como los aceites de un aguacate, una almendra, un cáchuate, una nuez, que no se pueden quemar tan fácilmente.

Como es un problema en el cual he estado muy familiarizado mi opinión al respecto es que todo se debe a la herencia. Claro, también soy de la opinión de que contribuye mucho la desinformación acerca de los alimentos. Como, por ejemplo, en Nayarit somos una población rural digamos que no tenemos como mucha información acerca de lo que debemos comer y de lo que no debemos comer; y también tenemos el beneficio de que pues como somos rurales ahí mismo existen las vueltas, o sea no tenemos que comer nada procesado, pero pues muchas veces lo hacemos entonces yo creo que por eso es una cuestión de herencia, y por los hábitos que tenemos al comer.

Lo primero que se me viene a la mente es que todo se debe a "Problemas de educación sobre alimentos" y como segundo término, algún tipo de problema de salud que te haga llegar a la obesidad, algún tipo de trastorno o enfermedad, pero con lo primero que lo relaciono es con una falta de educación sobre cómo debemos comer y preparar nuestros alimentos. Los alimentos ideales para una buena alimentación serían las verduras al vapor con una pechuga de pollo hecha también al vapor, entonces por un lado comes rico y por otro lado estás creando un buen hábito para tu salud. Yo creo que los alimentos que no deberían consumirse son las harinas, los aceites, porque incluso hay algunos aceites que son bastante malos, es lo que he escuchado, lo que me han dicho.

Siento que las personas que son más propensas a sufrir obesidad son las que tienen un ingreso bajo porque no tienen acceso a comidas saludables. Sé que es un poco difícil comprar alimentos que sean nutritivos, digo, aunque se puede hacer mucho con poco dinero, pero la gente no es muy creativa en la producción de sus alimentos. Mientras que los alimentos chatarra están a la orden del día y están siempre a la mano. Entonces eso, sumado a la falta de educación, pueden hacer que ese tipo de personas sufran de una mala alimentación desde menores. Esto último porque hacer ejercicio también es muy importante y no se nos ha inculcado de la mejor manera en nuestras casas o en las escuelas. No te crean un hábito de comer bien, no se te enseña porque estás condicionado. Siento que casi todo es por la falta de educación de que hagan ejercicio, coman bien y ya la genética creo que sí puede ser un tema más controlable, pero si ya estás muy condicionado tampoco veo mucha culpa de la persona en tal condición.

Siento que las personas que son más propensas a sufrir obesidad son las que tienen un ingreso bajo porque no tienen acceso a comidas saludables. Sé que es un poco difícil comprar alimentos que sean nutritivos, digo, aunque se puede hacer mucho con poco dinero, pero la gente no es muy creativa en la producción de sus alimentos. Mientras que los alimentos chatarra están a la orden del día y están siempre a la mano. Entonces eso, sumado a la falta de educación, pueden hacer que ese tipo de personas sufran de una mala alimentación desde menores.

Creo que se debe a que la mayoría de las personas no leemos lo que trae cada producto, o sea, no nos informamos acerca de lo que consumimos. Siento que, si revisáramos, que cosas son buenas para nuestro organismo, probablemente consumiríamos productos más

saludables. Si bien las dietas te ayudan a controlar y mantener un peso adecuado, hay algunas dietas que no te ayudan a bajar de peso, pero pienso que al menos estás cuidando lo que comes, y estás consumiendo cosas saludables. Porque una dieta implica comer sanamente con tus comidas y consumir las porciones adecuadas.

La alimentación es lo primero que se te viene a la mente cuando piensas en la obesidad como un problema, porque puede que una persona tal vez haga ejercicio, pero si no consume alimentos nutritivos y balanceados, tarde o temprano tenderá a engordar. Por eso lo primero es que tus porciones de alimentación sean los correctos. Las personas siempre ponemos de pretexto la falta de tiempo para comer sanamente, ponemos pretextos para evitar llevar lonche o frutas para saciar nuestro apetito entre comidas; por el contrario, preferimos consumir productos de la calle que contribuyen a nuestra mala alimentación, y con el paso del tiempo vamos a desarrollamos obesidad. Cualquier persona que no cuida su alimentación y por ello tiene sobrepeso debido a que come demasiado, no hace ejercicio, tiene exceso de grasa, entonces su enfermedad es producto de la suma de todos esos factores. Para evitarlo hay que cuidar el consumo de grasas, comer verduras y tomar mucha agua.

En mi opinión todo tiene que ver con la comida, es decir, necesitamos una mucho mejor alimentación. Dejar de vender comida chatarra en las escuelas y todos los comerciales y anuncios que promocionan esa comida por todos lados. También, comenzar a desarrollar en nuestros hijos la costumbre y la cultura de consumir frutas, por ejemplo, mandar a los niños a la escuela con una manzana y un jugo natural en vez de mandarlo con 20 pesos para que compre unas papas y una soda. Esos pequeños cambios contribuirían mucho a reducir la obesidad en las personas. Porque lo cierto es que hoy en día resulta inevitable que al escuchar “obesidad” se te venga a la mente el gran porcentaje de personas que la padecen en el país.

Obviamente el tratar de comer bien resulta más costoso. Por ejemplo, la diferencia la podemos ver al ir a un Wal-Mart al otro lado -en San Diego, Estados Unidos- al comprar una manzana genérica te cuesta 99 centavos de dólar -un dólar son como 18 pesos, 19 pesos, entre septiembre y diciembre de 2019- pero si compras una manzana orgánica te cuesta entre 3 o 4 dólares. Entonces, si es muy claro que es un poco más costoso tratar de comer bien, pero por algo valen más caras, por obvias razones. Una persona padece obesidad debido a que desarrolla malos hábitos, y estos hábitos se le inculcan desde niño, por eso, creo que podemos decir que la obesidad es algo que te inculcan desde niño. Entonces pasa a ser una enfermedad

no sólo física sino también psicológica, porque los niños aprenden sus hábitos en familia, y si en su familia no hay buenos hábitos alimenticios, ellos van a reproducir los malos hábitos. A la larga esto les ocasiona problemas a los niños como el bullying en la escuela y por causa de la falta de aceptación el niño muchas veces recurre a ingerir ciertos alimentos o a ingerirlos de más porque su cuerpo de alguna forma reacciona a poder sentirse bien, entonces los ingiere. Es por eso que para mí la obesidad no tiene nada que ver con la herencia, o sea que la heredes de tus padres, sino más bien es una enfermedad que desarrollan las personas por tener malos hábitos alimenticios.

Por ejemplo, muchas veces la gente piensa que comer sano sale más caro que ejercitarse, tal vez te sale más costoso si pagas un gimnasio, y a eso le agregas la dieta que te recomiende tu instructor o nutriólogo, más los suplementos alimenticios que te recomienden, pero si sólo te enfocas en comer saludable, la verdad es que no es nada costoso. Sólo debes centrar tu atención en consumir alimentos que no tengan conservadores, y buscar lo más orgánico posible. Claro, ahora como es una moda si vas a lugares donde vendan productos orgánicos es posible que sean más costosos, pero si vas a un mercado, una tienda o una cadena de supermercados, un vegetal sin la denominación “orgánico” te cuesta la mitad. Por eso, es cierto que consumir productos orgánicos no es redituable para una familia promedio en México, porque la compra de unos vegetales orgánicos puede ser el equivalente de más de la mitad del salario de una familia que percibe un salario mínimo.

Entonces en mi opinión sí tiene mucho que ver la cuestión económica para desarrollar hábitos alimenticios saludables. Porque la gente siempre tiene que buscar la manera de economizar el gasto, y muchas veces la idea de comer saludable, una ensalada, por ejemplo, para el trabajo que realizan pues no más no es suficiente. Por eso mejor tomar una soda que un jugo de betabel o de zanahoria, porque además preparar el jugo por las mañanas implica tiempo que muchas veces no tenemos. Pienso que la obesidad puede es heredada por los hábitos de los padres y no por cuestiones genéticas. Es decir, es por la costumbre. Porque dos son los principales motivos para que una persona descuide su alimentación: el excederse en darse gusto con los alimentos chatarra y que estos excesos se vuelvan una rutina que permee nuestros hábitos alimenticios. Estos hábitos de exceso alimenticio combinado con poca o nula actividad física son los factores que contribuyen a la obesidad de las personas. Combinar alimentación saludable (frutas, verduras y cereales) con una rutina deportiva y

evitando el consumo de comida chatarra a mi parecer es la fórmula para acabar con la obesidad en México y en el mundo. A mi parecer todo tiene que ver con los malos hábitos alimenticios, el consumo de comida chatarra más que nada.

Personas que comen cosas grasosas, que no cuidan su alimentación, o no les gusta hacer trabajos pesados, porque si las personas se mantienen en movimiento pueden evitar engordar. Claro, de acuerdo al trabajo o actividad física que realicen, porque si comen muchas grasas y no realizan actividad física, corren el riesgo de seguir y seguir engordando (como los choferes, por ejemplo). Son personas que consumen muchas grasas, carnes, hamburguesas y todo tipo de comida chatarra. A mi parecer la única forma de combatir la obesidad tiene que ser con la alimentación, quizás consultando con algún médico que te oriente cómo hacerlo porque una persona es probable que no sepa cuáles medidas tomar, pero un especialista puede brindarte una dieta adecuada. En mi opinión una comida saludable es lo que preparamos en casa y no lleva muchas grasas, porque siempre es más saludable lo que te preparas en casa que lo que compras en la calle.

Son personas que consumen mucho, pan o tortillas; dulces y azúcares. Y debido a ello exceden su peso. Estas personas como ingieren demasiada comida, a tal punto que dejan de consumir alimentos por necesidad y comienzan a hacerlo por gusto. De tal forma que el alimentarse se convierte en una manera de caer en los excesos por consumir alguna comida que les gusta mucho. Entonces, no cuidan su alimentación porque sólo les importa el gusto de estar comiendo un alimento muy rico en sabor, pero muy alto en grasas y calorías. Son personas centradas en el gusto por comer.



2 Frecuencia de palabras del código "alimentación" en el análisis de las entrevistas.

5.2 Los determinantes de la obesidad en la Representación Social del estudio.

Como te lo mencionaba antes creo que es un tema más cultural, yo creo que realmente con educación que te dieran desde chico de cómo preparar tus alimentos, de cuáles son los alimentos que debes consumir, que se te recuerde que lo que estás comiendo te está haciendo daño, que realmente te muestren las consecuencias que causan todo lo que estás comiendo mal, porque al fin de las cuentas las personas entendemos cuando algo nos causa daño tomamos la decisión de mejor dejarlo. Por eso, yo creo que si a un niño desde temprana edad le enseñan cuales son los alimentos sanos y las consecuencias de no cuidar su alimentación, cuando sea adulto tomará las mejores decisiones para el cuidado de su salud. Mi opinión al respecto es que todo se trata de un problema de desinformación y de falta de educación en cuanto a nutrición.

Claro, también creo que hay una cuestión hereditaria que tiene que ver con la genética y todas esas cosas que traen tus genes, y todo el condicionamiento previo que le dan a las personas de una generación pasada a ti. Pero cuando ves a una familia con sobrepeso creo que la cuestión genética y de la educación alimenticia contribuyen de una igual manera. Y que por eso son las dos vertientes más importantes, tanto la educación y como la genética para que una persona tenga sobrepeso. Tanto el no cuidar tu alimentación, como el precondicionamiento físico de tu herencia genética. Por todo ello creo que cada caso se tiene que tratar diferente porque por ejemplo puede que un niño si tenga un condicionamiento muy muy marcado por sus padres y hasta tenga una enfermedad no sé, por ejemplo, la tiroides, que creo que es algo hereditario, en esos casos, por ejemplo, sí es una condicionante muy grande, pero en general es un tema que implica la falta de educación, la genética y los hábitos de cuidado del cuerpo.

Físicamente una persona que no está en su peso, sino como que se ven en el espejo y muchas veces tratan de ignorarlo, o de no verse, por así decirlo. Y emocional y psicológicamente, pues alguien que no está dentro de todas sus capacidades, no puede ser feliz, pero eso no quiere decir que una persona con obesidad o sobrepeso no pueda serlo porque yo conozco personas que son gorditas y todo lo que sea y a pesar de todo son muy seguras de su cuerpo. Pero a veces hay que entender que a pesar de que aceptes tu cuerpo como es, no significa que sea un cuerpo sano. Y es por ello que lo que yo veo es que ahora

lo que estamos viendo actualmente en México, pareciera ser que es un esfuerzo por tratar de normalizar el sobrepeso y la obesidad; de verlo como si no fuera algo que no está mal, que no es un problema de salud de la sociedad. Y aunque todos tenemos diferentes tipos de cuerpos, pareciera ser que estamos tratando de normalizar que eso esté bien, como si fuera una regresión a lo que deberíamos de ser. Al fin de las cuentas yo creo que tiene que ver que en México tenemos todo a nuestra disposición para ser obesos, porque tenemos comida extremadamente deliciosa. Y no tenemos una conciencia de qué es lo que estamos comiendo.

