



Casa abierta al tiempo

Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco

División de Ciencias Sociales y Humanidades

Licenciatura en Sociología

Trabajo terminal:

Hacia la construcción de un concepto sociológico sobre el costo social de la
obesidad

Presenta: Luna Hernández Manuel Iván

Asesor: Profesor Jiménez Bolón Javier Enrique

Noviembre de 2019.

Índice

| | |
|--|-----|
| Introducción | 2 |
| Capítulo 1. Diagnóstico del problema eje: la obesidad | 7 |
| Capítulo 2. Elementos teóricos, históricos y conceptuales | 19 |
| Capítulo 3. Objetivos de la investigación | 29 |
| Capítulo 4. Descripción de la metodología utilizada | 32 |
| Entrevistas | 36 |
| Muestreo | 40 |
| Capítulo 5. Principales resultados obtenidos | 43 |
| Actividades cotidianas | 44 |
| Emociones | 49 |
| Relaciones sociales | 56 |
| Expectativas | 62 |
| Riesgo de otras enfermedades | 68 |
| Conclusiones | 72 |
| Lecciones aprendidas | 76 |
| Bibliografía | 78 |
| Anexos | 80 |
| Anexo 1. Guion de entrevistas a profundidad | 80 |
| Anexo 2. Transcripción de entrevista 1 (entrevista piloto) | 82 |
| Anexo 3. Transcripción de entrevista 2 | 89 |
| Anexo 4. Transcripción de entrevista 3 | 94 |
| Anexo 5. Transcripción de entrevista 4 | 100 |

Introducción

Esta investigación tiene como principal objetivo explorar si existe una relación entre la obesidad y sus consecuencias de carácter social. Se sabe que la obesidad como enfermedad es un primer piso para contraer otras afectaciones más graves como la diabetes o la hipertensión; así mismo se reconoce que el tratamiento de esta enfermedad y la pérdida de productividad que provoca, tiene un costo monetario, tanto para las personas que la padecen como para el Estado mexicano. Sin embargo, cuando se hace alusión a los millones que cuesta esta enfermedad, en ocasiones, se suele hablar de “costo social”. Esta investigación trata de dar los primeros pasos para proponer un concepto de costo social de la obesidad desde la perspectiva de la sociología, sin tratar de desplazar el que ya existe, al contrario, tratando de ampliar el panorama de estudio de un problema multifactorial como la obesidad, y que incumbe a diferentes disciplinas; es claro que esta enfermedad puede impactar desde lo económico hasta lo emocional.

Por ello, la sociología también tiene algo que decir sobre este padecimiento, y esta investigación se presenta como uno de los muchos pasos que deben dar las ciencias sociales hacia el estudio de problemas o fenómenos que hasta ahora podrían ser considerados como exclusivos de las “ciencias duras”. Tampoco quiere decir que sea el primer trabajo que se hace sobre este tema, más bien se trata de una motivación para mirar problemas que no tienen mucho protagonismo para los sociólogos, pero que tienen gran impacto en la sociedad, y deben ser de toda la incumbencia de estos científicos sociales. Ese es uno de los objetivos no escritos de esta investigación: que desde la sociología se vean los temas de salud como algo que se debe estudiar, analizar y en algún caso, que se pueda proponer una solución; si no se estudian las enfermedades y su posible impacto social, los sociólogos fallan en uno de sus principales objetos de estudios: la sociedad.

Para la investigación se utiliza la teoría del estructural funcionalismo y uno de los más reconocidos teóricos de esta corriente: Talcott Parsons; él hizo el gran aporte de entender que las enfermedades afectan a los individuos de dos formas:

biológicamente y socialmente; ahora se pueden agregar más formas, como la emocional o la económica; sin embargo, lo que se quiere mostrar es la gran validez que tiene la sociología como ciencia social para hablar de enfermedades y su impacto en los individuos. Esto llevó a plantear esta investigación como una exploración para descubrir si existen o no elementos sociales que pueden configurar o relacionarse con un costo de carácter social, entendiendo éste como las actividades cotidianas, las relaciones sociales o las expectativas de vida afectadas por una enfermedad. Se decidió estudiar la obesidad debido a la alarmante prevalencia de esta enfermedad en la población mexicana en la actualidad.

La población objetivo de la investigación son adultos con obesidad, y el muestreo utilizado fue de tipo no probabilístico; esto permite hacer dos aclaraciones, primero, que los resultados obtenidos no dejan hablar de una homogeneidad entre los elementos que podrían explicar el costo para niños, adolescentes y adultos; segundo, que los resultados no son generalizables al resto de la población que padece esta enfermedad; este informe se presenta como un primer resultado de los muchos que se deben de construir hacia la comprensión, análisis y estudio de esta enfermedad tan propagada en el país. También se debe aclarar que no se pretende crear una línea de investigación exclusivamente del costo social de la obesidad, el tema es tan amplio que se pueden aportar visiones de otros aspectos de esta enfermedad o con otra población objetivo, como pueden ser niños o personas de la tercera edad; puede decirse que la finalidad última de este estudio es poner en la mira a las enfermedades como una temática a ser estudiada por sociólogos, y así mismo, poner a la obesidad como un problema del cual la sociología tiene mucho que decir y contribuir a su atención.

En cuanto a la estructura del trabajo, éste se divide en cinco capítulos. El primero se titula: Diagnóstico del problema eje. Se aborda lo referente a la evolución de la obesidad como problema de salud pública en nuestro país. Se nota el avance de esta enfermedad en la población mexicana desde las dos últimas décadas del siglo XX hasta las primeras del XXI. En los datos recopilados se observa que el

incremento de la prevalencia de la obesidad es alarmante, sobre todo en mujeres, pues los datos que existen para ellas son desde 1988 hasta 2016, y en ese periodo de tiempo se notó un incremento de la obesidad de cerca del 290 por ciento. Esto muestra que existió un cambio en la sociedad mexicana, lo que la ha llevado a ocupar los primeros lugares de obesidad tanto infantil como en adultos.

Todos los datos de 2006 a 2016 son recopilados de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT); para el año 2000 se recurrió a la Encuesta Nacional de Salud (ENSA), y para los años anteriores se utilizó tanto la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) como la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC). Estos datos sirven como justificación para hablar del tema; si se quiere conocer la existencia de elementos que permitan hablar de costo social desde la perspectiva sociológica, primero se debe admitir que hay un problema o una enfermedad por la que se dan los costos, y ésta es la obesidad, que mantiene ocupado al Estado; desde que México ocupa los primeros lugares de obesidad (infantil y de adultos) las acciones institucionales tienen como principal objetivo estudiar este problema.

El segundo capítulo se llama: Elementos teóricos. Como se mencionó, los elementos teóricos que se usan para esta investigación provienen esencialmente de la teoría estructural funcionalista, esta teoría se centra en los individuos y sus funciones; el estudio de la enfermedad supone que hay una limitación para realizar las funciones que corresponden a cada individuo.

De esta teoría se ocupan categorías que permitan acercarse a la identificación de elementos que pueden intervenir en el concepto de costo social de la obesidad. La primera categoría es actividades cotidianas, se considera que las enfermedades son una limitante para que el individuo las realice, y son una categoría proveniente del ámbito social que permitiría explicar el costo. La segunda categoría es las emociones, una enfermedad no puede estar dissociada de emociones, sean estas positivas o negativas; la obesidad es una enfermedad que acarrea emociones negativas y se considera que éstas intervienen en la conceptualización del costo social para una persona obesa.

La tercera categoría teórica sobre la que gira el trabajo es relaciones sociales, puesto que se pretende llegar a proponer otro concepto de costo social (sin desechar el que ya existe), uno de los aspectos básicos para lograrlo es estudiar si la obesidad tiene un impacto sobre las relaciones que el individuo entabla con otros, y si existe el impacto, descubrir de qué manera se da la transformación de las relaciones, para bien o para mal. La cuarta categoría es: expectativas. Éstas se transforman cuando se presenta una enfermedad, el individuo ve distorsionados los planes que tenía para el futuro, o incluso vislumbra un porvenir en el que sus enfermedades son más graves y tiene más problemas en el ambiente familiar, laboral o simplemente social. Este cambio para mal de las expectativas también es un elemento que permitiría explicar el costo social.

La última categoría es la del riesgo de otras enfermedades, no solo se trata de tener obesidad, ésta acarrea otras enfermedades o la incertidumbre de poder tenerlas; esta categoría explica si los individuos tienen otras enfermedades o son propensos a tenerlas. En cualquier caso, se debe considerar que esto es consecuencia de la obesidad y esto permite hablar de un costo.

El tercer capítulo está titulado: Objetivos de investigación. En este se hace una breve explicación de cómo se plantearon los objetivos y las categorías teóricas que fueron el sustento para redactarlos, las categorías teóricas que explican los objetivos son las anteriormente mencionadas. Se hace un pequeño repaso a las variables relacionadas con cada categoría, al hablar de emociones, algunas variables son el miedo y la ansiedad, y esto se encuentra plasmado en el tercer capítulo. El cuarto capítulo lleva por nombre: Descripción breve de la metodología utilizada. Aquí se hace un repaso por todo lo relacionado a la metodología. Qué se usa para esta investigación, desde el enfoque, las técnicas, los instrumentos de recolección de la información, el tamaño de la muestra y el tipo de muestreo utilizado.

El último capítulo se llama: "Resultados obtenidos". En este se presentan los resultados obtenidos del trabajo empírico, mediante un análisis que involucra lo teórico y lo discursivo; se presentan cinco apartados, en el primero se aborda lo

referente a las actividades cotidianas, el segundo brinda una explicación sobre las emociones, el tercer apartado está dedicado a las relaciones sociales, en el cuarto se habla sobre las expectativas y en el quinto se aborda lo referente al riesgo de tener otras enfermedades. En todos los apartados la explicación está relacionada con la obesidad y su impacto en todos los ámbitos mencionados.

Se concluye este informe con la presentación de las conclusiones, un apartado llamado: lecciones aprendidas, y los anexos. En este último se incluyen la guía para entrevistas a profundidad y la transcripción de las cuatro entrevistas que se realizaron.

Capítulo 1. Diagnóstico del problema eje: la obesidad

La norma oficial mexicana para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad (NOM-008) define a la obesidad como “la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo” (Secretaría de Salud, 2017). Al sobrepeso lo refiere como “la condición de aumento de masa corporal a expensas de la acumulación excesiva de grasa, que supone un riesgo para la obesidad” (Secretaría de Salud, 2017). Solo la primera es considerada como una enfermedad y como un gran problema de salud pública; la obesidad “es el principal factor de riesgo de discapacidad y muerte para los mexicanos” (IMCO Staff, 2016). Además “genera altas pérdidas económicas y reduce la competitividad del país” (IMCO Staff, 2016). Estas son algunas de las razones por las que se considera que la obesidad, actualmente, es uno de los principales problemas de salud pública de la población mexicana. En esta investigación, no se estudia el aspecto económico de la obesidad; se analizan las afectaciones que esta enfermedad tiene a nivel exclusivamente social para los individuos. A continuación se presenta la evolución en cifras de esta enfermedad en el país.

El problema del sobrepeso y la obesidad en México no es reciente; si bien en la segunda década del siglo XXI se ha incrementado la prevalencia de personas con estas condiciones, lo cierto es que por lo menos desde 1988 han habido incrementos significativos en el porcentaje de la población que es afectada por alguno de estos dos padecimientos; se ha ubicado como uno de los problemas más relevantes de salud pública en el país. Esto es tan evidente que a partir del año 2000 se comenzó a realizar la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), con la finalidad de “generar un panorama estadístico sobre la frecuencia, distribución y tendencia de las condiciones de salud y nutrición y sus determinantes en los ámbitos nacional, regional y en las zonas urbanas y rurales” (Secretaría de Salud, 2016).