Es que es muy difícil de detectar problemas, porque hay muchas cuestiones que hacen que las personas se vean como latentes a padecer de obesidad. Una parte tiene que ver, siento yo, con una cuestión sistémica de las personas que trabajan 10 horas al día, que no tienen tiempo para comer ni para ellos mismos. Entonces agarran lo primero que tienen a su disposición: la comida rápida. Y bueno, la comida rápida que es procesada no es nada saludable. A eso súmale el sedentarismo de las personas. Entonces, la combinación de sedentarismo y de comida poco saludable hacen que subas de peso muy rápido.

Quizás las personas con sobrepeso y obesidad tienen algún problema emocional detrás, que, aunque no hablan de eso, yo creo que estos problemas pueden ser producto de algún problema emocional. Como si quisieran comer para llenar un vacío ocasionado por su tristeza. Yo creo que eso también contribuye a la obesidad. Y también creo que, si alguna persona está con sobrepeso, dudo mucho que viva la vida completamente feliz.

Un grave problema en México es la disposición de comida chatarra para los niños. Porque los niños, como yo en su momento fui, nos acostumbramos a comer unas papitas, una soda, o un juguito, de lonche. Eso creo yo, que es lo que más ha contribuido mucho a los niveles de obesidad que hay en el país. Afortunadamente, yo siempre fui una persona a quien mantuvieron saludables mis padres, porque yo no cuidaba completamente de mi dieta, pero sí a ese tipo de productos chatarra como los están también llenos de azúcar, como son las galletas o dulces que contribuyen inmensamente a la dispersión de la obesidad en el país. Claro, una vida sana implica también hacer ejercicio, no tiene que ser en exceso, sino caminar al menos una media hora diario. Porque si no comes bien tiendes a engordar, y aún más si no haces ningún tipo de ejercicio porque el cuerpo tiene que estar en movimiento. Aunque algo que es muy cierto es que llevar una dieta saludable es demasiado caro, porque tienes que comprar todas las porciones de comida que tienes que comer toda la semana.

El problema que representa más que nada a nivel nacional; ya que pues México es un país que encabeza en la tabla de obesidad mundial. Por ello, para mí es un problema, sí eso es. Y es un problema, porque no se han establecido mecanismos para regular y combatir este problema, ya que en México lamentablemente la comida y las costumbres no dejan -y también el pensamiento mexicano- progresar. Porque va más allá del acomplejarse por estar gordito, y que no te mires bien, y no poder entender que va más allá porque es un problema para tu salud, ya que puedes tener problemas cardiovasculares y morir debido a esos problemas. En México desde que estudiamos la primaria es algo que nos van diciendo poco a poco. Pero en mi caso es una enfermedad que tienen muchos de mis familiares por parte de la familia de mi papá con todas las problemáticas de salud asociadas con el problema: diabetes e hipertensión. Para evitar este problema la gente debe cuidar su alimentación, hacer ejercicio y evitar la comida chatarra.

El “placer de comer” es algo esencial para la convivencia, como el caso del trabajo de chófer, y es por ello que la convivencia te orilla a comer demasiado sin darte cuenta. Claro, tiene que ver también con la falta de supervisión por parte de los adultos respecto a la alimentación de los menores, y a su vez de los descuidos, porque si no, no habría adultos gordos o con obesidad. Aunque también muchas veces las personas se descuidan por lo monótono que pueden ser sus vidas, por eso, siento que también la monotonía es un factor importante.

Es por ello, que pienso que a los niños deben inculcarles desde el kínder la educación física. Es cierto que sabemos que en las primarias luego hay una clase de educación física - que la mayoría la pasa con 10- pero realmente siento que no es una educación física como tal. Porque como muchos sabemos la mayoría de las veces el profe o la profe son gorditos, y es muy irónico que un gordito te ponga a correr mientras te mira hacerlo. Por eso, creo que requerimos de una mejor preparación para los adultos sobre la alimentación y cómo llevar una vida saludable, y sobre todo poner mayor atención en la educación de los niños, todo esto combinado reduciría considerablemente la obesidad en el país.

Es una persona con mala nutrición que ingiere comida chatarra todo el tiempo, comer a destiempo y no tener un horario casi específico, no hacer una actividad física, entonces por lo general en la familia es donde más se nota y eso es lo primero que se me viene a la mente. Algo que he notado, por ejemplo, es que en la actualidad vemos que como los menores de 18

años son las personas que más están obesas, porque a mi parecer antes no existía tanta comida procesada y chatarra. Entonces, creo que por eso las personas de mi generación tuvimos una mejor alimentación, aunque es cierto que también veo a personas de mi edad que están sufriendo ese problema por una mala alimentación, por un descuido, pero a pesar de eso a mi parecer, o al menos lo que más veo, son niños y adolescentes obesos.

Pienso que la obesidad puede ser heredada por los hábitos de los padres y no por cuestiones genéticas. Es decir, es por la costumbre. Porque dos son dos los principales motivos para que una persona descuide su alimentación: el excederse en darse gusto con los alimentos chatarra y que estos excesos se vuelvan una rutina que permee nuestros hábitos alimenticios. Estos hábitos de exceso alimenticio combinado con poca o nula actividad física son los factores que contribuyen a la obesidad de las personas. Combinar alimentación saludable (frutas, verduras y cereales) con una rutina deportiva y evitando el consumo de comida chatarra a mi parecer es la fórmula para acabar con la obesidad en México y en el mundo.

Un hombre o una mujer gorda, con mucho sobrepeso, incluso un niño. Mucho tiene que ver con los hábitos que vas desarrollando de niño, no necesariamente son malos hábitos, porque muchos de nuestros hábitos alimenticios tienen que ver con nuestros tiempos laborales. Claro, no hay que dejar de lado que es de lo más común que los fines de semana encuentres todos los puestos de comida de la calle lleno de familias degustando birria o pizzas en los *sobreruedas*, o en alguno que otro restaurante de comida rápida. Y en esos recorridos me ha sido de lo más normal encontrarme niños con baja estatura y sobrepeso, acompañado de sus padres con evidente sobrepeso también. Por eso, yo creo que esto se debe mucho a los malos hábitos y malas costumbres alimenticias, aunado a la oferta de comida chatarra.

Y me refiero a malos hábitos alimenticios no sólo en lo que respecta al consumo de comida chatarra, sino también a la ingesta excesiva de azúcares, carbohidratos, comidas con alto contenido de grasa, comida enlatada, embutidos; en fin, todo eso detona la obesidad en las personas. Algo que es importante mencionar también es que en México es común en las familias que interfieran cuando te ven delgado con preguntas como “¿estás comiendo tus horas?”, o “¿qué estás comiendo que estás adelgazando mucho?”, “tú no debes estar así tú debes estar llenito”. Entonces esos son ideas que si desde niño te las repiten una y otra vez

se quedan en tu inconsciente y de cierta manera te incomodan y molestan, incluso te preocupan cuando notas que estás bajando de peso.

Es un mal que tenemos ahorita todos. Y aparte de todo, a mí se me ocurre que es algo que nos genera enfermedades. Algunas veces he mirado personas tan obesas que me da tristeza verlas, porque están demasiado gordas que no te imaginas lo cansado que debe ser traer cargando tanto peso, y todos los problemas que debe generarle en su espalda, sus piernas y todo su cuerpo. Aunado con el exceso de grasa que les va a tapar sus arterias y también afectar sus huesos. Además, de que cuando adquieren tallas tan exorbitantes es prácticamente imposible que puedan bajar de peso, o sea, recuperarse de la enfermedad. A veces la ansiedad hace que también subas de peso y la mala alimentación. Me refiero a no comer a las horas. Entonces eso hace que subas de peso, no comer a tus horas, a veces comer chucherías y todo eso. Tu cuerpo no está procesando bien tus alimentos o tu metabolismo, por no consumir tus comidas en determinadas horas, hace que tu metabolismo tenga que trabajar de más y por suben de peso.

A veces la ansiedad hace que también subas de peso y la mala alimentación. Me refiero a no comer a las horas. Entonces eso hace que subas de peso, no comer a tus horas, a veces comer chucherías y todo eso. Tu cuerpo no está procesando bien tus alimentos o tu metabolismo, por no consumir tus comidas en determinadas horas, hace que tu metabolismo tenga que trabajar de más y por suben de peso.



3 Frecuencia de palabras del código "determinantes de obesidad" en el análisis de las entrevistas.

5.3 La Representación Social de los “ambientes obesogénicos” de la población del estudio.

En México es un problema demasiado fuerte. Y es un problema que tiene que ser tratado. Creo que la mayor parte del país sufre obesidad. Dado que este problema es muy común aquí en México, somos el país número 1 en obesidad, no se me viene a la mente algo, ya sea que me digas como esta persona o un famoso, porque es un problema recurrente que vemos en la calle. Yo a diario batallo en el transporte público cuando hay un asiento vacío y esta una persona muy obesa pues es un problema, no están hechos los asientos para ellos, en el cine también es un problema, en los aviones no están hechos y pues no, es otra cosas más que un problema de ellos y si la gente no lo quiere arreglar o mejorar yo lo siento, pero pues son problemas que empiezan a afectar a los terceros y en este caso me están afectando a mí en el transporte público.

Una persona gorda es alguien que, pues no se cuida, sobre todo por la facilidad que tenemos para obtener comida chatarra. Porque pues México es uno de los principales países en donde te encuentras comida deliciosa en cualquier lado. Por ejemplo, aquí en la universidad sabemos dónde hay cuatro taquerías y pues te aseguro que al menos una de esas cuatro está súper buena y ahí tenemos un montón de cochinerero que la verdad es muy grasoso,

pero está deliciosa, venden tamales, garnachas, comida que precisamente no es muy nutritiva. De tal manera, que una persona con sobrepeso no está en todas sus capacidades, porque tristemente hemos dejado que la sociedad mexicana caiga en esta horrible problemática.

También la inundación del mercado con productos chatarra que son muy llamativos y son muy ricos, y eso hace que las personas, sobre todo los niños, ahora los consuman. La acción cultural aquí en México con la Coca-Cola, que no puede faltar en ninguna comida del día, ha contribuido a que seamos el segundo país con más obesidad en todo el mundo y entre muchísimas otras cosas que de verdad son difíciles mencionar ahorita. Pero es muy difícil atacar el problema y no culpo tanto a las personas como tal, aunque sé que podrían hacer algo para mejorar su condición.

Es por ello que lo más común en México sea que la obesidad esté ubicada mayormente en las personas de la clase media baja. Porque lo cierto es que en México la “comida de la calle”, que muchas de las veces no están preparadas con productos saludables, es económica y está ubicada en lugares accesibles para las personas “de calle” (los obreros que trabajan más de 10 hs al día, se mueven en transporte público y tienen poco tiempo para poder preparar sus alimentos). Entonces en mi opinión sí tiene mucho que ver la cuestión económica para desarrollar hábitos alimenticios saludables. Porque la gente siempre tiene que buscar la manera de economizar el gasto, y muchas veces la idea de comer saludable, una ensalada, por ejemplo, para el trabajo que realizan pues no más no es suficiente. Por eso mejor tomar una soda que un jugo de betabel o de zanahoria, porque además preparar el jugo por las mañanas implica tiempo que muchas veces no tenemos.

Mucho tiene que ver con los hábitos que vas desarrollando de niño, no necesariamente son malos hábitos, porque muchos de nuestros hábitos alimenticios tienen que ver con nuestros tiempos laborales. Claro, no hay que dejar de lado que es de lo más común que los fines de semana encuentres todos los puestos de comida de la calle lleno de familias degustando birria o pizzas en los sobreruedas, o en alguno que otro restaurante de comida rápida. Y en esos recorridos me ha sido de lo más normal encontrarme niños con baja estatura y sobrepeso, acompañado de sus padres con evidente sobrepeso también. Por eso, yo creo que esto se debe mucho a los malos hábitos y malas costumbres alimenticias, aunado a la oferta de comida chatarra.

La obesidad es tener más peso de lo que deberías tener tú en cuestión de tu índice de masa corporal. Hace unos meses me puse a pensar mientras iba camino a la escuela sobre este problema de sobre peso en México. Me puse a pensar que México está en una etapa muy crítica de sobrepeso y casi toda la población tiene ese problema o tiene obesidad, entonces me puse a pensar “¿cómo es posible que tengas obesidad?”. Me detuve un momento a ver todas las personas que estaban a mi alrededor mientras iba en el taxi, los que estaban en el taxi, los que iban caminado, los que iban conmigo en el taxi, las personas que andaban trabajando en la calle, y la mayoría de ellos se miraba que tenían sobrepeso, no obesidad, pero sí sobrepeso. Y si es algo como de si te pones a concientizar sobre ello si es un poco alarmante porque de 10 personas que tu veas 8 personas tiene sobrepeso, ¡es algo impactante!

Una persona muy por encima del peso ideal, más bien alguien que está por encima del promedio ideal de peso. Me hace pensar en personas con las lonjas en los costados, en una persona con dificultad para respirar, para caminar, hacer las actividades de diario. Y eso después tendrá implicaciones médicas. Además de que puedes sufrir de hipertensión o diabetes y tener complicaciones y padecimientos del corazón. Entonces, sí es una situación muy grave. Y esto es un problema de salud que no le viene bien a nadie que existan personas con sobrepeso. Porque es un costo grande para el Estado que tiene y tendrá que mantener a personas con diabetes y otras tantas enfermedades relacionadas con la obesidad mediante el Seguro Social. La cuestión hereditaria en la obesidad la descartaría. Yo pienso que tiene que ver más con un descuido personal, descuido que detona que no le demos importancia a nuestra salud. También pienso que el placer de comer detona desarrollar malos hábitos alimenticios, y es por eso que lo hereditario lo descartaría.

Terror (risas) no es un tema, obesidad es algo a mi punto de vista, pues sí es un poco grave considerando que tengo que de un tiempo para acá me vengo cuidando, pues yo creo que sí es algo que le tengo miedo o cierto respeto a la palabra, porque no es cualquier cosa. Digo hay gente obesa, que lo toma como un estilo de vida, algo que es muy lamentable. Y todo inicia con los hábitos alimenticios, más bien, con los malos hábitos alimenticios, que es algo que debe y puede ser erradicado desde la infancia. “Porque si desde chiquito comienzas a desarrollar hábitos que detonen tu obesidad, irás desarrollando inseguridad y ansiedad, y pues, según sé la ansiedad también te hace consumir más alimentos para controlarte. Por eso es que, en mi opinión, los trastornos de la infancia, es decir, el desarrollo de malos hábitos

alimenticios, es lo que más influye para que las personas padezcan obesidad. En pocas palabras le atribuyo más a la educación y la disciplina el control de la obesidad que a problemas familiares de herencia.



5 Frecuencia de palabras del código “obesidad” en el análisis de las entrevistas.

5.5 Una enfermedad muy dañina llamada obesidad.

La obesidad es una enfermedad que ocasiona graves daños en la salud de las personas. ¡Problemas!, es lo primero que me viene a la mente, problemas de salud, conozco las consecuencias y conozco gente que la sufre, y sé lo que puede llegar a ocasionar estar obeso. Es una enfermedad que padecen las personas por falta de conocimiento sobre nutrición. Pienso que es para todos y no importa si alguien más lo tuvo de tu familia o no, está en ti y el controlarse puede evitarlo también, y sí te puede causar muchos daños, y hasta la muerte, pero está en ti únicamente evitarlo. Opino que es un tema del cual se tiene mucho miedo de hablar, que no debería de ser así porque es algo que está pasando y se tiene que controlar y concientizar a la gente para que conozcan el daño que esta enfermedad ocasiona.

Es posible controlarlo con medicamentos bajo la supervisión de algún doctor. Pero en general hay que informarse bien. En lo personal pienso que hay que concientizar a las personas para generar una idea de hasta dónde quieren vivir; y cómo quieren llevar la vida,

y en todo caso, has que edad quieren vivir. Así que principalmente ese es el factor que hay que explotar en las personas, que comprendan que si no se cuidan están expuestos a un cúmulo de enfermedades que no son nada buenas su salud, y para su descendencia, porque deben entender también que puede ser algo hereditario.

A grandes rasgos creo que es negativo para la persona porque al fin de las cuentas el que tiene las consecuencias es uno mismo, pero también creo que la sociedad influye mucho en que las personas no asimilemos como un problema serio esta enfermedad. Una persona obesa, que tiene una cantidad de grasa que sobrepasa por mucho la adecuada y necesaria, sufre de muchos malestares: dolor en la espalda baja, dolor en las rodillas, fatiga y todo eso. Son muchas cosas las que influyen para que una persona sea obesa: el estrés, por ejemplo. Porque el estrés te puede producir ansiedad, y por la misma ansiedad te da por comer mucho.

Lo primero que me viene a la mente es un exceso del índice de masa corporal, porque muchas veces hay personas que tienen más peso que su estatura, pero no necesariamente es que estén gordos o estén pasados de grasa, porque hay muchos prejuicios sobre todo esto. Por ejemplo, hay muchos prejuicios acerca de que una persona obesa siempre va a tener sus arterias del corazón tapadas y no es así, porque en muchas ocasiones las personas que están delgadas y tienen las arterias del corazón tapadas, y tienen más problemas de salud que una persona gordita.

Una persona padece obesidad debido a que desarrolla malos hábitos, y estos hábitos se le inculcan desde niño, por eso, creo que podemos decir que la obesidad es algo que te inculcan desde niño. Entonces pasa a ser una enfermedad no sólo física sino también psicológica, porque los niños aprenden sus hábitos en familia, y si en su familia no hay buenos hábitos alimenticios, ellos van a reproducir los malos hábitos. A la larga esto les ocasiona problemas a los niños como el bullying en la escuela y por causa de la falta de aceptación el niño muchas veces recurre a ingerir ciertos alimentos o a ingerirlos de más porque su cuerpo de alguna forma reacciona a poder sentirse bien, entonces los ingiere. Es por eso que para mí la obesidad no tiene nada que ver con la herencia, o sea que la heredas de tus padres, sino más bien es una enfermedad que desarrollan las personas por tener malos hábitos alimenticios. Una persona con sobrepeso que refleja el no poder caminar, dificultad para moverse, incluso hasta para hablar, problemas en sus articulaciones, problemas en su espalda, psicológicos como ansiedad, e incluso algunas personas tienen episodios depresivos.

Una persona gorda, propensa a sufrir en cualquier momento un paro cardíaco. Si lo pongo en un sentido chusco sería una persona queriendo medir su cintura y visiblemente asustado. Una persona padece obesidad debido a que desarrolla malos hábitos, y estos hábitos se le inculcan desde niño, por eso, creo que podemos decir que la obesidad es algo que te inculcan desde niño. Entonces pasa a ser una enfermedad no sólo física sino también psicológica, porque los niños aprenden sus hábitos en familia, y si en su familia no hay buenos hábitos alimenticios, ellos van a reproducir los malos hábitos. A la larga esto les ocasiona problemas a los niños como el bullying en la escuela y por causa de la falta de aceptación el niño muchas veces recurre a ingerir ciertos alimentos o a ingerirlos de más porque su cuerpo de alguna forma reacciona a poder sentirse bien, entonces los ingiere. Es por eso que para mí la obesidad no tiene nada que ver con la herencia, o sea que la heredas de tus padres, sino más bien es una enfermedad que desarrollan las personas por tener malos hábitos alimenticios.

Mi opinión al respecto es que algunos casos son factores hereditarios, pero la mayoría de las veces es la falta de información respecto a su padecimiento. Entonces, esa falta de información es lo que les impide medir las consecuencias de las enfermedades que pueden desarrollar por sus hábitos alimenticios (diabetes e hipertensión, por ejemplo). Considero que la obesidad es un problema y a veces pienso que las ideas que están transmitiendo a la sociedad contemporánea -a las mujeres más que a los hombres- sobre el tener que aceptarte con tu cuerpo tal y como eres, aceptar tu cuerpo tal y como es, pienso que no significa que tengas ¡a huevo que pesar 89 kilos y medir 1 metro! Pero lamentablemente son problemas que la gente acepta, por el simple hecho de aceptar su cuerpo, y no les puedes ni aconsejar, y mucho menos decir nada, porque ahora si les dices algo ya es considerado discriminación.

Casi siempre son hombres como de una edad de 29 a 35 años; yo creo que se debe a que cuando eres joven te cuidas más, te quieres ver bien y cuando estás casado es como que pues “equis, no importa”. Creo que cuando eres joven no te vale tanto y como que eres más vanidoso. Y también pues influye que conforme vas creciendo comienzas a embarnecer, por lo que también subes un poco más de peso. Pienso en personas panzonas, pasaditas de peso. Cuando me preguntan sobre personas en específico, es decir alguien obeso, sí tengo personas en mente. Pienso que es algo malo, porque claramente no te ayuda en nada y pienso que las personas que estamos así, tenemos que cambiarlo e intentar por lo menos estar en nuestro

peso indicado, porque yo siento que, que muchos decimos que los gorditos son más felices, pero puede ser que por fuera pareciera ser muy feliz, pero por dentro no queremos estar o lucir así, pero muchas de las veces tampoco hacemos nada para cambiarlo. Tengo muchos conocidos obesos, incluso en la casa también, muchos estamos pasados de peso.

Casi siempre son hombres como de una edad de 29 a 35 años; yo creo que se debe a que cuando eres joven te cuidas más, te quieres ver bien y cuando estás casado es como que pues “equis, no importa”. Creo que cuando eres joven no te vale tanto y como que eres más vanidoso. Y también pues influye que conforme vas creciendo comienzas a embarnecer, por lo que también subes un poco más de peso. Pienso que las personas en general somos obesas porque no se nos brinda una información clara sobre los nutrientes de los alimentos, y tampoco hacemos mucho por informarnos al respecto. Y a pesar de ser una enfermedad, mucha gente lo toma como algo sin importancia, pero es muy importante, ya que, por el simple hecho de tener obesidad, pues, no tienes salud. Ellos piensan que sí, pero a la larga no, y les puede hacer daño. Por eso la palabra obesidad la considera como una enfermedad, una enfermedad que puede variar mucho en las personas. Pero yo lo que sí considero que es muy importante es que no hacen ejercicio y el tipo de alimentación que llevan, ya que al no llevar ningún tipo de dieta ni hacer ningún tipo de ejercicio, pues las personas tienden a engordar más.

Quizás algunas personas son tan obesas que no creen posible poder volver a tener una buena forma física. En mi familia mis padres son obesos y yo no, a mí me gusta mantenerme bien, verme bien y por eso considero que no es hereditario. Por ello, a mi familia siempre les he comentado y he platicado con ellos, motivándolos, dándoles consejos para decirles que pueden cambiar la forma de alimentarse, y cómo comiendo bien pueden estar saludables y no ser obesos. Que no es necesario matarse con dietas -comer solo ensalada, o atún- pero por más que hable con ellos, no más me escuchan y no hacen cambios en sus hábitos alimenticios.

Tengo conocidos y familiares que padecen la enfermedad. Pero cada persona es libre de vivir su vida como considere que sean los ritmos adecuados y que, aunque yo quisiera ayudarlos de alguna manera, no creo que me prestarán la atención que se requiere, ya que llevan bastantes años así, no creo que quieran cambiar su rutina de vida sólo para tener un mejor físico, ya que están acostumbrados a vivir así. Quizás algunas personas son tan obesas que no creen posible poder volver a tener una buena forma física. Porque en general no es

tanto por no cuidar su alimentación, sino porque en general puede ser o no ser por comer muy bien, pero más que nada en no comer lo correcto, pero al igual puede ser por malpasarse. Hay muchos factores que pueden causarla.

Por ejemplo, he visto que se puede controlar a través de muchos testimonios en redes sociales como YouTube; donde hay videos únicamente de personas que narran su historia con evidencias y fotografías con las cuales te hacen ver y creer que se puede llevar un estilo de vida correcto (saludable). Sin embargo, creo que los factores que influyen en la obesidad de las personas son por su propio descuido, porque han tomado ciertos tiempos en los que ellos mismos como que se empiezan a cuidar, empiezan a alimentarse mejor, hacer ejercicio, a tener como una dieta mejor para ellos mismos y se les nota un cambio, se ven mejor. Pero con el tiempo se vuelven a descuidar y notas como regresan a lo que estaban (obesos), sino es que peor, así que más que nada, es por el propio descuido que están siempre en esa situación.

Un poco bajo el pretexto de “cada quien su cultura, sus tradiciones, y sus creencias, y lo que está acostumbrado a comer”. Aunque también, creo que puede ser por herencia. Porque conozco personas que se cuidan mucho, pero por herencia genética les toca, aunque también influye el descuido. Ya después pues la enfermedad y todo ese tipo de cosas. Sé que México es uno de los países creo que, con mayor obesidad de niños, creo que está dentro de los primeros cinco, creo que esto se debe a una falta de cultura, aunque no tengo muchos datos, pero estoy consciente de los problemas y a lo mejor de cómo abordarlos un poquito más que la mayoría de las personas. Porque te digo, por el bagaje de todo lo que he hecho, como cuidar mi alimentación en algunas etapas de mi vida; aunque ahora no lo hago sinceramente, pero si tengo como esa cultura de saber lo que estoy comiendo de la importancia que tiene que tener mi alimento para no llegar a un punto de obesidad, que es un tema totalmente cultural en nuestro país.