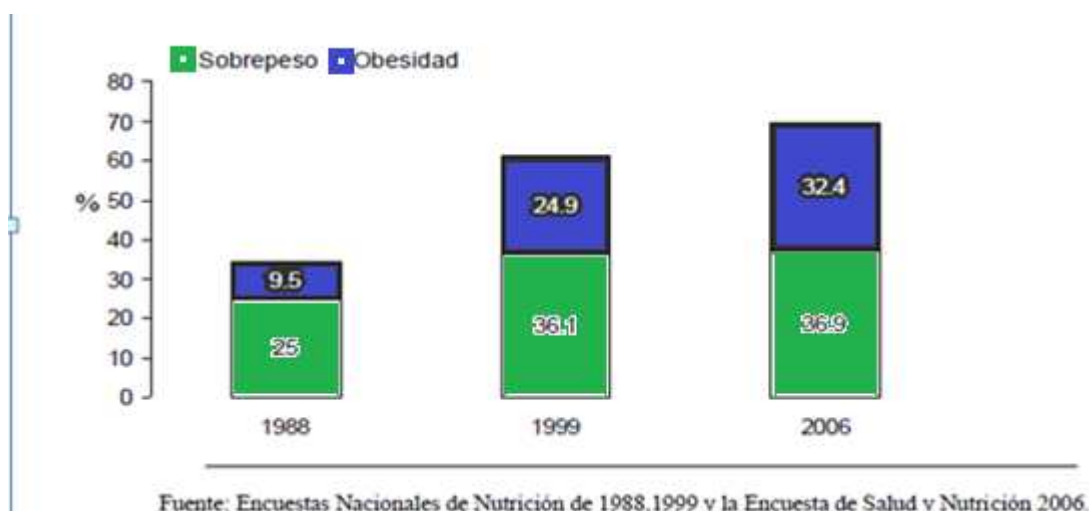
Esto no significa que solo a partir de ese año comenzó a ponerse atención en el problema de la obesidad y el sobrepeso; anteriormente también existían

investigaciones relativas al tema; es el caso de la Encuesta Nacional de Nutrición (1988, 1999) y la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (1993), cuyos objetivos eran similares a los anteriormente mencionados para la ENSANUT, es decir, brindar elementos para la comprensión de la magnitud de algunos problemas de salud como la obesidad y el sobrepeso. Todos estos estudios revelan la preocupación del Estado por conocer y dimensionar los problemas de salud que afectan a la población, así como de tener elementos para focalizar la aplicación de recursos al combate de estos padecimientos. En este apartado se describe un recorrido histórico sobre la numeralia que ayuda a clarificar cómo la obesidad y la diabetes se han convertido en enfermedades de alta prevalencia en la población y, a su vez, proporciona elementos para conocer la validez y la utilidad que tiene acercarse, desde una mirada sociológica a estos problemas que tanto afectan a la población del país.

Encuesta Nacional de Nutrición (ENN, 1988 y 1999)

La Encuesta Nacional de Nutrición tuvo como objetivo cuantificar las prevalencias de desnutrición, de deficiencias de micronutrientes y de mala nutrición por exceso y de sus determinantes en diversos grupos de edad a nivel nacional, para cuatro regiones y para estratos urbano y rural del país. Estudiar tendencias de las prevalencias y sus determinantes en el tiempo y establecer proyecciones hacia el futuro. Guiar la formulación de políticas sociales y programas de alimentación y nutrición (Secretaría de Salud, 1999). No obstante, también se recolectaron datos relativos al sobrepeso y la obesidad, aunque en menor medida. Esto puede verse como la prioridad que existía en los últimos años del siglo pasado de combatir la desnutrición, que se presentaba como uno de los problemas más graves de salud pública de aquel momento. Sin embargo, la obesidad y el sobrepeso ya hacían su aparición en el panorama nacional; de 1988 a 1999, la obesidad en mujeres de 20 a 40 años aumentó de 9.5 a 24.9 por ciento: 15.4 puntos porcentuales (pp) y el sobrepeso pasó de 25 a 36.1 por ciento (11.1 pp)¹ (CONEVAL, 2009).

Gráfica 1. Prevalencia de obesidad y sobrepeso en mujeres, en los años de 1988, 1999 y 2006



Podría entenderse que el problema primordial de salud pública que imperaba a finales de los 80 del siglo pasado era la desnutrición de la población, tanto infantil como femenil; por ello, los objetivos de las ENN (encuestas nacionales de nutrición) era conocer el panorama de ese padecimiento. A pesar de esto, el sobrepeso y la obesidad ya se presentaban como una característica de la población mexicana, aunque en baja medida, pues solo el 9.5 por ciento de las mujeres de entre 20 y 40 años la padecía (obesidad). Sin embargo, el incremento de 15 puntos porcentuales para obesidad y 11 para sobrepeso en 11 años (de 1988 a 1999) hace pensar que a partir de ese periodo de tiempo el problema del sobrepeso y la obesidad en lugar de disminuir se incrementó y se perfiló como el principal problema de salud pública del siglo XXI en México.

Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC, 1993)

¹ Estos datos representan a la población femenina del país, puesto que la ENN recogía datos teniendo como población objetivo a mujeres y escolares, pero no incluía datos de hombres.

La ENEC constituyó una encuesta probabilística en sujetos de 20 a 69 años de edad, residentes en localidades urbanas de más de 2,500 habitantes; se levantó entre 1992 y 1993. Los objetivos de esta encuesta fueron calcular las prevalencias nacionales y regionales de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, e identificar los padecimientos crónicos asociados a dichas enfermedades, entre ellos la obesidad (García, 2010, pág. 21)

Tabla 1. Porcentaje de personas con obesidad por rango de edad

| Grupos de edad | Mujeres (%) | Hombres (%) | Personas con obesidad (%) |
|-----------------------|--------------------|--------------------|----------------------------------|
| 20-29 | 12.81 | 9.14 | 21.95 |
| 30-39 | 25.27 | 15.44 | 40.71 |
| 40-49 | 35.06 | 22.75 | 57.81 |
| 50-59 | 42.28 | 20.37 | 62.65 |
| 60-69 | 33.73 | 18.16 | 51.89 |

Fuente: ENEC 1993.

En la tabla 1, se observa que en el intervalo de edad de 50 a 59 años, es donde hay un mayor porcentaje total de personas afectadas por la obesidad. Mientras que en el rango de 20 a 29 años es donde existe un menor porcentaje de personas con obesidad. Otro dato que hay que resaltar es que conforme avanza la edad se incrementan los porcentajes totales de obesidad, excepto en el último rango de edad, que va de los 60 a los 69 años, en el que existe una disminución del porcentaje total.

También hay que notar que en todos los rangos de edad, el sexo femenino es el que tienen un mayor porcentaje de obesidad; lo cual comenzaba a perfilar el

hecho de que las mujeres siempre han superado a los hombres en los porcentajes que refieren a la obesidad.

Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000)

La Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) retomó los temas más relevantes de las encuestas nacionales realizadas hasta 1998 (y que requerían de actualización) e incorpora nuevas áreas de interés, tales como la prevalencia, distribución y características de la discapacidad en la población mexicana y la evaluación de algunos programas de salud pública a nivel poblacional. Esta primera encuesta nacional marcó un momento histórico para la salud pública de México pues el país contó por primera vez con información oportuna y confiable sobre aquellas condiciones sanitarias que son recogidas de manera idónea mediante el uso de encuestas (Secretaría de Salud, 2000).

Los datos que se recolectaron con esta encuesta tienen un tratamiento especial hacia enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, no obstante, sí se retoman datos referentes al sobrepeso y la obesidad, los datos presentados por la ENSA revelan que:

Casi dos terceras partes de la población presentaron un índice de masa corporal (IMC) por arriba de lo normal. La obesidad (más de 30 kg/m²) fue diagnosticada en 23.7% de los casos; el sobrepeso (entre 25 y 29.9 kg/m²) lo fue en 38.4%. El 36.2% tuvo un índice de masa corporal ideal (entre 18.5 y 24.9 kg/m²) y 1.8% tuvieron lo considerado como bajo peso (menos de 18.5 kg/m²) (Secretaría de Salud, 2000).

Los porcentajes relacionados con el sobrepeso y obesidad de las personas superan por mucho al porcentaje de bajo peso, y solo el porcentaje de personas con sobrepeso logró superar el porcentaje de las personas con un peso ideal, mientras que éste último superó al porcentaje de obesidad por 12.5 puntos porcentuales (pp). A pesar de ello, los porcentajes de sobrepeso y obesidad parecen distantes de los que se encuentran plasmados en la ENN de 1988, por lo menos en el caso de las mujeres; para ese año el porcentaje de mujeres era de 9.5, mientras que en el 2000 fue de 28.1 en el caso de la obesidad. El problema creció más de tres veces en un periodo de doce años.

Los datos anteriores indican que en el 2000 existían alrededor de 30 millones de adultos en México con sobrepeso u obesidad, de ellos, 18.5 millones de adultos con sobrepeso, y 11.4 millones con obesidad. La prevalencia de obesidad fue casi 50% mayor en las mujeres (28.1%), comparada con la de los hombres (18.6%). En contraste, la prevalencia de sobrepeso fue discretamente mayor en el sexo masculino (40.9 vs 36.1%) (Secretaría de Salud, 2000).

Considerando que en el año 2000 había 98 millones de mexicanos, se puede calcular que alrededor del 32 por ciento de los mexicanos tenía un problema de sobrepeso y obesidad. También se observa una tendencia en la que los hombres tienen un mayor porcentaje en el rubro de sobrepeso y las mujeres superan a los hombres en el porcentaje de obesidad. Sin embargo, ambos sexos presentan un gran porcentaje de individuos con sobrepeso y obesidad, padecimientos que ya se colocaban como grandes problemas de salud pública en México. Tener casi un tercio de la población afectadas, significaba ya un gran problema de interés nacional.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006)

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006) tuvo como característica sobresaliente el levantamiento de información que permitirá el análisis de los resultados relacionados con la salud de la población beneficiaria de programas sociales como el Seguro Popular y Oportunidades, que han sido elementos fundamentales del apoyo gubernamental para la cobertura universal y para la protección contra un mayor empobrecimiento por enfermedad y carencia de servicios sanitarios (Secretaría de Salud, 2006).

Así mismo,

La ENSANUT unifica el contenido de las encuestas de nutrición y de salud, creando una base de datos sin precedentes, la cual permite abordar tanto los problemas de desnutrición y de rezago epidemiológico, que afectan especialmente a la población más marginada, como los problemas derivados de la transición epidemiológica y nutricional, principales retos de salud pública actualmente (Secretaría de Salud, 2006).

Con este tipo de estudios se abrió la puerta a nuevas posibilidades para conocer padecimientos como la desnutrición y la obesidad; la ENSANUT combinó los mejores rasgos de sus antecesoras (ENN y ENSA) ya que recogió datos tanto de hombres como mujeres y escolares, además de adolescentes; también permitió incluir datos de sobrepeso y obesidad que en la ENSA no estaban presentes. Pero manteniendo el conocimiento de otros rubros como los niveles de colesterol:

La ENSANUT continúa tareas de gran escala que se incorporaron en ENSA 2000, como la toma de muestras biológicas para obtener datos sobre concentración de glucosa y colesterol en sangre, prevalencia de contactos con diferentes agentes virales y protección inmunológica generada por los programas de vacunación, así como para la conformación de un banco de muestras biológicas, a partir del cual se trabaja en la identificación de factores biológicos asociados a los grandes retos de salud en México, como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas (Secretaría de Salud, 2006).

Los resultados arrojados por la ENSANUT del año 2006 demostraron que:

En el ámbito nacional, la prevalencia de sobrepeso fue más alta en hombres (42.5%) que en mujeres (37.4%, 5 pp mayor); en cambio, la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34.5%) que en hombres (24.2%, 10 pp mayor). Al sumar las prevalencias de sobrepeso y de obesidad, 71.9% de las mujeres mayores de 20 años de edad (alrededor de 24 910 507 mujeres en todo el país) y 66.7% de los hombres (representativos de 16 231 820 hombres) tienen prevalencias combinadas de sobrepeso u obesidad. La prevalencia de desnutrición en ambos sexos fue menor a 2% (Secretaría de Salud, 2006).

Estos datos demuestran algunos aspectos relevantes, por ejemplo, mientras que los hombres son los más propensos a tener sobrepeso con las mujeres esa propensión se inclina hacia la obesidad. En segundo lugar, al comparar los datos con los de 1988, 1999 y 2000, se puede notar que desde 1988 hasta 2006, en mujeres, el incremento del porcentaje de sobrepeso es de 12.4 puntos porcentuales; en el caso de la obesidad, el incremento de 1988 a 2006 (también en mujeres) es de 25 puntos porcentuales.

Para el caso de los hombres, solo es posible medir el incremento desde el año 2000 hasta el 2006, puesto que las ENN no retomaron datos de hombres en los

rubros de sobrepeso y obesidad. Sin embargo, se puede notar que el sobrepeso se incrementó en 1.6 puntos porcentuales (pp), y la obesidad creció en 5.6 puntos porcentuales (pp). Todos estos datos demuestran que el problema del sobrepeso y la obesidad no ha disminuido, y al contrario, ha ido tomando fuerza hasta consolidarse en un serio problema de salud pública, que si bien parece que en ese periodo de tiempo (principalmente en el caso de los hombres) ha crecido poco, esta tendencia no exenta la gravedad de ambos padecimientos.