Así mi criterio, creo que las personas obesas son las que no están en sus niveles adecuados de grasa corporal, están acorde con su altura y con lo que comen, creo que eso sería como describir una persona, una persona que no necesita ser un obeso mórbido, o sea, totalmente pasado de peso, pero para tener un problema de obesidad, es decir, que sus niveles de grasa no estén como en los más adecuados de acuerdo a su tipo de cuerpo y a su organismo aunque también es muy importante la genética y todo tu metabolismo. Realmente pienso en

Consideraciones finales.

La obesidad es un problema sanitario y social importante que ha alcanzado niveles de pandemia. El riesgo de que la población desarrolle alguna de las enfermedades asociadas con este padecimiento es uno de los grandes problemas de salud pública en el mundo. A inicios de la segunda mitad del siglo XXI no sólo afecta a los países desarrollados debido a la transición epidemiológica. Las estadísticas muestran dispersión del padecimiento asociado con el cambio de los patrones de enfermedad, morbilidad y mortalidad debido en gran medida a los cambios en los estilos de vida de la población, cambios vinculados al consumo y producción de alimentos industrializados. Sin importar el país o región del mundo, pero es alarmante la manera en que incrementa la problemática en los países de renta media como México, por ejemplo.

La problemática en su carácter multidimensional, siendo individual, biológica, social, cultural, económica, de mercado, etcétera; requiere de investigaciones y esfuerzos interdisciplinarios para contrarrestar su dispersión e incremento. En la esfera biológica, por ejemplo, muchos avances en las investigaciones sobre la enfermedad muestran una tendencia creciente a considerar que la “epidemia de obesidad” responde más a factores del entorno de las personas, donde habitan, socializan y se desarrollan.

La categoría “ambiente obesogénico” es el modelo que sirve para analizar la problemática desde esa perspectiva epistemológica. Como el documento desarrolla en las primeras páginas este modelo es revolucionario y ha servido mucho para conocer la magnitud de la problemática en ciudades y países, sobre todo angloparlantes y que, por alguna razón, aunque el modelo es conocido en Latinoamérica, no hay países que utilicen el indicador para medir las dimensiones obesogénicas de sus ciudades. Una pertinente llamada de atención y sugerencia de este trabajo sería aplicar la metodología en una ciudad como Tijuana, y lamentablemente por el alcance del mismo no fue posible realizar una propuesta de evaluación con base en tal indicador.

En discursos recientes de política pública enfocada en la salud de la población, la dispersión e incremento de la obesidad es atribuida a la proliferación de los entornos económicos, sociales y culturales que conforman los ambientes obesogénicos. La suma de todos los factores indirectos del entorno, que brindan las oportunidades laborales, socialización y esparcimiento insertas en las condiciones estructurales de vida que

condicionan el consumo de las personas; determinan el desarrollo de conductas de riesgo en los estilos de vida de la población. Conductas que a mediano plazo son uno de los pilares para comprender la dispersión e incremento de la enfermedad.

En esta investigación la heurística del escenario epidemiológico identificó que las estrategias de prevención y tratamiento de la obesidad han centrado su atención en intervenciones farmacológicas, educativas y conductuales; y como en la mayoría de los casos el éxito general de tales estrategias ha sido limitado. Además, como algunos de los enfoques innovadores planteados a mediano y largo plazo que abordan la problemática centrandose su atención en la manera en que los entornos promueven una ingesta elevada de energía y un comportamiento sedentario. Esta promoción directa e indirecta, ya sea a través de los medios de difusión comerciales o gubernamentales, lleva más de tres décadas bombardeando a la población con mensajes sobre las bondades del consumo de mercancías alimenticias cuyas investigaciones recientes muestran el daño que ocasionan a la salud de las personas.

En este trabajo las narrativas de los resultados del estudio ofrecen una mirada detrás del telón para identificar cómo la población conforma metadiscursos en los cuales la salud es la prioridad, el hábito de una “dieta saludable” en los hogares es de suma importancia para las personas, pero también, cómo en la conformación de las representaciones sociales del “buen comer” las idiosincrasias personales responden a patrones culturales o sociales que han sido influenciadas por los bombardeos de comunicación por más de tres décadas. Y esto es algo que no será sencillo de cambiar sin un trabajo de difusión masiva a muy largo plazo. Además, de que la dispersión de la internet, y la información que las personas comparten día con día, en tiempo real a cada momento, impone grandes retos a los cuales habrá que ajustarse para establecer medidas integrales y pertinentes para sosegar la dispersión e incremento de la pandemia.

Los enfoques para palear la problemática están obligados al desarrollo integral que promueva intervenciones ambientales -económicas, sociales y culturales- que partan de comprender cómo las personas interactúan en sus entornos y conforman sus estilos de vida con base en su actividad física y de consumo de alimentos; y al mismo tiempo conocer, desde el punto vista del actor cuáles son los factores institucionales a los cuales atribuyen la determinación de sus conductas en sus entornos cotidianos.

Si bien es cierto, que no debe perderse de vista que, sin importar las condiciones de clase socioeconómica, género, etnicidad o nivel educativo, desarrollar obesidad tiene un componente genético que condiciona que ciertos grupos de población sean más propensos al aumento de peso, tanto por el consumo de ciertos alimentos, como por los hábitos de los estilos de vida. Sin embargo, es menester no perder de vista que el contexto y los patrones en el consumo de alimentos y hábitos juegan un papel muy importante. Pero esto no quiere decir que por ello sea prudente responsabilizar del todo a las personas por sus conductas de riesgo que propician el desarrollo de problemáticas que afectan su salud. La multidimensionalidad de la obesidad no responde sólo a las conductas de riesgo en el plano individual, por tal motivo no hay por qué culpabilizar a las personas por no cuidar su salud, porque como este trabajo muestra en los discursos conformados con base en las narrativas de las personas el cuidado de su salud es lo primordial.

El escenario en el que las personas desarrollan obesidad entra en juego todas las presiones e influencia del entorno comercial e institucional, donde la publicidad y la disponibilidad de alimentos dañinos para el consumo son determinantes. La presión indirecta del entorno en las personas persiste y es el campo de acción de las sociedades. Por tal motivo, la tarea de contrarrestar el incremento del padecimiento pareciera ser épica para ciertos sectores de la población, y aunque muchas veces pocas son las personas capaces de modificar sus hábitos de consumo debido a la inversión y costos económicos que conlleva, lo cierto es que por el cuidado de su salud las personas están dispuestas a realizar cualquier cambio.

En este trabajo los resultados con base en la teoría de las representaciones sociales al abordar las narrativas sobre la conformación de los ambientes obesogénicos identificó la manera en que la obesidad tiene un carácter social y está presente conscientemente en la población, e incluso influye en los procesos de comunicación entre personas, que opinan y toman postura para prevenir y contrarrestar esta problemática de salud. Y que esta conciencia sobre el problema de salud en las personas es algo a lo que se debe sacar provecho desde las políticas públicas encaminadas en reducir el incremento de la enfermedad, promover la salud y reducir o eliminar la desigualdad socioeconómica en el acceso a la salud planteando estrategias que incidan en los determinantes sociales de la obesidad.

Entre los lineamientos que debe tomar en cuenta la conformación de un marco de acción para contrarrestar la problemáticas habría que tomar en cuenta los aportes de las

herramientas cualitativas sobre las representaciones sociales de “la atención” y “la toma de decisiones” con respecto a la prevención de la enfermedad y la vivencia del padecimiento; así como también el análisis de la toma de decisiones de las personas con respecto a sus decisiones respecto a la atención médica que eligen para prevenir cualquier padecimiento y cuidar su salud, con base en los resultados respecto a sus reflexiones y evaluaciones de riesgo.

En este trabajo el aporte de esta base de narrativas sobre tales decisiones y evaluaciones de riesgo fue recabada por medio de entrevistas en profundidad con la población del estudio. De tal forma respondiendo a preguntas respecto a las estrategias que pone en práctica la población para prevenir o sobrellevar la obesidad, recopiladas en un contexto ameno y de confianza, y por gente de su confianza, que motivó que expresaran libremente sus creencias sobre lo que consideraban una dieta saludable, una vida saludable, sus patrones de consumo, de tal forma que fue factible conocer los discursos y metadiscursos que las personas tienen sobre la obesidad y todas las enfermedades asociadas.

La propuesta teórica que fundamentó el método de trabajo, la Teoría Fundamentada, facilitó poner en práctica las herramientas características de los estudios cualitativos que desde hace décadas sirven para el abordaje de las problemáticas de salud de las poblaciones. Aprovechando los aportes de esta caja de herramientas que facilitan, desde una posición del actor, comprender la evolución del problema. El corpus de trabajos interdisciplinarios consultados para elaborar esta investigación en temas de salud facilitó y guó el estudio de tal forma que evitó que éste trascendiera los límites del estudio o perdiera de vista el objetivo de la investigación. Perder de vista el objetivo de la investigación es algo muy común cuando realizas estudios que parten de conformar y contrastar metadiscursos sobre un tema de salud debido a la saturación de datos, es decir, de narrativas que configuran el discurso de prevención y tratamiento de enfermedades en las poblaciones.

La vigilancia epistemológica de la teoría fundamentada permitió que la investigación cumpliera con el objetivo de categorizar las narrativas de una “dieta saludable”, una “vida saludable”, y los “patrones de consumo” que motivan y alimentan conseguir tales metas “saludables”. También, este Pre Supuesto epistemológico facilitó modelar la representación social de la obesidad de la población del estudio; de tal forma que el análisis expuso las pautas con base en las cuales se fundamenta un modelo de búsqueda de la salud en la población;

modelo en el cual, está manifiesto el impacto que los metadisursos sobre la obesidad han trascendido la conciencia colectiva de la población con respecto a la problemática; de tal manera que son las bases a partir de las cuales las personas conforman hábitos naturalizados en sus estilos de vida.

Como la investigación presenta en el capítulo 5, Los resultados del análisis de los datos presentaron el discurso, a manera de discurso colectivo, a partir del cual las personas conforman ideas claras respecto a las estrategias de prevención y seguimiento. Y también, como parte de los resultados, fue posible exhibir un escenario integral del complejo contexto en el cual las personas viven, significan, simbolizan, representan y comprenden la obesidad. El propósito teórico de la propuesta de trabajo analizó con base en la epistemología de las ciencias sociales, y sus aportes al estudio de las enfermedades en la correlación entre las tendencias epidemiológicas y las desigualdades estructurales, en los discursos de la población de estudio, las brechas sociales que enfrentan las estrategias de salud para prevenir la dispersión de la obesidad y sus consecuencias.

Otro de los pilares de la investigación fue la propuesta metodológica del estudio del proceso salud-enfermedad-atención (SEA). En la etapa germinal de la investigación fue propuesta esta caja de herramientas debido a que los resultados en los estudios que la utilizan posibilitan identificar las relaciones que existen entre los modelos de atención de los padecimientos, y las trayectorias de atención relacionadas con las prácticas y representaciones sociales de los enfermos. También, porque los resultados esclarecen la interacción de la persona enferma, y cómo conforma redes sociales y culturales con las cuales intercambia significaciones para comprender social y culturalmente su padecimiento. Y a partir de estas historias y experiencias compartidas es que delinea los procesos de prevención, transmisión, control y atención que selecciona.

Por la dimensión de la problemática, que sobrepasó las primeras propuestas de la investigación, las herramientas del estudio del proceso SEA, no fueron aplicadas en población enferma, sin embargo, al aplicarlas en población sana, los resultados fueron muy relevantes respecto a las representaciones colectivas de la población respecto a la obesidad, sin importar si la padecen o no, o si conocen o no conocen a personas cercanas que la padezcan. Otra de las metas planteadas en un inicio que no fue factible concretar fue la de elaborar un modelo de trayectoria de atención de las personas antes de ser diagnosticado con

alguna ECNT y durante el proceso de tratamiento, por lo tanto, tampoco fue posible documentar las vivencias del enfermo debido a que el trabajo fue enfocado más en recabar los discursos de las personas en población abierta que muestre las pautas con base en las cuales la conciencia colectiva conforma el discurso respecto a cuál es el “deber ser” respecto a brindar el seguimiento al padecimiento; siendo que este discurso identificado integra la visión de los prestadores de salud y la familia, desde el punto de vista de la población en general.

La información recopilada en el trabajo tuvo como meta el contribuir en la generación de intercambios horizontales entre las propuestas epidemiológicas institucionales de prevención y las estrategias de prevención y tratamiento de los grupos de riesgo. Para generar cambios significativos en los patrones de comportamiento de las poblaciones como resultados de la participación proactiva en la elaboración de medidas de control y prevención sostenibles, sustentables y capaces de ir de lo institucional hasta lo individual pasando por lo comunitario y familiar.