Como último dato relevante que se debe resaltar, es el contraste que existe para las personas adultas entre los datos de sobrepeso y obesidad con los datos de desnutrición: la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad para mujeres es de 71.9 por ciento y para hombres de 66.7 por ciento, mientras que para ambos sexos la prevalencia de desnutrición es menor a 2 por ciento (Secretaría de Salud, 2006). Esto demuestra que por lo menos en el caso de los adultos, el problema de la desnutrición es algo que ha sido eliminado casi por completo, pero en escena ha aparecido otro problema que por ahora acapara la atención nacional en cuanto al tema de la salud.

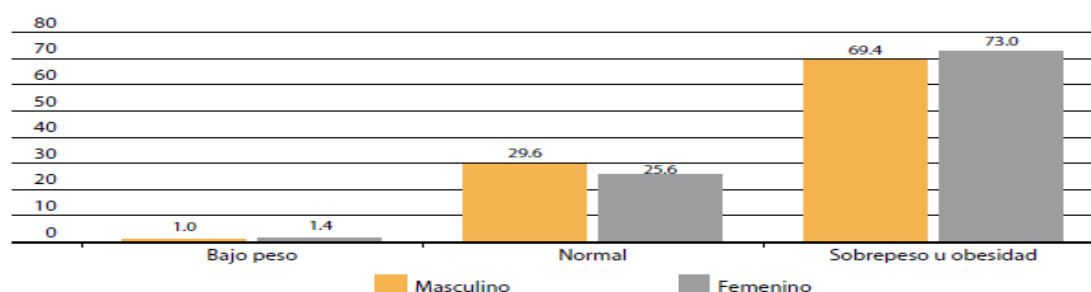
Para el año 2006, la ENSANUT declaraba que “el aumento en la prevalencia de obesidad en los últimos siete años en México es alarmante, ya que ocurre en todos los grupos de edad. Es urgente aplicar estrategias y programas dirigidos a la prevención y control de la obesidad del niño, el adolescente y el adulto” (Secretaría de Salud, 2006). Hoy en día, el problema se ha incrementado y parece que es un mal que ocupará al Estado y sus medios disponibles por un largo tiempo.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012)

La ENSANUT del 2012, tuvo una cobertura por entidad federativa y que incluyó a la totalidad de los grupos de edad, significó la existencia de información sobre el estado de nutrición y sus determinantes durante casi un cuarto de siglo. La información presentada en esta encuesta permitió examinar las tendencias de 1988 a 2012 de la mala nutrición, tanto por deficiencia como por exceso, sus determinantes y la cobertura y calidad de los programas y servicios de alimentación y nutrición en el ámbito nacional, lo que constituyó

un importante insumo para la conformación del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, particularmente en lo que concierne a las políticas de alimentación, nutrición, salud y desarrollo social (Secretaría de Salud, 2012).

Gráfica 2. Prevalencias de obesidad y sobrepeso por sexo



Fuente: ENSANUT 2012

En la Gráfica 2 se muestran las prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad en hombres y mujeres adultos (20 años y más). El 73 por ciento de las mujeres en ese rango de edad presentaba un problema de sobrepeso u obesidad; en tanto que la prevalencia en hombres era del 69.4 por ciento. Estos porcentajes son bastante elevados en comparación con los datos de personas adultas con peso normal; en mujeres, la diferencia porcentual de entre las que tienen un peso normal y las que tienen sobrepeso y obesidad es de 47.4 puntos porcentuales (pp). En hombres, la diferencia es de 39.8 puntos porcentuales (pp). También se debe destacar la enorme diferencia entre los porcentajes de sobrepeso y obesidad respecto a los de bajo peso, lo cual comprueba la tendencia que ya se vislumbraba en encuestas anteriores, respecto al problema de la desnutrición, el cual ya ha sido prácticamente erradicado (por lo menos en el caso de los adultos).

Otro aspecto que puede observarse en los datos de la prevalencia combinada de sobrepeso u obesidad ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) es mayor en las mujeres (73.0 por ciento) que en los hombres (69.4 por ciento), y que la prevalencia de obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) es más alta en el sexo femenino que en el masculino (Secretaría de Salud, 2012). Esto también está en concordancia con los datos del 2006, donde las

mujeres eran un porcentaje más elevado en el rubro de obesidad, mientras que los hombres lo eran en el rubro de sobrepeso.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2016).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016) fue comisionada por la Secretaría de Salud para generar un panorama estadístico sobre la frecuencia, distribución y tendencia de las condiciones de salud y nutrición y sus determinantes en los ámbitos nacional, regional y en las zonas urbanas y rurales del país. Un segundo propósito fue “obtener información sobre la respuesta social organizada, principalmente sobre el desempeño del sector salud, con énfasis en la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes” (Secretaría de Salud, 2016). Así, además de brindar información sobre el estado de salud de la población, esta encuesta también buscó vislumbrar el impacto de algunas estrategias de gobierno, que se habían puesto en marcha en años anteriores.

Los resultados producidos por la ENSANUT MC muestran que:

En adultos de 20 o más años de edad la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 71.2% (IC95% 70.5, 72.1) en la ENSANUT 2012 y de 72.5% (IC95% 70.8, 74.3) en la ENSANUT MC 2016. Esta diferencia de 1.3 puntos porcentuales no fue estadísticamente significativa. Al categorizar por sexo en la ENSANUT MC 2016, se observa que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad (IMC ≥ 25 kg/m²) es mayor en las mujeres (75.6%, IC 95% 73.5, 77.5) que en los hombres (69.4%, IC 95% 65.9, 72.6); y que la prevalencia de obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) es también más alta en el sexo femenino (38.6%, IC 95% 36.1, 41.2) que en el masculino (27.7%, IC95% 23.7, 32.1). Asimismo, la categoría de obesidad mórbida (IMC ≥ 40.0 kg/m²) es 2.4 veces más alta en mujeres que en hombres (Secretaría de Salud, 2016).

Se considera que el aumento en las prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad no fue significativo para el periodo de 2012-2016; es decir, en cuatro años el incremento en el porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad fue

muy bajo. También se puede notar que la prevalencia de obesidad y obesidad mórbida (variable incorporada a partir de esta encuesta) es mayor en las mujeres.

Otros resultados indican que:

Como ya se mencionó, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad para la totalidad de los adultos (sin desagregar por sexo) no tuvo diferencias estadísticamente significativas entre el año 2012 (71.2%, IC 95% 70.5, 72.1) y el año 2016 (72.5%, IC 95% 70.8, 74.3). En el caso de las mujeres de 20 a 49 años de edad, es posible evaluar las tendencias durante un periodo de 28 años (1988 a 2016). Durante este período, la prevalencia de sobrepeso incrementó 42.4% y la prevalencia de obesidad 290.5%. Aunque la prevalencia de sobrepeso se mantuvo entre el año 2012 y 2016, la prevalencia de obesidad aumentó 5.4% (Secretaría de Salud, 2016).

El dato más alarmante que se presenta, es el crecimiento de la prevalencia de obesidad en mujeres en un 290 por ciento en 28 años; esto habla del gran crecimiento que ha tenido en los últimos años del siglo XX y las primeras décadas del XXI, hasta consolidarse como el más grande problema de salud pública del país. Así, se puede concluir que a partir de 1988 el sobrepeso y la obesidad ha ido aumentando a ritmos constantes aunque no escandalosos, sin embargo sí se ha colocado como uno de los padecimientos que más afectan a la sociedad mexicana, y al parecer nada indica que esto vaya a disminuir en los próximos años.

Ahora, después de hacer un largo recorrido por las cifras que sustentan a la obesidad como un problema de salud pública, y sobre cuál ha sido su evolución desde las últimas dos décadas del siglo pasado, se debe comenzar a explicar por qué la obesidad es un problema social, y cuáles son los principales motivos para elaborar esta investigación. Sin lugar a dudas una respuesta rápida y un poco simplificada podría decir que la obesidad es un problema social porque afecta al individuo para trabajar y por supuesto, también afecta su imagen o apariencia y la impresión que da a los individuos con los que se relaciona. Sin embargo, hay aspectos que habría que desentrañar para poder hablar de la obesidad como un problema no solo de salud pública, sino fundamentalmente social.

El que se ausente de su empleo una persona obesa y que se le deja de pagar son consecuencias en parte económicas, en el largo plazo; y, a nivel macroeconómico se puede hablar de un impacto en el PIB del país, por la mano de obra que se encuentra imposibilitada para producir y ser un sujeto de provecho para la economía, debido a la obesidad. El que no se adapte a estándares de belleza previamente definidos por los individuos puede ser considerada una implicación estética, pero simplemente banal ante otro tipo de afectaciones que tiene el individuo.

Se plantea el pensar que es un problema social, en tanto que el individuo obeso se encuentra incapacitado para cumplir algunas funciones, realizar actividades cotidianas o porque corre el riesgo de tener otras enfermedades más graves (como la diabetes o hipertensión); así mismo, puede verse limitado en sus relaciones con otros individuos no en el sentido de ser atractivo o no, sino en un sentido más emocional, en el que se limita a entablar relaciones con otros, o estas se ven afectadas por el miedo a ser rechazado o por la segregación de la que puede ser víctima. Todos estos factores, se presentan como costos que el individuo tiene debido a su condición de obeso, en ese sentido, es importante indagar si para las personas obesas realmente son importantes estos factores (u otros que no se han mencionado) y para ello se plantea la siguiente interrogante sobre la que versa este trabajo:

Pregunta de investigación: ¿cuáles factores sociológicos explican el costo social de la obesidad?

Y con este cuestionamiento se propone dar una aproximación a las especificidades al hablar de un costo plenamente social (alejado de la óptica económica y estética) cuyo principal sustento sea la investigación sociológica.

Capítulo 2. Elementos teóricos, históricos y conceptuales

Una primera aproximación a la construcción de la respuesta teórica a la pregunta de investigación puede identificarse en la corriente sociológica del estructural funcionalismo, la cual establece entre otras cosas que “la sociedad necesita tener un conjunto compartido y articulado de metas” (Ritzer, 2010, pág. 115). En este sentido, se concibe a los individuos relacionados entre sí y cumpliendo ciertas tareas que no solo benefician individualmente, sino que ayudan a la sociedad en conjunto. Así, “la sociedad necesita la socialización de sus nuevos miembros para sobrevivir” (Ritzer, 2010, pág. 115); a los nuevos individuos se les deben enseñar las normas y reglas imperantes de un momento histórico dado, lo que ayuda a mantener el equilibrio del sistema social.

En esta teoría, el análisis de la enfermedad surge de la manera en como ésta afecta las funciones del individuo, entendiendo como función a un “conjunto de actividades dirigidas hacia la satisfacción de una o varias necesidades del sistema (social)” (Ritzer, 2010, pág. 117). Así, la enfermedad interfiere con las actividades que los individuos deben realizar, y para las cuales fueron socializados, y así mismo afecta el equilibrio del sistema social, entendiendo este como

[...] una pluralidad de actores individuales que interactúan entre sí en una situación que tiene, al menos, un aspecto físico o de medio ambiente, actores motivados por una tendencia a “obtener un óptimo de gratificación” y cuyas relaciones con sus situaciones –incluyendo a los demás actores– están mediadas y definidas por un sistema de símbolos culturalmente estructurados y compartidos (Parsons, S/F, pág. 7).

Si se reduce este planteamiento a términos más simples, se puede decir que la pluralidad de actores son todos los individuos que conforman la sociedad; el medio ambiente o los aspectos físicos son los distintos ámbitos en que se desarrollan, el óptimo de gratificación es la recompensa que se recibe al cumplir íntegramente las actividades encomendadas (el salario, por ejemplo), y por último, los símbolos que han aprendido al ser socializados y de allí que este proceso sea tan importante.

De este modo, la enfermedad se presenta como un elemento que altera el equilibrio del sistema social, en tanto que propicia que los individuos dejen de cumplir con sus funciones en el medio (o medios) ambiente en que se desarrollan,

así como en la obstrucción de la gratificación que el individuo busca dentro del sistema social (el salario, en el caso de un trabajador).

Uno de los referentes de esta corriente sociológica (estructural funcionalismo) es Talcott Parsons quien hizo un valioso aporte a la sociología con conceptos como “rol” y “estatus”; además, contribuyó al estudio del campo de la salud y la enfermedad y los roles que se relacionan con éstas; en una de sus obras (*El sistema social*) aborda la práctica de la medicina moderna y las implicaciones que ésta tiene para el desarrollo y buen funcionamiento de la sociedad, en el sentido de percibir a las enfermedades como un factor que limita a los individuos y de este modo limita la realización plena de las funciones para las que fueron socializados.