Los resultados del análisis de los factores sociales y culturales que influyen en su dispersión, transmisión, vivencia y atención de la obesidad aportaron datos cualitativos sobre la culturización de la obesidad. Con base en las narrativas fueron conformados los discursos que remiten a los referentes que modelan la simbolización de la obesidad comprendiendo la magnitud de la problemática como un malestar cultural. Es decir, comprendiendo las maneras de atención que las personas eligen acorde con sus marcos socioculturales, es decir, cumpliendo con una de las reflexiones que fueron punto de partida de esta propuesta de investigación que, para entender y atender una enfermedad, las sociedades adecuan la información a sus marcos de pensamiento acordes con sus visiones del mundo, con su estar en el mundo, con su devenir cotidiano.

Las narrativas de la población del estudio rebelan cánones del marco de pensamiento en los que enfocan su atención hacia la conformación de las representaciones sociales de la obesidad, que determinan los `cómo` y `por qué` de sus patrones de comportamiento para prevenir y atender el padecimiento, mostrando que la conceptualización del discurso biológico y cultural de la obesidad tienen un carácter social –malestar/sickness- que influye en las conductas preventivas y de atención, es decir, en el “vivir la enfermedad”, “vivir sanamente para evitarla”.

El recolectar la información de campo con las personas en sus contextos familiares, sirvió para que en el análisis de datos fuera posible adentrarse en las maneras en que la población interioriza, comprende, representa y conceptualiza los cambios en los discursos micros (culturales) y macros (sociales) respecto a factores de riesgo asociados con cualquier enfermedad; ya sean estos discursos en su carácter comercial u oficiales, provenientes de los Ministerios de Salud. De tal forma, que los datos en su análisis rebelaron la interpretación y comprensión de los cambios respecto a la percepción de riesgo de la obesidad y sus consecuencias acorde con los marcos de significación sociocultural que determinan los patrones de cuidado y atención.

En este ejercicio crítico y reflexivo en el análisis e los datos, en la lectura y discusión con las historias personales de las personas del estudios facilitó conocer de cerca todas sus estrategias de prevención y control, y la manera en que las realizan y fundamentan con base en sus marcos de significación y simbolización socializada; y cómo también estas ideas sobre la prevención y control detonan todas las prácticas de sus hábitos y conductas personales y familiares para responder activamente a la información que reciben y comparten en los medios de atención e información a su disposición en sus contextos sociales, ambientales, culturales, religiosos y económicos.

Hay que reconocer que una de las carencias en el análisis de la información, debido al tiempo y otros factores, es el no haber profundizado respecto al papel que juegan las representaciones mediáticas -transmitidas por los medios de comunicación- en los conocimientos y comportamientos de la población de estudio; por tal motivo, si bien en algunas entrevistas hay evidencia en las narrativas de que muchos de estos medios son una poderosa influencia en la definición de la obesidad, lo cierto también es que no hubo un abordaje o estrategia metodológica que explotara más este nodo en las entrevistas. Por lo tanto, el papel que juegan las representaciones mediáticas y la manera en que dan forma y establecen una relación dialéctica con las representaciones sociales, es una tarea pendiente. Aunque al menos la información recabada por el estudio brinda pautas para conformar estudios futuros sin partir de cero.

Con respecto a los correlatos significativos del entendimiento sociocultural del proceso SEA, el abordaje teórico: enfermedad-Disease-biológico-biomédico; el padecimiento-Illness-cultural y el trastorno-malestar-afección-Sickness-histórico-social; que

alude a las dimensiones objetivas, subjetivas e intersubjetivas (sociales) de la salud y la enfermedad; y enfatiza la importancia de entender que las enfermedades son consideradas marcadores múltiples de diversos procesos vitales, individuales y colectivos, materiales y espirituales. Los resultados del análisis de los datos cualitativos, a partir de la conformación del discurso colectivo, evoca que la obesidad es interiorizada por la población como un trastorno en su sentido genérico en relación con las fuerzas macrosociales: económicas, políticas e institucionales. Una idea fuerza para describirla sería: “el malestar del siglo XXI”.

Este malestar del siglo XXI expresado por las narrativas de sufrimiento y experiencias relacionadas con la enfermedad de la población de estudio brinda las pautas para comprender que las políticas enfocadas en transmitir información a la población han sido eficaces porque la población tiene un conocimiento integral de la problemática. Pero las narraciones también rebelan que la información ajena a la voz biomédica, cultural, social, familiar, de hábitos y costumbres genera un mayor grado de confianza. Es por ello que al escuchar la narración de la enfermedad en un marco histórico de vida posibilita dar sentido a los acontecimientos que inciden en los hábitos y estilos de vida, para poder brindar diseñar estrategias de prevención y tratamiento más cercanas a la población.

El discurso colectivo de la representación social de la obesidad contextualizó los eventos asociados con la enfermedad y los síntomas, a partir de los contextos biográficos que sirven como arenas o foros para presentar, discutir y negociar la enfermedad y cómo las personas la viven, la conocen o la evitan. La recopilación de narrativas fue factible articular varios eventos y discutir su significado.

Con el método etnográfico en esta investigación fueron descritas condiciones de vida, organización social, algunas prácticas distintivas, y los valores y creencias sobre una vida saludable y la dieta saludable que deben seguir las personas para cumplir este objetivo. A partir de la información recabada este trabajo aporta evidencia a la discusión respecto a la importancia de los estudios antropológicos al análisis de la política pública, para a partir de la recopilación y análisis de datos cualitativos proporcionar información a los tomadores de decisión como apoyo y complemento de las formulaciones racionales de política pública para contribuir a implementar estrategias integrales y también para evaluarlas. De tal forma que este trabajo muestra como el partir de un enfoque antropológico aporta la información desde las personas para que los resultados destinados a ellas se ajusten a sus necesidades.

El objetivo del trabajo fue examinar cómo las narrativas personales proporcionan un discurso contemporáneo para racionalizar uno de los principales problemas epidemiológicos y sociales que afronta el mundo: la obesidad. El enfoque cualitativo puesto en práctica para examinar las narrativas de la obesidad, situadas en la región Tijuana-San Diego nunca perdió de vista que la investigación en su carácter antropológico era aportar narrativas que permitan conformar el discurso colectivo respecto a la obesidad considerando las causas y factores que las personas identifican como más probables para desarrollar obesidad. Con base en los discursos populares que conforman las églogas sobre la obesidad y el comer saludable de las personas que habitan en una región fronteriza internacional como la de Tijuana, México y San Diego, Estados Unidos.

Como el texto menciona en su postura metodológica y en la presentación de sus resultados el análisis de los factores populares atribuidos a las dietas saludables puede contribuir y brindar información desde el punto de vista de la población en general para entender por qué la dispersión e incremento de la obesidad en la población no cesa a pesar de todas las estrategias preventivas puestas en práctica desde inicios del s. XXI. Por tal motivo la premisa de partida de la investigación: que conocer el factor de los hábitos alimenticios a través de las narrativas sobre dietas saludables, brinda algunas de las pautas para evaluar el papel que los metadiscursos políticos y económicos sobre la problemática, interiorizados y naturalizados por la población en general, juegan un papel que incide y determinar los cambios en los hábitos y estilos de vida de las personas. Se cumplió, aunque hay que reconocer que muchos de los resultados del estudio deben evaluarse en mayor profundidad para conocer los aportes que puedan brindar a la discusión sobre las estrategias de prevención del incremento de la epidemia.

Conocer cuáles son las posturas de las personas respecto a una dieta saludable, sus hábitos de consumo y también alimenticios, arroja datos significativos que promuevan la puesta en marcha de estrategias y propuestas de hábitos y estilos de vida saludables partiendo de la perspectiva de las personas. Porque al fin de las cuentas cuando se trata de salud, la prevención y la precaución siempre son menos costosas que el tratamiento posterior. Y es por ello que conociendo las estrategias y soluciones que las personas ponen en práctica en la compra de sus productos (hábitos de consumo) alimenticios, los alimentos que consideran

saludables, fue posible modelar sus representaciones de la obesidad y los contextos e historias sobre lo que consideran “hábitos alimenticios saludables”.

Referencias.

- Afshin, A., Forouzanfar, M. H., Reitsma, M. B., Sur, P., Estep, K., Lee, A., Marczak, L., Mokdad, A. H., Moradi-Lakeh, M., Naghavi, M., Salama, J. S., Vos, T., Abate, K. H., Abbafati, C., Ahmed, M. B., Al-Aly, Z., Alkerwi, A., Al-Raddadi, R., Amare, A. T., ... Murray, C. J. L. (2017). Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New England Journal of Medicine*, 377(1), 13–27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>
- Aguirre Beltran, G. (1994). *Antropología médica: sus desarrollos teóricos en México*. Fondo de Cultura Económica.
- Albritton, R. (2009). Let them eat junk: how capitalism creates hunger and obesity. In *Choice Reviews Online* (1st ed.). Plutobooks. <https://doi.org/10.5860/choice.47-1528>
- Allmark, P., Boote, J., Chambers, E., Clarke, A., McDonnell, A., Thompson, A., & Mary Tod, A. (2009). Ethical issues in the use of in-depth interviews: literature review and discussion. *Research Ethics Review*, 5(2), 48–54.
- Alvanides, S., Townshend, T. G. & Lake, A. A. (2010). Obesogenic Environments: Challenges and Opportunities. In S. Lake, A., Townshend, T. G. & Alvanides (Ed.), *Environments. Complexities, Perceptions and Objective Measures* (pp. 215–220). Blackwell Publishing Ltd.
- Atkinson, P., & Hammersley, M. (2007). What is Ethnography? In P. Atkinson & M. Hammersley (Eds.), *Ethnography. Principles in practice*. (3rd ed., pp. 1–19). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203211816_chapter_1
- Bambra, C., Fox, D., & Scott-Samuel, A. (2005). Towards a politics of health. *Health Promotion International*, 20(2), 187–193. <https://doi.org/10.1093/HEAPRO>
- Barquera, S., Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Pedroza, A., & Rivera-Dommarco,

- J. A. (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, 2000-2012. *Salud Pública de México*, 55, S151–S160.
- Barragán, A. (2007). El cuerpo vivido: entre la explicación y la comprensión. *Estudios de Antropología Biológica*, XIII(2), 693–710.
- Bennett, G. G., Wolin, K. Y., & Duncan, D. T. (2008). Social Determinants of Obesity. In *Obesity Epidemiology* (pp. 342–376).
- Bhugra, D., & Malhi, G. S. (2013). Disease, illness, sickness and the contract with patients. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(9), 795–797. <https://doi.org/10.1177/0004867413502407>
- Biehl, J., & Petryna, A. (2013). Legal Remedies. Therapeutic Markets and the Judicialization of the Right to Health. In J. Biehl & A. Petryna (Eds.), *When People come First. Critical Studies in Global Health*. (pp. 325–346). Princeton University Press.
- Bosi, M. L. M., & Uchimura, K. Y. (2007). Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Revista de Saude Publica*, 41(1), 150–153. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000100020>
- Breckenridge, J., & Jones, D. (2009). Demystifying Theoretical Sampling in Grounded theory Research. *The Grounded Theory Review*, 8(2), 113–126.
- Breilh, J. (2003). De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 937–951. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232003000400016>
- Brewer, P. R., & Wise, D. (2010). Competing frames for a public health issue and their effects on public opinion. *Mass Communication and Society*, 13(4), 435–457. <https://doi.org/10.1080/15205430903296077>
- Brinkmann, S. (2017). The interview. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE*

Handbook of Qualitative Research. (5th ed., pp. 997–1038). SAGE Publications Ltd.

Brown, P. J. (1991). Culture and the evolution of obesity. *Human Nature*, 2(1), 31–57.
<https://doi.org/10.1007/BF02692180>

Bruel dos Santos, T. C., Scarparo, H. B. K., Calvo Hernandez, A. R., Sebastián Herraz, J., & Blanco, A. (2013). Estudio psicosocial sobre las representaciones de género. *Diversitas: Perspectivas En Psicología*, 9(2), 243–255.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982013000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Bryant, Antony, & Charmaz, K. (2007). Introduction. Grounded Theory Research: Methods and Practices. In Anthony Bryant & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. (pp. 1–28). SAGE Publications.

Caballero, B. (2007). The Global Epidemic of Obesity: An Overview. *Epidemiologic Reviews*, 29, 1–5. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxm012>

Campbell, D. (2010). Anthropology's contribution to public health policy development. *McGill Journal of Medicine*, 13(1), 76–83.

Cantor, N., & Mischel, W. (1979). Prototypes in Person Perception. *Advances in Experimental Social Psychology*, 12, 3–52.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60258-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60258-0)

Castillo Hernandez, J. L., Alvarez Ramirez, M. M., Romero Hernandez, E. Y., & Espinosa Gómez, R. (2009). Tendencias en el consumo de alimentos y su repercusiones por cuanto a la morbilidad y mortalidad. *Rev Med UV*, 9(1), 69–78.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=27902>

Charmaz, K., & Mitchell, R. G. (2007). Grounded Theory in Ethnography. In P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland, & L. Lofland (Eds.), *Handbook of Childhood and*

Adolescent Obesity. (pp. 160–174). SAGE Publications.

Charmaz, K., Thornberg, R., & Keane, E. (2017). Evolving Grounded Theory and Social Justice Inquiry. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*, 720–776.

Choi, B., Schnall, P. L., Yang, H., Dobson, M., Landsbergis, P., Israel, L., Karasek, R., & Baker, D. (2010). Sedentary work, low physical job demand, and obesity in US workers. *American Journal of Industrial Medicine*, 53(11), 1088–1101. <https://doi.org/10.1002/ajim.20886>

Clément, M., Levasseur, P., & Seetahul, S. (2020). Is Excess Weight Penalised or Rewarded in Middle-Income Countries' Labour Markets? Comparative Evidence from China, India and Mexico. *Kyklos*, 73(2). <https://doi.org/10.1111/kykl.12220>

Collins, C., & Joyce, P. (2008). Focus on quality in healthcare in Ireland Article in International Journal of Health Care Quality Assurance. *International Journal of Health Care*, 21(2), 219–228. <https://doi.org/10.1108/09526860810859067>

Conrad, P., & Barker, K. K. (2010). The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S67–S79. <https://doi.org/10.1177/0022146510383495>

Conway, L. G., & Schaller, M. (2007). How communication shapes culture. *Social Communication*, 107–127. <https://doi.org/10.4324/9780203837702>

Corbin, J. M., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3–21. <https://doi.org/10.1007/BF00988593>

Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. (4th ed.). SAGE Publications Inc.

- Corin, E. (2010). The Thickness of Being: Intentional Worlds, Strategies of Identity, and Experience Among Schizophrenics. In B. J. Good, M. M. Fischer, S. S. Willen, & M. J. DelVecchio Good (Eds.), *A Reader in Medical Anthropology. Theoretical Trajectories, Emergent Realities*. (pp. 108–120). WILEY-BLACKWELL.
- Côté-Boileau, É., Gaboury, I., Breton, M., & Denis, J.-L. (2020). Organizational Ethnographic Case Studies: Toward a New Generative In-Depth Qualitative Methodology for Health Care Research? *International Journal of Qualitative Methods*, *19*, 160940692092690. <https://doi.org/10.1177/1609406920926904>
- Coyne, I. T. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *Journal of Advanced Nursing*, *26*(3), 623–630. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-25-00999.x>
- Daanen, P. (2009). Conscious and non-conscious representation in social representations theory: Social representations from the phenomenological point of view. *Culture and Psychology*, *15*(3), 372–385. <https://doi.org/10.1177/1354067X09343704>
- Das, V. (1997). Language and Body: Transactions in the Construction of Pain. In A. Kleinman, V. Das, & M. Lock (Eds.), *Social Suffering* (pp. 67–92).
- De Brún, A., McCarthy, M., McKenzie, K., & McGloin, A. (2013). “ Fat is your fault”. Gatekeepers to health, attributions of responsibility and the portrayal of gender in the Irish media representation of obesity. *Appetite*, *62*, 17–26. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.11.005>
- De Brún, A., McKenzie, K., McCarthy, M., & McGloin, A. (2012). The Emergence and Portrayal of Obesity in The Irish Times: Content Analysis of Obesity Coverage, 1997-2009. *Health Communication*, *27*(4), 389–398. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.592627>
- Delaney, M., & McCarthy, M. (2011). Food choice and health across the life course: A

- qualitative study examining food choice in older irish adults. *Journal of Food Products Marketing*, 17(2–3), 114–140. <https://doi.org/10.1080/10454446.2011.548717>
- Denzin, N. K. (2017). The Elephant in the Living Room, or Extending the Conversation About the Politics of Evidence. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. (5th ed., pp. 1445–1468). SAGE Publications Ltd.
- Deterding, N. M., & Waters, M. C. (2018). Flexible Coding of In-depth Interviews. *Sociological Methods & Research*, 1–32. <https://doi.org/10.1177/0049124118799377>
- DiGiacomo, S. M. (2010). Autobiografía crítica y teoría antropológica. Reflexiones en torno a la enfermedad y la identidad cultural y profesional. In M. A. Martorell, J. M. Comelles, & M. Bernal (Eds.), *Antropología y Enfermería*. (pp. 301–314). Universitat Rovira i Virgili.
- Dixon, J. B. (2010). The effect of obesity on health outcomes. In *Molecular and Cellular Endocrinology* (Vol. 316, Issue 2, pp. 104–108). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.mce.2009.07.008>
- Druckman, D., & Donohue, W. (2020). Innovations in Social Science Methodologies: An Overview. *American Behavioral Scientist*, 64(1), 3–18. <https://doi.org/10.1177/0002764219859623>
- Dubois, V. (2015). Critical policy ethnography. In F. Fischer, D. Torgerson, A. Durnová, & M. Orsini (Eds.), *Handbook of Critical Policy Studies*. (pp. 462–480). Edward Elgar.
- Erixon, F. (2016). Europe ' s Obesity Challenge. *European Centre for International Political Economy*, 7, 1–12.
- Farr, R. M. (1993). Common sense, science and social representations. *Public Understand. Sci*, 2, 189–204. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1088/0963-6625/2/3/001>

- Ferzaca, S. (2010). Chronic Illness and the Assemblages of Time in Multisited Encounters. In L. Manderson & C. Smith-Morris (Eds.), *Chronic conditions, fluid states. Chronicity and the Anthropology of Illness*. (pp. 157–174). Rutgers.
- Figueroa Pedraza, D. (2009). Obesity and poverty: Conceptual references for its analysis in Latin America. *Saude e Sociedade*, 18(1), 103–117. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902009000100011>
- Flick, U. (2009). *An Introduction To Qualitative Fourth Edition* (4th ed.). SAGE Publications.
- Flick, U. (2000). Qualitative inquiries into social representations of health. *Journal of Health Psychology*, 5(3), 315–324. <https://doi.org/10.1177/135910530000500303>
- Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. (Siglo XXI (ed.); Tercera). Siglo veintiuno.
- Frank, G., Baum, C., & Law, M. (2010). Chronic conditions, health and well-being in global contexts: Occupational therapy in conversation with critical medical anthropology. In L. Manderson & C. Smith-Morris (Eds.), *Chronic conditions, fluid states: Globalization and the anthropology of illness*. (pp. 230–246). Rutgers.
- Gard, M., & Wright, J. (2005). *The obesity epidemic: Science, morality and ideology*. Routledge. <https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=Cvx-AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=%22The+obesity+epidemic:+Science,+morality+and+ideology%22&ots=FYNutYDujb&sig=zEB8N10meTyh5x6dlOXESVt2b-A>
- Gilman, S. L. (2008). *FAT. A Cultural History of Obesity* (Vol. 3, Issue 2). Polity Press. <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2007). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. (3rd ed.). Aldine Transaction.

- Glittenberg, J. (2004). A Transdisciplinary, Transcultural Model for Health Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(1), 6–10. <https://doi.org/10.1177/1043659603260037>
- González-Chávez, A., Amancio-Chassin, O., Islas-Andrade, S., Revilla-Monsalve, C., Hernández-Q, M., Lara-Esqueda, A., Naranjo, S., Rodríguez-Morán, M., Guerrero-Romero, F., De México, O. D., & Xxi, N. S. (2008). Factores de riesgo cardiovascular asociados a obesidad abdominal en adultos aparentemente sanos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 46(3), 273–279.
- Good, B. J. (2010). Medical Anthropology and the Problem of Belief. In B. J. Good, M. M. Fischer, S. S. Willen, & M. J. DelVecchio Good (Eds.), *A Reader in Medical Anthropology. Theoretical Trajectories, Emergent Realities*. (pp. 64–76). WILEY-BLACKWELL.
- Gorin, A. A., & Crane, M. M. (2008). The Obesogenic Environment. In E. Jelalian & R. G. Steele (Eds.), *Handbook of Childhood and Adolescent Obesity* (pp. 145–161). Springer Science + Business Media, LLC.
- Gough, B., & Conner, M. T. (2006). Barriers to healthy eating amongst men: A qualitative analysis. *Social Science & Medicine*, 62(2), 387–395. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.032>
- Guthman, J. (2013). Too Much Food and Too Little Sidewalk? Problematizing the Obesogenic Environment Thesis. *Environment and Planning A: Economy and Space*, 45(1), 142–158. <https://doi.org/10.1068/a45130>
- Gutierrez Carbajal, M. G., & Magaña Magaña, M. Á. (2017). Migración e influencia urbana en el consumo de alimentos en dos comunidades Mayas de Yucatán. *Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 27(50), 0–0. <https://doi.org/10.24836/es.v27i50.429>
- Hall, S. (1997). The Work of Representation. In S. Hall (Ed.), *Representation. Cultural*

Representations and Signifying Practices. (pp. 13–64). SAGE Publications Inc.

Hernández Tezoquipa, I., de la Luz Arenas Monreal M., M., & Valde Santiago, R. (2001). Health care at home setting: Social interaction and daily life. *Revista de Saude Publica*, 35(5), 443–450. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000500006>

Hill, J., & Melanson, E. (1999). Overview of the determinants of overweight and obesity: current evidence and research issues. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 31(11), S515. https://journals.lww.com/acsm-msse/Fulltext/1999/11001/Overview_of_the_determinants_of_overweight_and.5.aspx

Hinde, S., & Dixon, J. (2005). Changing the obesogenic environment: Insights from a cultural economy of car reliance. *Transportation Research Part D: Transport and Environment*, 10(1), 31–53. <https://doi.org/10.1016/j.trd.2004.09.003>

Howarth, C. (2006). A social representation is not a quiet thing: Exploring the critical potential of social representations theory. *British Journal of Social Psychology*, 45(1), 65–86. <https://doi.org/10.1348/014466605X43777>

Howarth, C., Foster, J., & Dorrer, N. (2004). Exploring the Potential of the Theory of Social Representations in Community-based Health Research - And Vice Versa? In *Journal of Health Psychology* (Vol. 9, Issue 2, pp. 229–243). <https://doi.org/10.1177/1359105304040889>

Illich, I. (1975). Nemesis médica: la expropiación de la salud. In *Breve Biblioteca de Respuesta. Series de respuesta; 130* (Issue Book, Whole, p. 218).

Inhorn, M. C., & Birenbaum-Carmeli, D. (2010). Male Infertility, Chronicity, and the Plight of Palestinian Men in Israel and Lebanon. In L. Manderson & C. Smith-Morris (Eds.), *Chronic conditions, fluid states. Chronicity and the Anthropology of Illness*. (pp. 77–95). Rutgers.

- Instituto Mexicano para la Competitividad. (2015). Kilos de mas, pesos de menos. Los costos de la obesidad en México. In *January*. https://doi.org/http://imco.org.mx/wp-content/uploads/2015/01/20150311_ObesidadEnMexico_DocumentoCompleto.pdf
- Inthorn, S., & Boyce, T. (2010). “It’s disgusting how much salt you eat!”: Television discourses of obesity, health and morality. *International Journal of Cultural Studies*, 13(1), 83–100. <https://doi.org/10.1177/1367877909348540>
- Ishak, Z., Low, S. F., Ibrahim, W. A. H. W., Yahya, A., Zain, F. M., Selamat, R., Jalaludin, M. Y., & Mokhtar, A. H. (2019). *Fast Foods, Emotional and Behavioural Problems among Overweight and Obese Adolescents Participating in MyBFF@school Intervention Program*. <https://doi.org/10.31124/advance.9601190.v1>
- James, W. P., Jackson-Leach, R., & Rigby, N. (2010). An international perspective on obesity and obesogenic environments. In S. Lake, A., Townshend, T. G. & Alvanides (Ed.), *Obesogenic environments: complexities, perceptions, and objective measures* (pp. 1–10). Blackwell Publishing Ltd.
- Janes, C. R., & Corbett, K. K. (2010). Anthropology and Global Health. In B. J. Good, M. M. Fischer, S. S. Willen, & M. J. DelVecchio Good (Eds.), *A Reader in Medical Anthropology. Theoretical Trajectories, Emergent Realities*. (pp. 405–421). WILEY-BLACKWELL.
- Jiménez-Cruz, A., Castañeda-Gonzalez, L. M., & Bacardí-Gascón, M. (2013). Poverty is the main environmental factor for obesity in a Mexican-border city. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(2), 556–565. <https://doi.org/10.1353/hpu.2013.0074>
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In S. Moscovici (Ed.), *Psicología social II* (pp. 469–494). PAIDOS.
- Johnson-Laird, P. N. (1987). The mental representation of the meaning of words. *Cognition*, 25(1), 189–211. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0010-0277\(87\)90009-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0010-0277(87)90009-6)

- Johnston, J., & Barcan, R. (2006). Subtle transformations: Imagining the body in alternative health practices. *International Journal of Cultural Studies*, 9(1), 25–44. <https://doi.org/10.1177/1367877906061163>
- Jones, J. W. (2009). Selection of Grounded Theory as an Appropriate Research Methodology for a Dissertation: One Student's Perspective. *The Grounded Theory Review*, 8(2), 23–32.
- Joralemon, D. (2017). Exploring Medical Anthropology. In *Exploring Medical Anthropology* (4th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315470610-8>
- Katz, A. (2013). Noncommunicable diseases: Global health priority or market opportunity? An illustration of the world health organization at its worst and at its best. *International Journal of Health Services*, 43(3), 437–458. <https://doi.org/10.2190/HS.43.3.d>
- Kearney, M. H. (2007). From the Sublime to the Meticulous: The Continuing Evolution of Grounded Formal Theory. In Antony Bryant & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. (pp. 127–150). SAGE Publications.
- Kelley, E. A., Bowie, J. V., Griffith, D. M., Bruce, M., Hill, S., & Thorpe, R. J. (2015). Geography, Race/Ethnicity, and Obesity Among Men in the United States. *American Journal of Men's Health*, 10(3), 228–236. <https://doi.org/10.1177/1557988314565811>
- Kelly, M. P., & Dickinson, H. (1997). The narrative self in autobiographical accounts of illness. *Sociological Review*, 45(2), 254–278. <https://doi.org/10.1111/1467-954x.00064>
- Kim, D., Wang, F., & Arcan, C. (2018). Geographic Association Between Income Inequality and Obesity Among Adults in New York State. *PREVENTING CHRONIC DISEASE. PUBLIC HEALTH RESEARCH, PRACTICE, AND POLICY.*, 15, 1–9.
- Kim, S. H., & Willis, L. A. (2007). Talking about obesity: News framing of who is responsible for causing and fixing the problem. *Journal of Health Communication*,

12(4), 359–376. <https://doi.org/10.1080/10810730701326051>

Kirk, S. F. L., Penney, T. L., & McHugh, T. L. F. (2010). Characterizing the obesogenic environment: The state of the evidence with directions for future research. In *Obesity Reviews* (Vol. 11, Issue 2, pp. 109–117). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2009.00611.x>

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.