Parsons se acerca a la práctica médica desde diversas ópticas; la primera es la de los individuos, es decir, el médico y el enfermo; para ambos, la enfermedad y la salud representan aspectos distintos de un mismo proceso. Mientras para el primero representa su razón de ser del sistema social, para el segundo representa la potencial desviación de sus roles. En otras palabras, el médico tiene la responsabilidad de cumplir con el rol encargado de brindar atención al enfermo y prevenir enfermedades, por ello, la enfermedad se presenta como una razón de existir para él. El enfermo (cuando no se trata de un médico que hasta ellos se encuentran en riesgo de padecer enfermedades) concibe en la enfermedad una manera de ver afectadas sus actividades, y por tanto, la enfermedad es un riesgo de desviación de roles.

La otra mirada de Parsons sobre la salud y la enfermedad es la del desglose de los roles antes mencionados; desde esa parte hace un recorrido sobre lo que concierne al médico y al paciente cuando se encuentran en el sistema social, pues para el médico es imprescindible, por ejemplo, mantener una neutralidad afectiva con respecto a sus pacientes, mientras que para estos, la principal actividad debería ser la colaboración con el médico para la detección y mejor tratamiento de las enfermedades. Para esta investigación solo se retomó la primera óptica de los pacientes; se planteó saber qué consecuencias sociales tiene una enfermedad para ellos.

El planteamiento de Parsons se complementó con otras posturas teóricas, como la de Georges Canguilhem; este autor pertenece al estudio de la medicina social, sin embargo hace valiosas aportaciones que pueden ayudar a cubrir el espacio sin trabajar que han dejado los sociólogos. Ambos autores han hecho aportaciones sobre las afectaciones que pueden tener las enfermedades para los individuos, y por ello es pertinente revisar lo que tienen que decir cuando se plantea brindar elementos que contribuyan a la construcción del concepto de “costo social de la obesidad”. Canguilhem hace una revisión crítica de varios conceptos que se deben repensar, o por lo menos no tomar a la ligera, sobre todo cuando se habla de la salud y la enfermedad.

Para Parsons, la práctica médica se orienta a superar las alteraciones de “salud” del individuo, es decir, la “enfermedad” (Parsons, S/F, pág. 276). Se puede vislumbrar que para este autor la enfermedad representa una alteración del equilibrio biológico del individuo, pero no solo en lo biológico sino también en lo social, pues dichas alteraciones también suponen alteraciones en los aspectos sociales. Por ello, la “salud se encuentra íntimamente implicada en los prerequisites funcionales del sistema social” (Parsons, S/F, pág. 276). Si no existe la salud es difícil que el sistema social mantenga un estado de equilibrio funcional. Así:

[...] la salud, casi por definición, está dentro de las necesidades funcionales del miembro individual de la sociedad, hasta el extremo de que, desde el punto de vista del funcionamiento del sistema social, un nivel general demasiado bajo de salud (o un nivel demasiado alto de enfermedad) es disfuncional (Parsons, S/F, pág. 276).

En este sentido, “la enfermedad incapacita para desempeñar efectivamente los roles sociales” (Parsons, S/F, pág. 276). Es así que el individuo se encuentra incapacitado para cumplir sus funciones cotidianas cuando está enfermo. En los diferentes subsistemas en que se desarrolla deja de cumplir con las tareas asignadas a su rol, por ejemplo: el profesor deja de dar clases, o lo hacen con menor ánimo, y el constructor debe interrumpir la obra mientras mejora su estado de salud.

Siguiendo a Parsons, también podemos señalar que

[...] la enfermedad es un estado de perturbación en el funcionamiento normal del individuo humano total, comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de sus ajustamientos personal y social. La enfermedad se define pues, en parte biológicamente y en parte socialmente (Parsons, S/F, pág. 277).

Así, podemos distinguir que para el autor, las enfermedades tienen implicaciones biológicas y sociales; las primeras comprenden lo individual: es el organismo el que enferma. En el segundo, son las relaciones del individuo las que se ven modificadas o afectadas y por ende también conlleva afectaciones para los que rodean al enfermo. Se puede pensar que la persona con obesidad tiene cambios biológicos como un mayor cansancio al realizar actividades físicas que antes no tenía, pero también tiene cambios sociales como el dejar de practicar un deporte de equipo o limitar su contacto con otros individuos.

Los cambios sociales que sufren las personas enfermas también se relacionan con ajustes a sus emociones; “la persona enferma se encuentra, pues, en un estado de sufrimiento o incapacidad, o ambas cosas, y enfrentándose posiblemente con el riesgo de empeorar” (Parsons, S/F, pág. 283). Para el autor la enfermedad se relaciona principalmente con emociones negativas, además de que la posibilidad de empeorar puede ir acompañada de emociones de incertidumbre ante el futuro. En este sentido, “la persona enferma está desamparada y, por ello, tiene necesidad de ayuda” (Parsons, S/F, pág. 282); la ayuda, principalmente, puede venir de los seres queridos, los cuales deben ser una especie de soporte para el enfermo; le proporcionan ayuda, pero no solo en el aspecto material (como acercarle la comida o evitar que realice esfuerzos físicos) sino también en el sentimental, cuando le dan ánimos o muestras de cariño con la intención de paliar los síntomas que la enfermedad causa al individuo.

De hecho, Parsons también refiere que

[...] la situación de enfermedad enfrenta, muy generalmente, al paciente y sus inmediatos con problemas de ajustamiento emocional. Se trata de una situación de tensión [...] el sufrimiento, el desamparo, la incapacidad y el peligro de muerte, o a veces su certeza,

constituyen perturbaciones fundamentales de las expectativas de que viven los hombres (Parsons, S/F, pág. 284).

Por lo que se puede notar que en situaciones de enfermedad los individuos se enfrentan a cambios emocionales que también impactan a los que lo rodean, por ejemplo, cuando el padre cae enfermo, también los hijos y la esposa sufren de los ajustes emocionales; pero no solo eso, también existe un ajuste de los sentimientos y de las emociones que permean el hogar (siguiendo con el ejemplo anterior) ya que puede suceder que antes de que el padre se enfermara, en su hogar existía un ambiente de tranquilidad y afectividad entre todos; al estar enfermo, el padre ajusta sus sentimientos a rabia o impotencia, y esto ocasiona que en el hogar ya no se viva el mismo ambiente de antaño, también existiría un ajustamiento emocional de los otros habitantes del hogar y se propiciaría que hubiera riñas o emociones de incertidumbre y tensión.

Así, es que existen cambios en el estilo de vida y cambios sentimentales, sin embargo, “estas cosas no pueden ser emocionalmente “aceptadas”, en general sin el acompañamiento de las tensiones que no son conocidas, y por tanto, sin ajustamientos difíciles” (Parsons, s/f, pp.). Ante la enfermedad deben existir cambios a los que los individuos (enfermos y sus familiares) deben adaptarse, pero el proceso de adaptación conlleva cambios en las emociones tanto de los individuos como cambios en las actitudes hacia los otros con los que comparten el entorno inmediato.

Por otro lado, Parsons también considera que otra de las consecuencias, “para la persona normal, que tiene la enfermedad, es que en proporción a su gravedad constituye una frustración de las expectativas de su pauta de vida normal” (Parsons, S/F, pág. 284). Por ello, se debe considerar que las enfermedades influyen en las expectativas de vida del individuo; tal vez le impida poder realizar sus actividades con normalidad en el futuro, al grado de tener que modificar los planes que ya se había trazado para el futuro, este es uno más de los factores sociales que se relacionan con la enfermedad.

Por último, de la visión de Parsons hay que recalcar que

[...] el enfermo queda separado de sus esferas normales de actividad, y de muchas de sus satisfacciones normales; frecuentemente se siente humillado por su incapacidad para funcionar normalmente; sus relaciones sociales quedan interrumpidas y dolores, y puede tener que hacer frente a serias alteraciones de sus perspectivas para el futuro; en el caso extremo, pero en absoluto infrecuente, la terminación de su vida (Parsons, S/F, pág. 285).

Ese podría ser un acercamiento sintético a la visión de Parsons sobre la enfermedad; se nota que en primera instancia hay un alejamiento del sujeto de sus actividades cotidianas y, en segunda, hay implicaciones emocionales que van de la mano cuando se contrae una enfermedad. En este caso, las emociones son primordialmente de carácter negativo; sin embargo, lo más importante a resaltar es que las enfermedades tienen implicaciones sociales para los individuos además de las obviamente biológicas. También se debe mencionar que Parsons distingue a las emociones que se relacionan con la enfermedad en dos reacciones principales, así, “en consecuencia, se puede esperar que los dos tipos predominantes de reacción sean estos: una clase de shock emocional al principio de la enfermedad y ansiedad sobre el futuro” (Parsons, S/F, pág. 284). Lo cual también debe verse como implicaciones sociales de las enfermedades.

Ahora, desde el punto de vista de Canguilhem (2005), “La enfermedad es conmoción y puesta en peligro de la existencia. Por consiguiente, la definición de la enfermedad requiere como punto de partida la noción de ser individual” (pág. 140). En este aspecto al parecer se distancia un poco de Parsons, pues el sociólogo norteamericano considera que si bien la enfermedad impacta de manera individual al organismo biológico del enfermo, también tiene repercusiones sociales, y por ende lleva a un impacto sobre las personas que rodean al enfermo. Sin embargo, no se debe subestimar los postulados de Canguilhem por afirmar que la enfermedad debe considerarse desde una óptica individual, puesto que también aporta elementos para entender cuáles son las consecuencias de una enfermedad (en el nivel individual) lo puede aportar elementos para la

comprensión del costo social de las enfermedades, pero en el plano de los sujetos enfermos y no el de los individuos que lo rodean.

En el plano individual, el autor también señala que “el individuo es el juez de esta transformación (la enfermedad) porque es él quien la padece, en el preciso momento en que se siente inferior a las tareas que la nueva situación le propone” (Canguilhem, 2005, pág. 138). Se nota que para el autor, la enfermedad se relaciona con un sentimiento de inferioridad para realizar actividades cotidianas, con lo cual, la enfermedad se presentaría como un obstáculo para los enfermos, además de que también acarrea sentimientos de inferioridad. En esto coincide con Parsons, pues ambos perciben a la enfermedad como un elemento que obstaculiza la plena realización de actividades por parte del individuo y, en este sentido, la enfermedad debe percibirse como un aspecto negativo que debe combatirse.

También es posible decir que “la enfermedad aparece cuando el organismo es modificado de manera tal que llega a reacciones catastróficas dentro del medio ambiente que le es propio” (Canguilhem, 2005, pág. 140). Cuando se hace referencia al medio ambiente que le es propio al individuo enfermo, se está hablando de las esferas de actividad más próximas a éste; y en ese sentido, se podría relacionar con lo que afirmarían Parsons, respecto que el individuo se veía imposibilitado para realizar las actividades para las que fue socializado.

En otras palabras, se puede decir que para el maestro, el medio ambiente que le es propio resulta ser la escuela y más específicamente el salón de clases; al estar enfermo debe ausentarse del aula y debe dejar de impartir clases, por lo cual el maestro enfermo ha quedado imposibilitado para realizar sus actividades normales o cotidianas y el medio ambiente que le es propio se ha modificado de manera drástica: deja de cumplir la labor de enseñar y las lecciones se interrumpen.

Siguiendo con el ejemplo anterior, se puede decir que el maestro también es padre y esposo, en ese caso, el ambiente que le es propio es el hogar y las actividades que éste le confiere también se verán afectadas por la enfermedad, y

es en ese caso cuando se puede vislumbrar que las enfermedades sí modifican el ambiente de los individuos.

Por ello “es necesario comenzar ante todo por comprender el fenómeno patológico como algo que revela una estructura individual modificada. Es necesario tener presente siempre la transformación de la personalidad del enfermo” (Canguilhem, 2005, pág. 139). En esta idea se regresa a la concepción individualista sobre la enfermedad, sin embargo aporta un elemento que hay que resaltar: la transformación de la personalidad del enfermo y de su estructura individual, al referirnos a ésta última, hacemos referencia a las actividades que deben ser normales para el individuo; y en cuanto a la personalidad esta se refiere a la emociones del enfermo, las cuales se transforman con la enfermedad, puesto que cambia su percepción de los otros, su forma de interactuar y la forma en que se integra con nuevas personas o grupos sociales. En esto también hay una coincidencia con Parsons, puesto que se habla de las limitaciones que tiene el enfermo, ya no en cuanto a las actividades, sino en la capacidad de convivir y relacionarse con otros individuos, lo que le lleva a una modificación de su personalidad de una abierta a una más retraída.

Así mismo, se puede decir que, “los síntomas patológicos son la expresión del hecho de que las relaciones entre organismo y medio ambiente que responden a la norma han sido transformadas por el cambio del organismo y de que muchas cosas que eran normales para el organismo normal ya no lo son para el organismo modificado” (Canguilhem, 2005, pág. 140). En otras palabras, la enfermedad transforma la relación del individuo con el ambiente en el que se desarrolla (esta ya fue explicada anteriormente) y prácticas anteriormente consideradas normales también se han transformado cuando se cae en una enfermedad. Así es que los individuos pueden dejar de frecuentar amigos, ya no practicar sus deportes favoritos y dejar de asistir a fiestas o reuniones; incluso puede llegar a ser peor, y las actividades que se dejen de lado sean algunas que lo animaban emocionalmente antes de tener la enfermedad, como convivir con su familia o jugar con sus hijos.

En consecuencia, esto deja “la instrumentación de nuevas normas de vida mediante una reducción del nivel de su actividad, en relación con un medio ambiente nuevo pero estrechado” (Canguilhem, 2005, pág. 141). No puede decirse que en todos los casos los enfermos renuncian a vivir, y que busquen una muerte precipitada a causa de las emociones negativas que les provoca una enfermedad, sin embargo, sí es verdad que pueden llegar a modificar los patrones de vida que hasta el momento de contraer la enfermedad habían considerado como normales, por ejemplo, las rutinas de ejercicio, despertar temprano y salir a correr, es algo que se modifica en busca de lo que Canguilhem llama “una menor actividad”, es decir, se modifican las rutinas buscando estar el mayor tiempo en un estado de inactividad o quietud, por ello es que las enfermedades también impactan a los estilos de vida de los individuos, o mejor dicho, los ajustan. También se habla de un estrechamiento del ambiente, lo que nos lleva a pensar que el individuo modifica sus esferas de acción, en los casos más graves se abandona el empleo, se deja de ver a otras personas y ya no se puede salir del hogar, por ello, éste se transforma en el ambiente que le es más propio al individuo, y es al que queda relegado mientras tenga la enfermedad.

Por último, uno de los aspectos que más recalca el autor sobre las enfermedades es que, “cuidamos más la enfermedad en la que una enfermedad corre el riesgo de precipitarnos, que la propia enfermedad actual; porque más que una complicación de la enfermedad lo que hay es una precipitación de enfermedades” (Canguilhem, 2005, pág. 145). Así, podemos decir que preocupa más que el estado de salud empeore con otra enfermedad antes que atacar a la primera que se contrajo; en el caso de esta investigación, esta idea tiene mucho valor, ya que, la obesidad como enfermedad puede acarrear otras enfermedades como la diabetes o la hipertensión, si se comprobara que los individuos se preocupan más por las futuras enfermedades que se pueden contraer que por su estado actual, este postulado teórico estaría en lo correcto al señalar que no hay preocupación por la enfermedad inicial (en este caso la obesidad) sino por las que se podrían enfrentar en el futuro, derivadas de ésta.

Sin embargo, no todo puede ser tan sencillo como olvidar o hacer caso omiso de la enfermedad primera, puesto que “cada enfermedad reduce el poder de enfrentar las otras, desgasta el aseguramiento biológico inicial sin el cual ni siquiera habría vida” (Canguilhem, 2005, pág. 152). El riesgo de contraer otras enfermedades debería ser de por sí un elemento preocupante, sin embargo, cuando no hay conciencia por parte de los individuos de su estado de salud se corre no solo el riesgo de contraer otras enfermedades, sino de morir, pues cada enfermedad merma el sistema biológico y lo hace más débil para combatir otros padecimientos futuros. En el caso de la obesidad, si no se hace conciencia del estado en que se encuentran los afectados por esta enfermedad, puede ser que al contraer otras enfermedades derivadas de la primera, las consecuencias sean más drásticas o mortales.

Capítulo 3. Objetivos de la investigación

Para dar una primera respuesta a la pregunta de investigación se indagó en distintas posturas de la teoría sociología clásica; en la mayoría de los autores

clásicos se abordaba el tema de la salud-enfermedades y las repercusiones que tienen para el individuo, sin embargo, no se profundiza; se revisó las ideas de Weber, Durkheim, Simmel, Marx y Engels, ninguno de estos autores fue más allá en el tema de la salud salvo a hacer algunas observaciones superficiales sobre los sistemas de salud, o de como la explotación capitalista tenía consecuencias en la salud de los obreros. No se trata de demeritar el gran legado teórico que dejaron estos pensadores a la sociología, solo existe una pretensión de exponer las dificultades a las que se enfrenta un sociólogo para encontrar una teoría que pueda dar una primera respuesta a una pregunta de investigación relacionada con la salud o la enfermedad.

Después se revisó la teoría del estructural funcionalismo, y a uno de sus máximos representantes: Talcott Parsons; en su libro, *El sistema social*, dedicó un capítulo entero a la revisión de los temas de la práctica médica en el siglo XX y a las afectaciones que tiene una enfermedad para los individuos; se planteó el objetivo general de la investigación como:

-Identificar la factibilidad de existencia de elementos sociológicos que pudieran configurar el costo social de la obesidad

No se pretende aseverar que existan costos sociales, sino que al ser una investigación de carácter exploratorio, primero se trata de identificar la factibilidad de hablar de un costo social desde una óptica sociológica, y sentar un precedente para futuras investigaciones. Por limitaciones de la temporalidad en la que se construye este trabajo de investigación no es viable hablar de la creación de un concepto; el proceso podía llevar más tiempo del que se tenía disponible. Por ello se decidió plantearla como una primera aproximación al tema.

Para la redacción de los objetivos particulares se ocuparon las categorías teóricas que desde el pensamiento estructural funcionalista se asocian con una enfermedad. De acuerdo con la pregunta de investigación y a la revisión de la teoría se establece que hay cuatro categorías que intervienen en la explicación o en una primera respuesta de la pregunta que guía esta investigación, las dos

primeras son: las actividades cotidianas y las relaciones sociales. El primer objetivo particular quedó redactado de la siguiente manera:

-Identificar si la obesidad modifica las actividades cotidianas y las relaciones sociales de las personas

Teóricamente se considera, como ejemplos, que una enfermedad imposibilita a las personas para realizar actividades cotidianas y modifica la forma en que el enfermo se relaciona con los que lo rodean, su familia y amigos, su pareja y compañeros de trabajo. Lo más apropiado es querer identificar si hay elementos que permitan hablar de un costo social desde una perspectiva sociológica y entrar al estudio de este tema por dos categorías que atañen primordialmente a la sociología como son las relaciones sociales y las actividades cotidianas.

Ambas categorías se encuentran disociadas de lo monetario; al hablar de costo social no se paga dinero, y hay que buscar algunas otras formas de medir ese costo. Esta investigación no busca contradecir el costo social desde la óptica economicista y monetaria, al contrario, trata de aportar un avance sobre una nueva visión que permita comprender un factor más de un problema multifactorial, como la obesidad.

Para el segundo objetivo específico, la categoría teórica que se utilizó fue las emociones; se considera que éstas se ven ajustadas cuando el individuo enferma, emocionalmente los sujetos son unos antes de la enfermedad y otros distintos cuando la adquieren o desarrollan, por eso es otra categoría que ayudó a guiar esta investigación. El objetivo se redactó de la siguiente manera:

-Establecer las emociones que los individuos asocian con la obesidad

Con este objetivo se guió la investigación hacia el conocimiento de las emociones negativas que se pueden tener a causa de la obesidad; se pone énfasis en lo negativo, pues si una persona tuviera una emoción catalogada como “positiva” ya no representaría un costo y, por tanto, no sería un elemento factible para utilizar cuando se trata de proponer un concepto de costo social desde una perspectiva

sociológica; se indagó sobre las emociones que supongan una afectación de la persona enferma. Por ejemplo, se puede hablar de tristeza o enojo como dos emociones que puede producir la enfermedad y que sí pueden tomarse como costos de índole social.

Para la redacción del último objetivo específico se retomó la categoría de expectativas; teóricamente se habla de la persona enferma que ve distorsionadas sus expectativas y modificadas las ideas o proyectos que planeó para el futuro, lo cual puede dejar incertidumbre a la persona sobre lo que viene para ella en términos sociales. El último objetivo específico se redactó así:

-Mostrar si las expectativas de los individuos se transforman cuando padecen obesidad

Esta transformación de las expectativas se refiere únicamente a lo que concierne al ámbito de lo social, por tanto, no se retomaron ni incluyeron ideas relacionadas con lo monetario; es decir, si el individuo planea tener más dinero en el futuro o abrir una cuenta de ahorros, ni la cuestión estética, o el ámbito de las prácticas religiosas, etc. Las ideas que se pretenden descubrir con este objetivo son, si la enfermedad le propicia pensar en una muerte prematura, o un alejamiento de sus seres queridos por causa de complicaciones de salud, o incluso si vislumbra su futuro con otras enfermedades.

Estos son los objetivos que se plantearon para esta investigación; se considera que son la mejor expresión para poder guiar esta investigación. Así mismo, se encuentran plenamente relacionados con categorías teóricas que atañen a lo social, y por ende parecen adecuadas para hacer una primera aproximación a la construcción de un concepto de costo social desde una óptica sociológica.

Capítulo 4. Descripción de la metodología utilizada

Para esta investigación se usará el enfoque cualitativo, el cual

[...] se guía por áreas o temas significativos de investigación. Sin embargo, en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis preceda a la recolección y el análisis de los datos (como en la mayoría de los estudios cuantitativos), los *estudios cualitativos* pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. Con frecuencia, estas actividades sirven, primero, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes; y después, para perfeccionarlas y responderlas (Hernández Sampieri, 2014, pág. 7).

Este enfoque es de gran utilidad para esta investigación de tipo exploratorio; el estudio del costo social de la obesidad (desde una mirada sociológica) no ha sido muy frecuente y por ende no hay categorías fijas o muy reconocidas que puedan ayudar a plantear preguntas de investigación e hipótesis rígidas, por lo cual es más factible que éstas se vayan moldeando conforme avanza la investigación bajo el enfoque cualitativo, con los datos que se vayan recolectando en el camino.

Otro rasgo distintivo del enfoque cualitativo es que “en lugar de iniciar con una teoría y luego “voltear” al mundo empírico para confirmar si ésta es apoyada por los datos y resultados, el investigador comienza examinando los hechos en sí y en el proceso desarrolla una teoría coherente para representar lo que observa” (Hernández Sampieri, 2014, pág. 8). Ese también es un rasgo de la presente investigación, puesto que primero se planteó un problema que afecta a una gran parte de la sociedad mexicana (la obesidad) y posteriormente se buscaron elementos teóricos que pudieran brindar explicaciones sobre dicho problema.

Así, mediante la observación de los datos que muestran el crecimiento alarmante del problema en México, se vislumbró que los estudios que se hacen referentes al tema toman la cuestión del costo como un factor económico, sin privilegiar el lado social y emocional que puedan tener la obesidad, por lo cual se planteó esta enfermedad y su costo social, como el problema eje sobre el que versaría el trabajo. De forma posterior se buscó una teoría que pudiera brindar respuestas e interpretaciones a este problema, lo que se encontró en el estructural funcionalismo y uno de sus máximos representantes, Talcott Parsons, es que las

enfermedades tienen tanto factores biológicos como sociales, lo que dio paso a la interpretación del costo social de una enfermedad desde la perspectiva sociológica.

También puede decirse que “en la mayoría de los estudios cualitativos no se prueban hipótesis, sino que se generan durante el proceso y se perfeccionan conforme se recaban más datos; son un resultado del estudio” (Hernández Sampieri, 2014, pág. 8). Este es otro aspecto que se retoma para esta investigación, pues no se planteó una hipótesis desde el principio del trabajo, sino que se incluirá al final, cuando se tengan todos los datos recolectados, lo que permitirá dejar la puerta abierta a que futuras investigaciones intenten probar o refutar la hipótesis de este trabajo.

Ahora que se ha tocado el tema de la recolección de datos, cabe mencionar que el enfoque (cualitativo) se basa en métodos de recolección de datos *no* estandarizados ni predeterminados completamente. Tal recolección consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos) (Hernández Sampieri, 2014, pág. 8). Por ello, es muy apropiado usar este enfoque para acercarse al tema del costo social de la obesidad, puesto que esos aspectos subjetivos permitirán dar un esbozo de los factores que se encuentran presentes en las personas que padecen obesidad, pues las experiencias que hayan vivido y sus emociones, son lo que puede explicar si hay costo social para éstas personas o no.