Kleinman, A. (2010). Four social theories for global health. *Lancet*, 375(9725), 1518–1519. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60646-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60646-0)

Kleinman, A. (2012). The art of medicine. Culture, bereavement, and psychiatry. *The Lancet*, 379(9816), 608–609. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60258-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60258-X)

Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (2006). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Focus*, 4(1), 140–149. <https://doi.org/10.1176/foc.4.1.140>

Kramer, H., & Shoham, D. (2019). The millennial physician and the obesity epidemic: A tale of sugar-sweetened beverages. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 14(1), 4–6. <https://doi.org/10.2215/CJN.13851118>

Krieger, N. (2014). Discrimination and health inequities. *International Journal of Health Services*, 44(4), 643–710. <https://doi.org/10.2190/HS.44.4.b>

Kumanyika, S. (2019). Overcoming Inequities in Obesity: What Don't We Know That We Need to Know? *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education.*, 46(5), 721–727. <https://doi.org/10.1177/1090198119867319>

- Lake, A., & Midgley, J. (2010). Food Policy and Food Governance - Changing Behaviours. In A. Lake, T. Townsend, & S. Alvanides (Eds.), *Obesogenic Environments. Complexities, Perceptions and Objective Measures*. (pp. 165–182). Blackwell Publishing Ltd.
- Lake, A., & Townshend, T. (2006). Obesogenic environments: Exploring the built and food environments. *Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6), 262–267. <https://doi.org/10.1177/1466424006070487>
- Laurier, E. (1999). Talking about cigarettes: Conversational narratives of health and illness. *Health*, 3(2), 189–207. <https://doi.org/10.1177/136345939900300204>
- Levant, R. F., Wimer, D. J., & Williams, C. M. (2011). An Evaluation of the Health Behavior Inventory-20 (HBI-20) and Its Relationships to Masculinity and Attitudes Towards Seeking Psychological Help Among College Men. *Psychology of Men and Masculinity*, 12(1), 26–41. <https://doi.org/10.1037/a0021014>
- Levasseur, P. (2019). Implementing a regression discontinuity design to explore the heterogeneous effects of obesity on labour income: the case of Mexico. *Journal of Public Health (Germany)*, 27(1), 89–101. <https://doi.org/10.1007/s10389-018-0925-5>
- Levin-Rozalis, M., Bar-On, N., & Hartaf, H. (2003). The Structuring Process of the Social Representation of Violence in Abusive Men. *Culture and Psychology*, 9(4), 361–382. <https://doi.org/10.1177/1354067X0394003>
- Levine, J. A. (2011). Poverty and obesity in the U.S. *Diabetes*, 60(11), 2667–2668. <https://doi.org/10.2337/db11-1118>
- Lifshitz, F., & Lifshitz, J. Z. (2014). Globesity: The root causes of the obesity epidemic in the USA and now worldwide. *Pediatric Endocrinology Reviews*, 12(1), 17–34.
- López Hernández, J. R., & Teodoro Méndez, J. M. (2006). La Cosmovisión Indígena Tzotzil

Y Tzeltal a Través De La Relación Salud- Enfermedad En El Contexto De La Medicina Tradicional Indígena. *Ra Ximhai*, 2(1), 15–26.
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rxm/article/view/6860>

Lukito, W., & Wahlqvist Adelaide, M. L. (2006). Weight management in transitional economies: the “double burden of disease” dilemma. In *Asia Pac J Clin Nutr* (Vol. 15).

Lyons, A. C. (2000). Examining media representations: benefits for health psychology. *Journal of Health Psychology*, 5(3), 349–358.
<https://doi.org/10.1177/135910530000500307>

Mackenbach, J. D., Rutter, H., Compernelle, S., Glonti, K., Oppert, J. M., Charreire, H., De Bourdeaudhuij, I., Brug, J., Nijpels, G., & Lakerveld, J. (2014). Obesogenic environments: A systematic review of the association between the physical environment and adult weight status, the SPOTLIGHT project. *BMC Public Health*, 14(1), 1–15.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-233>

MacLachlan, M. (2006). *Culture and Health. A Critical Perspective Towards Global Health*. (2nd ed.). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-06462-8>

Manderson, L., & Smith-Morris, C. (2010). Introduction: Chronicity and the Experience of Illness. In L. Manderson & C. Smith-Morris (Eds.), *Chronic conditions, fluid states: Chronicity and the anthropology of Illness*. (pp. 1–18). RUTGERS UNIVERSITY PRESS.

Marmot, M., & Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health*, 126(SUPPL.1), S4. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>

Martin, A. A., & Davidson, T. L. (2014). Human cognitive function and the obesogenic environment. *Physiology and Behavior*, 136, 185–193.
<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2014.02.062>

- Martin, P. Y., & Turner, B. A. (1986). Grounded Theory and Organizational Research. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 22(2), 141–157. <https://doi.org/10.1177/002188638602200207>
- Martínez Espinosa, A. (2017). La consolidación del ambiente obesogénico en México. *Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 27(50), 0–0. <https://doi.org/10.24836/es.v27i50.454>
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots. The narrative of structure of experience*. Cambridge University Press.
- Mattingly, C., & Garro, L. (2000a). Cultural Knowledge as Resource in Illness Narratives. Remembering through Accounts of Illness. In C. Mattingly & L. Garro (Eds.), *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. (pp. 93–114). University of California Press.
- Mattingly, C., & Garro, L. (2000b). Physician Autobiography. Narrative and the Social History of Medicine. In C. Mattingly & L. Garro (Eds.), *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. (pp. 139–165). University of California Press.
- McCabe, M. P., Mavoa, H., Ricciardelli, L. A., Schultz, J. T., Waqa, G., & Fotu, K. F. (2011). Socio-cultural agents and their impact on body image and body change strategies among adolescents in Fiji, Tonga, Tongans in New Zealand and Australia. *Obesity Reviews*, 12(SUPPL. 2), 61–67. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00922.x>
- McCombs, M. E., & Shaw, D. L. (1972). The Agenda-Setting Function of Mass Media. *Public Opinion Quarterly*, 36(2), 176. <https://doi.org/10.1086/267990>
- McCourt, H. J., Draffin, C. R., Woodside, J. V., Cardwell, C. R., Young, I. S., Hunter, S. J., Murray, L. J., Boreham, C. A., Gallagher, A. M., Neville, C. E., & McKinley, M. C. (2014). Dietary patterns and cardiovascular risk factors in adolescents and young adults: The Northern Ireland Young Hearts Project. *British Journal of Nutrition*, 112(10),

1685–1698. <https://doi.org/10.1017/S0007114514002682>

McDonald, C. M., Baylin, A., Arsenault, J. E., Mora-Plazas, M., & Villamor, E. (2009). Overweight Is More Prevalent Than Stunting and Is Associated with Socioeconomic Status, Maternal Obesity, and a Snacking Dietary Pattern in School Children from Bogotá, Colombia. *The Journal of Nutrition*, *139*(2), 370–376. <https://doi.org/10.3945/jn.108.098111>

Mellor, D., Renzaho, A., Swinburn, B., Green, J., & Richardson, B. (2012). Aspects of parenting and family functioning associated with obesity in adolescent refugees and migrants from African backgrounds living in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *36*(4), 317–324. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2012.00894.x>

Mendoza González, Z. B. (2013). La carrera del enfermo de tres sujetos triquis con enfermedades graves. *Estudios de Antropología Biológica*, *16*. <http://revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/56755>

Menendez, E. L. (1994). Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, *4*(7), 71–83.

Menendez, E. L. (2016). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región Y Sociedad*, *20*(2). <https://doi.org/10.22198/rys.2008.2.a526>

Menendez, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, *58*, 104–113. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300104&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Michalewicz, A., Pierri, C., & Ardila-Gómez, S. (2014). Del Proceso De Salud/Enfermedad/Atención Al Proceso Salud/Enfermedad/Cuidado: Elementos Para Su Conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, *XXI*, 217–224.

- Micozzi, M. S. (1986). Wellness, Illness and Disease: Prevention and Intervention. *Human Organization*, 45(4), 320–321. <http://www.jstor.org/stable/44126398>
- Micozzi, M. S. (2002). Culture, Anthropology, and the Return of “Complementary Medicine.” *Medical Anthropology Quarterly*, 16(4), 398–403. <http://www.jstor.org/stable/25487783>
- Mitchell, J. P. (2007). Ethnography. In W. Outhwaite & S. P. Turner (Eds.), *The SAGE Handbook of Social Science Methodology*. (pp. 55–66).
- Mo-suwan, L., Junjana, C., & Puetpaiboon, A. (1993). Increasing obesity in school children in a transitional society and the effect of the weight control program. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 24(3), 590–594. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7605404>
- Montemayor, C. (2000). La cosmovisión de los pueblos indígenas actuales. *Desacatos*, 5, 95–106.
- Morales García, L. I., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2018). La obesidad, un verdadero problema de salud pública persistente en México. *Of Negative & No Positive Results*, 3(8), 643–654. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.2544>
- Morse, J. M. (2007). Sampling in Grounded Theory. In Antony Bryant & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. (pp. 229–244). SAGE Publications.
- Moscovici, S. (2011). Prologo. In F. Wagner, Wolfgang; Hayes, Nicky; Flores Palacios (Ed.), *El discurso de lo cotidiano y el sentido común. La teoría de las representaciones sociales*. (pp. 1–9). anth.
- Moscovici, S., & Marková, I. (1998). Presenting Social Representations: A Conversation. *Culture & Psychology*, 4(3), 371–410. <https://doi.org/10.1177/1354067X9800400305>

- Mruck, K., & Mey, G. (2007). Grounded Theory and Reflexivity. In Antony Bryant & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. (pp. 515–538). SAGE Publications.
- Murphy, E., & Dingwall, R. (2007). The Ethics of Ethnography. In P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland, & L. Lofland (Eds.), *Handbook of Ethnography*. (pp. 339–351). SAGE Publications.
- Murray, M., Pullman, D., & Rodgers, T. H. (2003). Social representations of health and illness among “baby-boomers” in Eastern Canada. *Journal of Health Psychology*, 8(5), 485–499. <https://doi.org/10.1177/13591053030085002>
- Murray, S. (2012). Marked as ‘pathological’: ‘Fat’bodies as virtual confessors. In J. Wright & V. Harwood (Eds.), *Biopolitics and the ‘Obesity Epidemic’* (pp. 78–90). Routledge.
- Narayan, K. M. V., Boyle, J. P., Thompson, T. J., Sorensen, S. W., & Williamson, D. F. (2003). Lifetime Risk for Diabetes Mellitus in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 290(14), 1884–1890. <https://doi.org/10.1001/jama.290.14.1884>
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., Mullany, E. C., Biryukov, S., Abbafati, C., Abera, S. F., Abraham, J. P., Abu-Rmeileh, N. M. E., Achoki, T., Albuhairan, F. S., Alemu, Z. A., Alfonso, R., Ali, M. K., Ali, R., Guzman, N. A., ... Gakidou, E. (2014). 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 2013. *The Lancet*, 384(9945), 766–781. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8)
- Nielsen, S. J., Siega-Riz, A. M., & Popkin, B. M. (2002). Trends in energy intake in U.S. between 1977 and 1996: Similar shifts seen across age groups. *Obesity Research*, 10(5), 370–378. <https://doi.org/10.1038/oby.2002.51>

- Nuño-Gutiérrez, B. L., & González-Forteza, C. (2004). La representación social que orienta las decisiones paternas al afrontar el consumo de drogas de sus hijos. *Salud Pública de México*, 46(2), 123–131. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Nyquist Potter, N. (2016). Defiance, Epistemologies of Ignorance, and Giving Uptake Properly. In C. Smith-Morris (Ed.), *Diagnostic Controversy. Cultural Perspectives on Competing Knowledge in Healthcare*. (pp. 147–165). Routledge.
- OMS. (2013). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. In *Comisión sobre Determinantes de la Salud*. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- Osorio Carranza, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. (México : Instituto Nacional Indigenista : Instituto Nacional de Antropología e Historia : Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología social (ed.); Primera). CONACULTA.
- Oxman, A. D., & Guyatt, G. H. (2014). Medicine’s methodological debt to the social sciences. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 107(5), 205–208. <https://doi.org/10.1177/0141076814530837>
- PAHO. (2017). *Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322>
- Peña, M., & Bacallao, J. (2000). La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Americas. In M. Peña & J. Bacallao (Eds.), *La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública*. (pp. 3–12). Organización Panamericana de la Salud.
- Peretti, L. (2010). Las “Enfermedades Culturales”, La Etnopsiquiatría Y Los Terapeutas Tradicionales De Guatemala. *Scripta Ethnologica*, XXXII, 17–28.