Con las técnicas de investigación del enfoque cualitativo

También resultan de interés las interacciones entre individuos, grupos y colectividades. El investigador hace preguntas más abiertas, recaba datos expresados a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal, así como visual, los cuales describe, analiza y convierte en temas que vincula, y reconoce sus tendencias personales. Debido a ello, la preocupación directa del investigador se concentra en las vivencias de los participantes tal como fueron (o son) sentidas y experimentadas (Hernández Sampieri, 2014, pág. 8)

Esto debe resaltarse dado que cuando se investiga el costo social de la obesidad, no puede pensarse más que en términos de las relaciones sociales y acontecer cotidiano del individuo, así como de sus emociones, por ello este trabajo de investigación sirve para hacer una primera aproximación al tema, el cual, posteriormente puede ser estudiado desde el enfoque cuantitativo y mixto. Además, al ser un tema complejo para aproximarse a los individuos (por cuestiones de susceptibilidad) una postura conveniente para el investigador es la de una persona con la cual entablar conversaciones flexibles, tratando de no molestar al participante investigado. Esto se abordará más adelante de forma más amplia, sin embargo, es importante mencionarlo aquí como una forma de enumerar las características del enfoque cualitativo.

Siguiendo con otros aspectos del enfoque cualitativo, se debe subrayar que “la investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos, sobre todo de los humanos y sus instituciones (busca interpretar lo que va captando activamente)” (Hernández Sampieri, 2014, pág. 9). Por ello, posteriormente a la recolección de datos, sigue el análisis que el investigador debe hacer, donde, hermenéuticamente desentraña del discurso, aquellos aspectos que sirvan para poder determinar si es que existe el costo social o que tan factible es hablar de él. Como último aspecto del enfoque cualitativo, se debe mencionar que “las indagaciones cualitativas no pretenden generalizar de manera probabilística los resultados a poblaciones más amplias ni obtener necesariamente muestras representativas; incluso, regularmente no pretenden que sus estudios lleguen a repetirse” (Hernández Sampieri, 2014, pág. 9). Sin embargo, para el caso de esta investigación, esto es solo en parte cierto; pues no se pretende generalizar los resultados de esta investigación a toda la población que padece obesidad, ni tampoco se puede hablar de una representatividad de la muestra. Pero, sí que se propone que se investigue más sobre este tema, tal vez no repetir esta investigación, pero sí complementarla con futuros estudios que puedan ayudar a saber si la obesidad tiene un costo social, y que ayuden a concientizar a las

personas de que las enfermedades no solo tienen complicaciones biológicas, sino también sociales.

En conclusión:

El enfoque cualitativo puede concebirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo “visible”, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es *naturalista* (porque estudia los fenómenos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales y en su cotidianidad) e *interpretativo* (pues intenta encontrar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas les otorgan) (Hernández Sampieri, 2014, pág. 9)

Y de ahí que sea tan importante y oportuno utilizarlo para tratar un tema que se presenta como algo muy complejo: la obesidad. Y que a su vez motive a que desde otros enfoques se puedan realizar investigaciones para que los sociólogos tengan algo que decir sobre temas que por mucho tiempo han abandonado.

Entrevistas

Como se mencionó anteriormente

Lo que se busca en un estudio cualitativo es obtener datos (que se convertirán en información) de personas, seres vivos, comunidades, situaciones o procesos en profundidad; en las propias “formas de expresión” de cada uno. Al tratarse de seres humanos, los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes, ya sea de manera individual, grupal o colectiva. Se recolectan con la finalidad de analizarlos y comprenderlos, y así responder a las preguntas de investigación y generar conocimiento (Hernández Sampieri, 2014, pág. 396).

Por ello, ese es el principal objetivo de las entrevistas a profundidad que se realizaron en esta investigación, tratando de recoger algunos testimonios sobre lo que los individuos han vivido en torno a lo que se puede considerar el costo social de la obesidad, es decir, experiencias o situaciones comunes que viven relacionados con su obesidad y que permitan construir patrones para identificar lo que es el costo social de la obesidad.

También hay que resaltar que “la recolección de datos ocurre en los ambientes naturales y cotidianos de los participantes o unidades de análisis. En el caso de seres humanos, en su vida diaria: cómo hablan, en qué creen, qué sienten, cómo piensan, cómo interactúan, etcétera” (Hernández Sampieri, 2014, pág. 397). Así es que las entrevistas se realizaron en los lugares que más se acomodaron a los entrevistados, tratando de obtener información relativa a las actividades cotidianas que pueden verse afectadas por la obesidad, así como lo relativo a sus emociones y las implicaciones que tiene la obesidad en éstas.

Otra característica es que “la *entrevista cualitativa* es más íntima, flexible y abierta que la cuantitativa (Hernández Sampieri, 2014, pág. 397). Por lo que, no se trata de entablar conversaciones rígidas y preguntas que puedan responderse con sí o no, como es el caso de los instrumentos de recolección propios del enfoque cuantitativo, sino entrevistas que busquen desentrañar algunos aspectos de la vida cotidiana de los individuos que involucren a la obesidad como un factor que las obstruye. Por ello, una entrevista

Se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). En el último caso podría ser tal vez una pareja o un grupo pequeño como una familia o un equipo de manufactura. En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Hernández Sampieri, 2014, pág. 493)

Esta técnica propia del enfoque cualitativo tiene tres variantes, es decir

Las entrevistas se dividen en estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas o abiertas. En las primeras, el entrevistador realiza su labor siguiendo una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta (el instrumento prescribe qué cuestiones se preguntarán y en qué orden). Las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información. Las entrevistas abiertas se fundamentan en una guía general de contenido y el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla (Hernández Sampieri, 2014, pág. 493).

Para esta investigación se utilizó una variante semiestructurada, por lo cual, se elaboró una guía de entrevista, en la que se señalan los principales temas a tocar y las preguntas que guían la conversación (ver Anexo 1). De este modo, se procura que la conversación no salga de algunos tópicos estimados, y que el sujeto no pueda divagar en asuntos que no conciernan a la investigación, en caso de que eso sucediera, es la obligación del investigador regresarlo al tema central de la entrevista para obtener el máximo de información que ayude a la investigación.

Además que “regularmente en la investigación cualitativa, las primeras entrevistas son abiertas y de tipo “piloto”, y van estructurándose conforme avanza el trabajo de campo. Regularmente el propio investigador conduce las entrevistas” (Hernández Sampieri, 2014, pág. 493). Este es el caso de la presente investigación, puesto que la primera entrevista que se realizó fue la entrevista

piloto y a partir de allí se pudieron hacer inferencias sobre las categorías que podrían servir para la investigación, así como los aspectos de formalidad que se relacionan con los sujetos de investigación, es decir, se trató de hacer que las preguntas no fueran muy “agresivas” o muy elaboradas teóricamente a fin de que el sujeto pudiera entenderlas y aceptarlas con facilidad.

Por último, se debe agregar que

Para diseñar la guía de temas es necesario tomar en cuenta aspectos prácticos, éticos y teóricos. Los prácticos tienen que ver con que debe buscarse que la entrevista capte y mantenga la atención del participante. Los éticos en el sentido de que el investigador debe reflexionar sobre las posibles consecuencias que tendría que el participante hable de ciertos temas. Y los teóricos en cuanto a que la guía de entrevista tiene la finalidad de obtener la información necesaria para responder al planteamiento. Asimismo, debemos tener en mente que la cantidad de preguntas está relacionada con la extensión que se busca en la entrevista. Se incluyen sólo las preguntas o frases detonantes necesarias y es recomendable redactar varias formas de plantear la misma pregunta, para tenerlas como alternativa en caso de que no se entienda (Hernández Sampieri, 2014, pág. 403).

Para realizar la guía de entrevista de esta investigación también se utilizaron algunos elementos prácticos, éticos y teóricos; lo primero, en el sentido de que se pensó a las entrevistas como charlas en las que los participantes pudieran comentar sus experiencias sin sentir que solo debían limitarse a dar información precisa para el investigador, así, se pretendía que los sujetos de investigación no se inhibieran al contestar las preguntas por considerar que sus respuestas no fueran correctas o útiles; además, al acercarse (el investigador) a charlar sin rigidez, podía notar que fluían mejor los datos relacionados con su enfermedad y su cotidianeidad.

En los aspectos éticos se trató de formular preguntas que no fueran agresivas para el entrevistado, puesto que esto podría hacerlos sentir mal o incomodarlos; por estas razones, en el guion de la entrevista se cambió la palabra obesidad por sobrepeso, procurando no sonar muy “crudo” al hablar de la enfermedad de los

individuos, ni tratando de ser despectivos al hablar de las personas con una condición de obesidad. También se respetó al máximo los límites que el individuo pudo proponer, es decir, que en cuanto un tema parecía molestar al entrevistado se siguió con la siguiente cuestión en lugar de ahondar en temas delicados que pudiesen producir emociones negativas o catarsis.

Y por último, en cuanto a los aspectos teóricos, estos fueron retomados para poder formular las preguntas que permitieran hablar sobre factores sociales que se relacionan con la obesidad, así, lo principal que se debe preguntar cuando se investiga sobre costo social, debería ser la interacción con otros individuos, las emociones y las actividades cotidianas.

Muestra

Para el enfoque cualitativo:

Las primeras acciones para elegir la muestra ocurren desde el planteamiento mismo y cuando seleccionamos el contexto, en el cual esperamos encontrar los casos que nos interesan. En las investigaciones cualitativas nos preguntamos qué casos nos interesan inicialmente y dónde podemos encontrarlos (Hernández Sampieri, 2014, pág. 384).

Para esta investigación, la muestra consistió en personas que padezcan obesidad; el contexto se vio un poco variado dado que no existe uno que sea exclusivo para personas con obesidad; cuando se estudia presos, se entiende que su contexto sea la cárcel; al estudiar a monjas o niños huérfanos, puede ser que su contexto y ambiente natural sea un convento, de un soldado es el campo militar y del profesor la escuela, etc.; sin embargo, las personas obesas no tienen un contexto exclusivo ni único, pueden desarrollarse en cualquiera de los ámbitos mencionados, puede haber personas obesas en prisión o en la escuela, y monjas o huérfanos que padezcan obesidad. Los elementos de la muestra sí son personas afectadas por la obesidad, sin embargo el contexto y el ámbito de desarrollo variaron.

El enfoque cualitativo exige que haya una “capacidad operativa de recolección y análisis (el número de casos que podemos manejar de manera realista y de acuerdo con los recursos que tenemos)” (Hernández Sampieri, 2014, pág. 384). Por cuestiones de tiempo se realizaron cuatro entrevistas a profundidad; tampoco fue sencillo encontrar personas para acercarse a hablar de un problema que tal vez ni siquiera creen que tienen, tampoco se pudieron hacer entrevistas a cualquier persona que se pudiera encontrar por la calle.

Esta cuestión, aunada a la limitación de tiempo, dio como resultado no poder recurrir a una técnica de saturación de categorías, la cual se distingue porque hay un “entendimiento del fenómeno (el número de casos que nos permitan responder a las preguntas de investigación, que más adelante se denominará “saturación de categorías”)” (Hernández Sampieri, 2014, pág. 384). Se realizan tantas entrevistas que al notar patrones de repetición se puede concluir que ya se ha obtenido toda

la información necesaria respecto de una variable o alguna característica en particular; por ejemplo, las emociones de las personas con obesidad, ese es uno de los tópicos de la investigación, al hacer muchas entrevistas se nota que la gente siempre relaciona su obesidad con la preocupación, la vergüenza y la incertidumbre, puede decirse que la categoría de emociones ha sido saturada y se detienen las entrevistas, pues ya se identificó que la obesidad es relacionada con esas emociones o estados de ánimo.

Una obligación del investigador es darse cuenta de “la naturaleza del fenómeno en análisis (si los casos o unidades son frecuentes y accesibles o no, si recolectar la información correspondiente lleva poco o mucho tiempo (Hernández Sampieri, 2014, pág. 384). Para esta investigación se comprende que la naturaleza del problema es multifactorial, y la mirada que se propone solo abarca un aspecto social, pero no lo agota, así como tampoco pretende competir ni minimizar los aportes de otras disciplinas como la psicología, la biología y la economía; al contrario, pretende motivar a que se hagan otros estudios, desde la sociología o desde la visión interdisciplinaria sobre la obesidad.

Sobre la frecuencia de los casos, en esto no hubo mucha dificultad, pues la obesidad es una enfermedad muy propagada en la población mexicana; la dificultad resulta de la accesibilidad que se tiene para acercarse a una persona y hablar de su obesidad; encontrar personas dispuestas a colaborar con la investigación fue algo que ocupó mucho tiempo.

Se decidió solo hacer cuatro entrevistas, pues “la decisión del número de casos que conformen la muestra es del investigador” (Hernández Sampieri, 2014, pág. 385). Con un poco más de tiempo se hubiera recurrido a la saturación de categorías o al enfoque mixto; como una primera aproximación al tema se considera que cuatro entrevistas podrían sentar un buen precedente sobre la investigación del tema del costo social de la obesidad. Además, fueron los casos que quisieron colaborar para brindar información sobre la obesidad, algunas

personas se negaron a ser entrevistados por cuestiones de vergüenza o inseguridad.

La selección de la muestra fue de participantes voluntarios, se caracteriza por solo acercarse a las personas y entrevistar a las que estén dispuestas a colaborar; debido a que “la elección de los participantes depende de circunstancias muy variadas. A esta clase de muestra también se le puede llamar *autoseleccionada*, ya que las personas se proponen como participantes en el estudio o responden a una invitación (Hernández Sampieri, 2014, pág. 387). De este modo se hizo las entrevistas: extendiendo una invitación a personas que padecen obesidad y esperando una respuesta favorable, en los casos que no la hubo, se agradeció y no se insistió más, en los casos favorables se acordó la cita (lugar y hora) para recabar la información.

En otras circunstancias, hay individuos que podrían haber formado parte de la muestra, pero no se pudieron contactar o no quisieron contestar las preguntas, por cuestiones de tiempo, ánimo o salud. De todos estos factores se deriva el tamaño, que la muestra sea de cuatro establece un precedente; y es claro que no se agota el tema.

Capítulo 5. Principales resultados obtenidos

Se encontró como uno de los principales resultados que la salud también conlleva implicaciones sociales, se puede decir que la “salud se encuentra íntimamente implicada en los prerequisites funcionales del sistema social” (Parsons, S/F, pág. 276). Cuando los individuos se encuentran enfermos ven limitadas sus funciones, entendiendo éstas como las actividades cotidianas que cada individuo realiza en pro de las otras personas con las que comparte el hogar, el trabajo u otros ámbitos en los que se desarrolla; por ende, una enfermedad supone un obstáculo para satisfacer sus necesidades y realizar sus actividades cotidianas. Cabe mencionar que “la enfermedad incapacita para desempeñar efectivamente los roles sociales” (Parsons, S/F, pág. 276). Con esto, se nota que las enfermedades no solo traen afectaciones de carácter biológico, sino también sociales, en el sentido de afectar diversos aspectos de la vida social.

También debe mencionarse que “la enfermedad aparece cuando el organismo es modificado de manera tal que llega a reacciones catastróficas dentro del medio ambiente que le es propio” (Canguilhem, 2005, pág. 140); la modificación del organismo es una limitación, no solo para las personas, no solo en un aspecto individual, sino también una modificación de la interacción con los otros, por ello es tan importante la salud, puesto que ésta

Casi por definición, está dentro de las necesidades funcionales del miembro individual de la sociedad, hasta el extremo de que, desde el punto de vista del funcionamiento del sistema social, un nivel general demasiado bajo de salud (o un nivel demasiado alto de enfermedad) es disfuncional (Parsons, S/F, pág. 276).

Si el individuo no tiene salud, deja de ser una persona funcional para el sistema social, es decir, para la red de relaciones sociales que ha tejido con otros individuos, y la enfermedad lo vuelve disfuncional.

Actividades cotidianas

Hasta ahora se ha hecho mención de por qué las enfermedades tienen implicaciones sociales, y una investigación que aborde una enfermedad determinada (cáncer, obesidad, diabetes, etc.) debe tomar en cuenta los factores sociales que se encuentran implicados con ésta. Ahora se abordan los resultados que arrojó el trabajo empírico realizado para esta investigación. En este primer apartado se toca lo referente a las actividades cotidianas, y como éstas pueden verse o no afectadas por una enfermedad: la obesidad.

Es conveniente recordar lo que la teoría estructural funcionalista dice sobre la persona enferma, para uno de los autores más importantes de esta corriente teórica “el enfermo queda separado de sus esferas normales de actividad, y de muchas de sus satisfacciones normales” (Parsons, S/F, pág. 285). Las actividades se ven afectadas por una enfermedad, ya no pueden realizarse de la misma forma que antes de la enfermedad, incluso se dejan de hacer algunas actividades por completo, por ejemplo: los deportes y el baile. Al respecto se mencionó que:

“Yo era bien bueno para nadar, sí nado, pero yo por decirlo de la puerta hasta allá, me la aventaba y por abajo buceando, ahora nado de aquí a donde empiezan las escaleras y tengo que salirme porque (imita un sofoco) bien sofocado” (entrevista 4)

“Simplemente cuando bailo, yo me aventaba el disco el ese, como le llaman, el longplay, ¿sí no?, me lo aventaba de los dos lados el rock and roll, ahora bailo un ratito y (imita un sofoco) me tengo que sentar” (entrevista 4)

“Yo era bien bueno para la bicicleta y ahora me dio miedo, me subí y sentía que me caía, ora, ya no son los mismos reflejos, ya no es el mismo movimiento” (entrevista 4)

Esas actividades están relacionadas con el esparcimiento y los deportes, son actividades lúdicas, sin embargo, también existen actividades que no están relacionadas con la diversión e igualmente se ven afectadas por la obesidad:

“En el trabajo tengo que andar abajo del sillón, para clavar ahora sí que la tela y todo eso y me sofoco, o sea que eso también es un poco de problema para mí, por lo mismo de la obesidad” (entrevista 4)

“En el metro ya me han tirado, me tiran, van corriendo, suben corriendo, y yo voy lento por lo mismo de mi obesidad” (entrevista 4)

“[...] del camión me bajaba yo corriendo, me subía corriendo, y ahora me da miedo, me da miedo de bajarme de una camioneta por lo mismo alto” (entrevista 4)

También actividades relacionadas con el trabajo y los viajes en el transporte público se ven afectadas por la obesidad, el ascenso y descenso del transporte supone un gran problema, la obesidad provoca que las personas no tengan una plena libertad de movimiento; en ese sentido, utilizar el transporte se convierte en un desafío; así mismo, el trabajo se ve entorpecido por la falta de movimiento, sobre todo en aquellos empleos que conlleven muchas actividades manuales.

Existen otras formas en las que se ven afectados los individuos por la obesidad tanto en el trabajo como en otras actividades que las personas pueden realizar a diario sin tener mucho problema. Al respecto se mencionó esto:

“Te cansas de subir las escaleras, vas un poco más lento en el transporte, caminando, entonces yo creo que sí afecta” (entrevista 2)

“Pues, en actividades cotidianas, cuando ya estás muy gordo subir una escalera te cansa mucho, o correr un tramo corto igual te cansas, te agitas bien gacho, como que sí afecta, ¿no?” (Entrevista 1)

Esto se refiere a las actividades diarias y como la obesidad les afecta, es bastante preocupante saber que a una persona le cuesta mucho trabajo subir las escaleras,

pues puede ser una actividad recurrente en el hogar o en el trabajo, y que no poder realizarla significa que es un costo por tener obesidad. En cuanto al trabajo, ya se mencionó que una persona obesa está inhabilitada para realizar tareas manuales propias de su empleo, aunque también hay otra forma en que la obesidad afecta, y de la cual se mencionó lo siguiente:

“Pues no, hasta ahorita no, solo cuando me enfermé, que estuve en tratamiento en lo que veía si era hipertenso o no, no pude trabajar, no sé si eso aplique”
(entrevista 1)

La obesidad propicia que haya ausentismo laboral de las personas que la padecen; se ven afectados por otras enfermedades o por la incertidumbre de esperar un diagnóstico; así mismo, esto tiene un impacto para las otras personas con las que se relaciona el enfermo, pues si no trabaja no hay salario para procurarse los medios de vida y el de las personas con las que convive.

Desde otro punto de vista, se puede ver que

los síntomas patológicos son la expresión del hecho de que las relaciones entre organismo y medio ambiente que responden a la norma han sido transformadas por el cambio del organismo y de que muchas cosas que eran normales para el organismo normal ya no lo son para el organismo modificado (Canguilhem, 2005, pág. 140).

El cambio en el organismo conlleva cambios exteriores, no se puede hablar sociológicamente de una enfermedad sin tomar en cuenta aspectos individuales y sociales, o lo que es lo mismo, cambios interiores y exteriores; los primeros se caracterizan por tener repercusiones solo para el enfermo, los segundos por involucrar a quienes lo rodean. Este cambio es del que el individuo debe darse cuenta y tomar conciencia de él. Esta sí es una tarea meramente individual que sin embargo muchas veces no se cumple. En otras palabras, se espera que el enfermo sea consciente de que ha cambiado algo en él, y que eso le complica para realizar actividades, relacionarse con otros o le acarrea emociones negativas, como en el siguiente caso:

“Yo mismo lo sentí, porque, te vuelvo a repetir, no hacia yo mis actividades como debía, como debía de ser, simplemente, yo para trabajar ponía dos burros y me metía abajo para voltearlos y tapizar, ahora me meto y ya no me puedo salir, ahora me cuesta más problema hacerlo que antes, antes me agachaba y volteaba yo el mueble y ahora ya no, antes levantaba el sofá, ahora ya no puedo, necesito que alguien me ayude” (entrevista 4)

En ese caso, sí hay un reconocimiento individual sobre las afectaciones que trae consigo la obesidad en el ámbito de lo laboral; el entrevistado comenzó a notar que le costaba más realizar actividades manuales, que son recurrentes por su trabajo y que con anterioridad realizaba sin problema alguno, pero con la obesidad y la edad, comenzó a tener dificultades. Pero también existen casos en que la obesidad (aún) no representa una complicación para realizar actividades cotidianas, por ello, se puede decir que no hay una plena conciencia sobre las consecuencias o los costos que tiene dicha enfermedad; esto se puede asociar con varios factores, pero el que más resaltó en esta investigación es la edad, pues se notó que entre más edad tuviera la persona vislumbra más consecuencias derivadas de su condición de obesidad. Esto es algo de lo que comentó uno de los entrevistados, quien no tenía más de 40 años de edad:

“Te lo digo en la experiencia propia, no, no porque, pues yo puedo caminar, puedo moverme bien, sí con algunas limitantes, por ejemplo, meterte en toda la bola del metrobus, una persona delgada a lo mejor lo puede hacer y yo no” (entrevista 3)

El testimonio parece contradictorio, pues mientras por un lado se asevera que no hay dificultad para realizar actividades cotidianas, por el otro se hace mención de lo difícil que le resulta al entrevistado viajar en metrobus durante una hora pico. Sin embargo, no es del todo contradictorio, pues no poder viajar debido a la saturación de gente en el transporte público a determinada hora, solo puede ser la primera parada en una serie de complicaciones que pueden surgir en el futuro y que se van acentuando con la edad. Una de las posibles hipótesis que se pueden desprender de este trabajo de investigación es que: a mayor edad, existen mayores complicaciones o más actividades cotidianas interrumpidas por la

obesidad. El intento de concientizar a la población sobre este punto es una de las tareas primordiales que deben tener las secretarías de Estado, como una manera de fomentar la prevención de esta enfermedad; no solo enfocarse en su combate directo.

Para finalizar este apartado, se menciona que “la instrumentación de nuevas normas de vida mediante una reducción del nivel de su actividad, en relación con un medio ambiente nuevo pero estrechado” (Canguilhem, 2005, pág. 141). Es decir, la enfermedad transforma la vida cotidiana del individuo, pues no permite realizar con plenitud sus actividades diarias, pero también es posible que el enfermo se adapte a su nueva condición, y pueda seguir realizando algunas actividades pero adecuándolas para que no le causen conflicto, crear un nuevo medio ambiente que se encuentra estrechado, en otras palabras, un medio ambiente que se ha modificado al que el enfermo buscará adaptarse. Al respecto se mencionó que:

“sí pues ya no lo hago como yo lo hacía, entonces tengo que buscar la forma y la manera de hacerlo pero más calmadamente, más lentamente” (entrevista 4)

Puede notarse que uno de los entrevistados sí ha modificado su medio ambiente y ha buscado adaptarse a éste, realizar actividades de forma más lenta es algo que le ayuda y que contempla como una solución para realizar actividades que ya ve muy complicadas; a pesar de esto, no se soluciona del todo el problema, pues la obesidad como enfermedad sigue allí, y con estas modificaciones al medio ambiente solo se le evade parcialmente, pues uno de los aspectos que no se puede modificar fácilmente es el de contraer enfermedades derivadas de la primera (obesidad).