- Pérez Ruiz, M. L., & Argueta Villamar, A. (2011). Saberes indígenas y dialogo intercultural. *Cultura y Representaciones Sociales*, 5(10), 31–56.
- Pohanka, M., & Fitzgerald, S. (2004). Urban sprawl and you: how sprawl adversely affects worker health. *AAOHN Journal: Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 52(6), 242–246. <https://doi.org/10.1177/216507990405200605>
- Popkin, B. M. (2001). Symposium: Obesity in Developing Countries: Biological and Ecological Factors The Nutrition Transition and Obesity in the Developing World 1. *The Journal of Nutrition*, 131(3), 871–873. <https://academic.oup.com/jn/article-abstract/131/3/871S/4687031>
- Porrás González, V. N. (2018). *Situación nutricional de la primera infancia indígena de puerto gaitán e identificación de factores de riesgo para ambientes obesogénicos*. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/69496/VibethNashiraPorrás.2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941–964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Quattrocchi, P. (2006). ¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán. *Península*, 1(2), 143–169.
- Rich, E., & Evans, J. (2005). Fat Ethics' - The Obesity Discourse and Body Politics. In *Social Theory and Health* (Vol. 3, Issue 4, pp. 341–358). Palgrave Macmillan Ltd. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700057>
- Rindell, A. (2009). A grounded Theory Approach in a Branding Context: Challenges and lessons learnt during the research process. *The Grounded Theory Review*, 8(2), 77–86.
- Rios Llamas, C. (2016). La complejidad del cuidado del cuerpo en ambientes obesogénicos

/ The Complexity of Pampering Obesogenic Environments. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 5(1), 103–111. <https://doi.org/10.37467/gka-revsocial.v5.473>

Ríos Oliveros, L. A., Quintero Romero, D. M., & Villalobos Aguayo, P. (2018). Análisis crítico de los ambientes obesogénicos que impactan en el desarrollo humano sostenible y en la vulnerabilidad familiar. In *DESIGUALDAD REGIONAL, POBREZA Y MIGRACIÓN*. (pp. 619–643). Universidad Nacional Autónoma de México y Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional A.C, Coeditores.

Rissanen, A. M. (1996). The economic and psychosocial consequences of obesity. *The Origins and Consequences of Obesity*, 194–206. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/9780470514962#page=204>

Rivero Montes, T. (2016). The patient and the narrative of suffering : the experience of care. *REVISTA CONAMED*, 21(2504), 94–99.

Rodriguez-Torres, A., & Casas-Patiño, D. (2018). Social determinants of obesity in Mexico. *Revista de Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 26(4), 281–290.

Rush, E. C., Plank, L. D., Mitchelson, E., & Lulu, M. S. (2002). Central obesity and risk for type 2 diabetes in Maori, Pacific, and European young men in New Zealand. *Food and Nutrition Bulletin*, 23(3 SUPP), 82–86. <https://doi.org/10.1177/15648265020233s116>

Sánchez Trigo, E., & Varela Vila, T. (2015). Traducción de referencias culturales en textos biomédicos sobre enfermedades neuromusculares (francés-español). *Cedille*, 11, 501–528. <https://doi.org/10.21071/ced.v11i.5603>

Sarmiento, O. L., Parra, D. C., González, S. A., González-Casanova, I., Forero, A. Y., & Garcia, J. (2014). The dual burden of malnutrition in Colombia. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 100(6), 1628S-1635S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.083816>

Schrecker, T., & Bamba, C. (2015). How Politics Makes Us Sick: Neoliberal Epidemics

(New York, NY:Palgrave Macmillan, 2015), 167 pages. ISBN: 978-1-137-46306-7. Hardcover \$110.00. In T. Schrecker & C. Bamba (Eds.), *Politics and the Life Sciences*. PALGRAVE MACMILLAN. <https://doi.org/10.1017/pls.2016.18>

Scott, H. (2009). Data Analysis: Getting conceptual. *The Grounded Theory Review*, 8(2), 89–110.

Sherman Heyl, B. (2007). Ethnographic Interviewing. In P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland, & L. Lofland (Eds.), *Handbook of Childhood and Adolescent Obesity* (pp. 369–383). SAGE Publications.

Shohet, M. (2018). Beyond the clinic? Eluding a medical diagnosis of anorexia through narrative. *Transcultural Psychiatry*, 55(4), 495–515. <https://doi.org/10.1177/1363461517722467>

Singer, M. (2012). Medical Anthropology and Public Policy. Using Research to Change the World from What It Is to What We Believe It Should Be. In M. C. Inhorn & E. A. Wentzell (Eds.), *Medical Anthropology at the Intersections*. (pp. 183–205).

Skultans, V. (1999). The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia: An Anthropological Study of Person and Illness. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 5, 127+.

Smith-Morris, C. (2010). The Chronicity of Life, the Acuteness of Diagnosis. In L. Manderson & C. Smith-Morris (Eds.), *Chronic conditions, fluid states. Chronicity and the Anthropology of Illness*. (pp. 21–37).

Sobal, J. (2003). Social and Cultural Influences on Obesity. In *International Textbook of Obesity* (pp. 305–322). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/0470846739.ch21>

Solar, O., & Irwin, A. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social*

Determinants of Health. <https://drum.lib.umd.edu/handle/1903/22760>

- Solso, R. L., & McCarthy, J. E. (1981). Prototype formation of faces: A case of pseudo-memory. *British Journal of Psychology*, 72(4), 499–503. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1981.tb01779.x>
- Stanley, L. (2007). Mass-Observation's Fieldwork Methods. In P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland, & L. Lofland (Eds.), *Handbook of Ethnography*. (pp. 92–108).
- Stival, M. (2018). Pueblos originarios, procesos de atención y salud intercultural: un estudio antropológico de las trayectorias de atención de la salud de grupos domésticos qom del barrio Los Pumitas de la ciudad de Rosario. In *Tesis Doctoral*. Universidad de Buenos Aires.
- Stunkard, A. J. (2000). Factores determinantes de la obesidad: opinión actual. In M. Peña & J. Bacallao (Eds.), *La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública*. (pp. 27–32). Organización Panamericana de la Salud.
- Swinburn, B., Egger, G., & Raza, F. (1999). Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity 1. *Preventive Medicine*, 29, 563–570. <http://www.idealibrary.comon>
- Tanumihardjo, S. A., Anderson, C., Kaufer-Horwitz, M., Bode, L., Emenaker, N. J., Haqq, A. M., Satia, J. A., Silver, H. J., & Stadler, D. D. (2007). Poverty, Obesity, and Malnutrition: An International Perspective Recognizing the Paradox. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(11), 1966–1972. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2007.08.007>
- Taylor, V. H., McIntyre, R. S., Remington, G., Levitan, R. D., Stonehocker, B., & Sharma, A. M. (2012). Beyond pharmacotherapy: Understanding the links between obesity and chronic mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(1), 5–12.

<https://doi.org/10.1177/070674371205700103>

Tehzeeb, Z., Strazdins, L., & Banwell, C. (2020). *How to fit in? South Asian Mothers and children's acculturation experiences in Australia and children's weight*. <https://doi.org/10.31124/advance.12017247.v1>

Théodore, F., Juárez-Ramírez, C., Cahuana-Hurtado, L., Blanco, I., Tolentino-Mayo, L., & Bonvecchio, A. (2014). Barreras y oportunidades para la regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a niños en México. *Salud Pública de México*, 56(2), 123–129. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000800005

Théodore, F. L., Blanco-García, I., & Juárez-Ramírez, C. (2019). ¿Por qué tomamos tanto refresco en México? Una aproximación desde la interdisciplina. *INTERdisciplina*, 7(19), 19. <https://doi.org/10.22201/ceiach.24485705e.2019.19.70286>

Timmermans, S., & Tavory, I. (2007). Advancing Ethnographic Research through Grounded Theory Practice. In Antony Bryant & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. (pp. 493–512). SAGE Publications Inc.

Toomath, R. (2016). The obesity epidemic. In *Gastroenterology and Hepatology*. Johns Hopkins University Press. <https://doi.org/10.1525/gfc.2003.3.4.97>

Torres-López, T. M., Aranzazú Munguía-Cortés, J., & Aranda-Beltrán, C. (2015). Concepciones Culturales Del Concepto Bienestar De Personas Con Enfermedades Crónicas Y Profesionales De La Salud. *Hacia La Promoción de La Salud*, 20(1), 96–110. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.1.7>

Torres, F., & Rojas, A. (2018). Obesidad y salud pública en México: transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos. *Problemas Del Desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía*, 49(193), 145–169. <https://doi.org/10.22201/ieec.20078951e.2018.193.63185>

- Townshend, T. G., Ells, L., Alvanides, S., & Lake, A. (2010). Towards Transdisciplinary Approaches to Tackle Obesity. In A. A. Lake, T. G. Townshend, & S. Alvanides (Eds.), *Obesogenic Environments. Complexities, Perceptions and Objective Measures* (pp. 215–220). Blackwell Publishing Ltd.
- Trostle, J. A. (2005). *Epidemiology and Culture*. (A. Harwood (ed.)). Cambridge University Press.
- Villaseñor Ballardo, S. javier, Rojas Malpica, C., & Berganza Champagnac, C. E. (2002). La enfermedad y la medicina en las culturas precolombinas de América: la cosmovisión nahua. *Investigación En Salud*, IV(3), 0.
- Wagner, W., & Hayes, N. (2011a). La dinámica de las Representaciones Sociales. In F. Wagner, Wolfgang; Hayes, Nicky; Flores Palacios (Ed.), *El discurso de lo cotidiano y el sentido común. La teoría de las representaciones sociales*. (pp. 143–168). Anthropos.
- Wagner, W., & Hayes, N. (2011b). Métodos en investigación de las Representaciones Sociales. In W. Wagner, N. Hayes, & F. Flores (Eds.), *El discurso de lo cotidiano y el sentido común. La teoría de las representaciones sociales*. (pp. 281–319). Anthropos.
- Waldram, J. B. (2006). The View from the Hogan: Cultural Epidemiology and the Return to Ethnography. *Transcultural Psychiatry*, 43(1), 72–85. <https://doi.org/10.1177/1363461506061758>
- Walton, J., McNulty, B. A., Nugent, A. P., Gibney, M. J., & Flynn, A. (2014). Diet, lifestyle and body weight in Irish children: Findings from Irish Universities Nutrition Alliance national surveys. *Proceedings of the Nutrition Society*, 73(2), 190–200. <https://doi.org/10.1017/S0029665114000056>
- Walvin, J. (2018). Sugar. The World Corrupted: from Slavery to Obesity. In *Sugar. The World Corrupted: from Slavery to Obesity*.

Wansink, B., & Peters, J. C. (2007). The Food Industry Role in Obesity Prevention. In *Handbook of Obesity Prevention* (pp. 193–208). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-47860-9_9

Wyatt, J., Gale, K., Gannon, S., & Davies, B. (2017). Creating a Space in Between: Collaborative Inquiries. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. (5th ed., pp. 1276–1306). SAGE Publications Ltd.

Yañez Moreno, P. (2016). *LA PENA MUDA: Sufrimiento en cuidadores de familiares con diabetes mellitus tipo 2 y amputación, en Guadalajara, Jalisco*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Occidente.