Emociones

Otro de los aspectos que la obesidad modifica son las emociones, entonces “es necesario comenzar ante todo por comprender el fenómeno patológico como algo que revela una estructura individual modificada. Es necesario tener presente siempre la transformación de la personalidad del enfermo”. (Canguilhem, 2005, pág. 139). Esta transformación es una de carácter negativo, es decir, cuando se habla de una transformación de la personalidad del individuo, al mismo tiempo que se habla de un costo, se debe contemplar que será una modificación negativa, pues las enfermedades no se pueden relacionar con emociones positivas, y de ser así, ya no es factible identificar si las enfermedades (en este caso la obesidad) tienen un costo, pues no se nota una diferencia emocional entre el individuo enfermo y el sano. Al respecto de la modificación de emociones a causa de la obesidad, se comentó esto:

“Pues sí, me da miedo al pensar que me pueda pasar algo y dejar a mi familia, digamos desamparada, ese es más mi miedo, no tanto a morirme yo, sino dejar a mi familia desamparada” (entrevista 1)

“Ajá, una inseguridad, a mí mismo, porque no es que mi pareja me lo diga, o a lo mejor no me lo dice por, pues por lo mismo, a de decir: “si le digo...no” (entrevista 1)

Las primeras emociones que se mencionaron fueron el miedo y la inseguridad, ambas son catalogadas como emociones negativas, sin embargo las causas de estas emociones son completamente diferentes; la primera se relaciona con los que rodean al enfermo, específicamente su familia, y el miedo a dejarlos solos a causa de una muerte prematura propiciada por la obesidad.

En el segundo caso también se involucra a las personas cercanas, pero enfocado a la vida en pareja, pues al enfermo le causa inseguridad lo que su pareja pueda pensar de su aspecto, lo cual se orilla más a una cuestión de estética; hay que tomar en cuenta como la obesidad sí provoca emociones negativas en los

individuos que la padecen, ya sea por el miedo a dejar desamparada a la familia o por la inseguridad a que su pareja ya no se sienta atraída físicamente por el enfermo. De cualquier modo, no se reduce a dos emociones y mucho menos a dos causas, como se ve más adelante.

Por ahora, se debe recordar que “el individuo es el juez de esta transformación (la enfermedad) porque es él quien la padece, en el preciso momento en que se siente inferior a las tareas que la nueva situación le propone” (Canguilhem, 2005, pág. 138). Hay que recalcar dos aspectos de esta postura; el primero es que el individuo debe ser consciente de su situación, debe saber en qué momento se empieza a sentir impedido por la obesidad para realizar actividades, o cuando ésta le provoca emociones negativas que transformen lo que hasta antes de la obesidad había sentido. Y segundo, otra emoción que genera la obesidad es el sentimiento de inferioridad, el individuo se siente inferior, tal vez no respecto de otros, pero sí para realizar sus actividades diarias (como ya se trabajó en el apartado anterior). Uno de los entrevistados dijo esto:

“Porque no sentía nada, yo me sentía bien, yo creía sentirme bien, estar bien, o sea sí te dicen: “no es que estás gordo” pero uno dice yo me siento bien, hasta que llega un límite en que ya no, empiezas a sentir los achaques y es cuando ya recurras a un médico, o ya empiezas a ver porque, y ya te das cuenta que es por tu obesidad, bueno, a mí me pasó así” (entrevista 1)

En algunos individuos no es evidente un sufrimiento, un impedimento o un sentimiento de inferioridad por padecer obesidad; se puede decir que el individuo, al no ser consciente de su obesidad tampoco es consciente de emociones negativas que esta enfermedad le puede acarrear. Parece que la obesidad no tiene consecuencias palpables desde su inicio, y esto se debe al cambio paulatino de peso que experimentan los individuos, es decir, la obesidad no es una enfermedad que altere súbitamente a quien la padece, pues el incremento de peso se da de una manera paulatina que la puede hacer pasar desapercibida por un tiempo.

Parece que las emociones negativas solo aparecen cuando se tiene una plena consciencia de padecer obesidad, “en consecuencia, se puede esperar que los dos tipos predominantes de reacción sean estos: una clase de “shock” emocional al principio de la enfermedad y ansiedad sobre el futuro” (Parsons, S/F, pág. 284), pero al no existir un panorama claro de la obesidad desde que se empieza a padecerla, es más probable que el shock no sea tan recurrente en los que la padecen, y por tanto, es más factible que se vea afectado su panorama del futuro por emociones como la ansiedad o el miedo. Un factor que se mencionó durante las entrevistas fue:

Sí, no, yo mismo, bueno, en mi caso yo mismo he sentido como que “estoy bien pinche gordo, ya le tengo que bajar” (entrevista 1)

Pues, si veo otros más gorditos que yo, digo: “chale ese carnal está bien gordo”, o,” sí se debería de cuidar”, o así, pero también luego cuando interactúas con otros gorditos y ves que están sanos, bueno, relativamente están sanos, como que te entra el: “ah no pasa nada” (entrevista 1)

El conocer otras personas más afectadas por la obesidad es un factor que se relaciona con la falta de conciencia de las personas obesas respecto a su situación, pues no han llegado al mismo nivel del “otro” y por tanto no tienen las mismas complicaciones ni las mismas emociones que alguien con un nivel mayor de obesidad.

También se debe mencionar que los afectados por la obesidad o por alguna otra enfermedad, “frecuentemente se sienten humillados por su incapacidad para funcionar normalmente (Parsons, S/F, pág. 285), la humillación es otra emoción con la que se puede relacionar a las enfermedades, pero con los datos recogidos de las entrevistas se constata que no es recurrente que se hable de una humillación, pero sí de incapacidad o de molestia:

“Pues como una incapacidad, sufrimiento no, incapacidad, incapacidad más que nada, porque, no sé, de que no puedes, o sea sí puedes, pero te agitas o te cansas más” (entrevista 1)

“(la enfermedad es algo) que te molesta o te pone de malas” (entrevista 2)

Estas emociones están relacionadas con los impedimentos que les genera en la vida cotidiana la obesidad, sufren de una incapacidad por no poder hacer cosas que antes realizaban sin problema alguno, y esto a su vez genera molestia. De esta manera, se puede observar que las emociones también se encuentran relacionadas con las actividades cotidianas, pues el impedimento para realizar éstas provoca emociones; no debe perderse de vista que “la persona enferma se encuentra, pues, en un estado de sufrimiento o incapacidad, o ambas cosas, y enfrentándose posiblemente con el riesgo de empeorar” (Parsons, S/F, pág. 283). Y como muestran los resultados del trabajo empírico, es más factible que una persona con obesidad hable de encontrarse incapacitada y no de humillación, y más que de sufrimiento se habla de molestia; la obesidad restringe el campo de acción de los individuos, y con ello modifica sus emociones. Hasta ahora se ha revisado cómo la obesidad genera miedo e inseguridad en las personas, principalmente relacionando estas emociones con sus seres queridos, así mismo, se generan sentimientos de incapacidad y enojo o molestia por las restricciones que la obesidad supone para un estilo de vida “normal”, es decir, un estilo de vida sano.

Además, “la situación de enfermedad enfrenta, muy generalmente, al paciente y sus inmediatos con problemas de ajustamiento emocional. Se trata de una situación de tensión [...] el sufrimiento, el desamparo, la incapacidad y el peligro de muerte” (Parsons, S/F, pág. 284). Al respecto se mencionó que:

“[...] pues sí como que enojo, yo creo que como todo, cuando te critican cierta cosa, a lo mejor tú sientes que te ves súper bien con la ropa que traes y te dicen: “ay no, eso no te combina, ay tus tenis, ay tus”... entonces sí enoja porque están como atacando tu persona” (entrevista 2)

“pues a veces frustración, no, porque igual, yo ahorita no, porque me he descuidado un montón, antes sí ya diario me iba a hacer ejercicio, y cosas así, y

como que de repente sí bajaba, de repente subía, entonces como que eso te causa frustración” (entrevista 2)

Esto muestra que en la interacción con otras personas sí hay cambios y ajustes (se ahonda más en este tema en el siguiente apartado), principalmente cuando hay un señalamiento hacia el enfermo y su padecimiento, se siente como un ataque personal y genera molestia en el enfermo, pues consideran que no es favorable ese tipo de señalamientos. Por otro lado, a la lista de emociones que se presentó se debería agregar la frustración, y ésta se encuentra relacionada (otra vez) con las actividades cotidianas y el impedimento para realizarlas por tener obesidad. En este punto se puede vislumbrar que muchas de las emociones negativas que sienten las personas con obesidad están relacionadas con la dificultad que tienen para realizar tareas o actividades, más que con la propia enfermedad en sí, aunque no debe perderse de vista que hay otros motivos por los cuales se siente miedo o inseguridad, como el desamparo de la familia.

Por ejemplo, en las entrevistas también se mencionó esto:

“sí, pues ya no puedo hacer mis actividades, que antes hacía” (entrevista 4)

“sí, pues como no, me deprime” (entrevista 4)

“sí, sí, pues me da miedo que me vaya a suceder algo” (entrevista 4)

*“sí, miedo, pues te imaginas dormirme y ya no despertar, y luego yo aquí solo”
(entrevista 4)*

Los dos primeros testimonios se relacionan con lo anteriormente mencionado: la dificultad para realizar sus actividades con normalidad ya no solo genera emociones negativas, sino que aproxima al individuo a padecimientos de índole psicológica, como la depresión, y esa sería una de las consecuencias emocionales más graves que puede generar una enfermedad como la obesidad.

Sin embargo, hay que observar la causa de una posible depresión, sigue sin ser la obesidad en sí, sino las dificultades que esta acarrea en el ámbito de lo cotidiano.

Los siguientes dos testimonios están relacionados con el miedo, sin embargo este es un miedo distinto al que se ha presentado al principio de este apartado, por lo menos en cuanto a sus causas, pues el primero estaba relacionado con el miedo a dejar a la familia sola; en este, se puede notar que es un miedo a lo que se llama una muerte prematura, y sobre todo a una muerte en soledad. Resumiendo un poco, las principales emociones con las que se relaciona la obesidad son: el miedo, la incapacidad, la inseguridad, y el enojo, además de sentimiento de depresión. Además, se nota que la obesidad sí produce ajustamientos emocionales a quien la padece.

De igual manera, se debe recalcar que “la persona enferma está desamparada y, por ello, tiene necesidad de ayuda” (Parsons, S/F, pág. 282). Esa ayuda no es exclusivamente manual, puede necesitar un apoyo moral y sentimental, eso en caso de que la persona obesa sí se sienta desamparada y esté dispuesta a recibir la ayuda de otros. Sobre esto se mencionó:

*“(mis nietos) no, burlarse de mi sobrepeso no, antes hasta me quieren más”
(entrevista 4)*

Esto parece importante, pues si la persona obesa requiere apoyo (manual y emocional) los integrantes de la familia pueden ser los proveedores por excelencia de esta ayuda, evitando segregar al enfermo por su condición ni relegándolo por su capacidad disminuida para realizar algunas actividades.

Para terminar, resulta interesante mencionar que se habló de las emociones que provoca la obesidad cuando ya se padece, sin embargo, hay otra forma de asociar a la obesidad y las emociones, y esto se dijo en una de las entrevistas:

“porque mucha gente recurre a la comida, algunas personas lo hacen inconscientemente pero mucha gente recurre a la comida para llenar un vacío emocional” (entrevista 3)

Este es otro punto de vista que involucra a las emociones y una de las posibles causas de la obesidad, se considera que un vacío emocional puede acercar a los

individuos a un consumo excesivo e irracional de comida, lo cual a la larga propicia que se padezca una enfermedad como la obesidad. También se mencionó que:

“la primera podría ser depresión, o bueno, tristeza, porque la comida es algo que te satisface y te ayuda a olvidarte de lo que estás pensando, otra podría ser enojo, porque la gente come cuando se enoja, y frustración porque no hay cosas bien en tu vida y no sabes cómo arreglarlas, como en las drogas, buscas alguna salida”
(entrevista 3)

Se equipara a la alimentación en exceso con un consumo de drogas, se piensa que ambas funcionan como un elemento distractor o alienante, que propicia un olvido de las condiciones materiales de existencia de las personas; lo más importante es resaltar que puede haber otras formas en que las emociones se relacionan con las etapas previas o causales de la obesidad, en este caso, se considera que la comida lleva a olvidar emociones negativas, sin embargo, esta acción de comer sin medida siendo practicada de forma cotidiana puede llevar a las personas a sufrir enfermedades.

Relaciones sociales

Como se ha mencionado en apartados anteriores, la obesidad genera una transformación en el individuo, en cuanto a sus actividades cotidianas y sus emociones; de ese modo, el objetivo de este apartado es describir otro ámbito en el que ocurre el ajuste o la transformación: las relaciones sociales. En éstas radica uno de los principales elementos sociológicos para explicar si existe un costo social alejado de lo monetario, y que mejor que estudiarlo en términos de relaciones e interacciones entre individuos; de una manera básica, éstos son elementos de los que debería ocuparse la sociología. Tampoco se descarta que “la enfermedad es conmoción y puesta en peligro de la existencia. Por consiguiente, la definición de la enfermedad requiere como punto de partida la noción de ser individual” (Canguilhem, 2005, pág. 140). Es cierto que hay alteraciones biológicas en la personas cuando se presenta una enfermedad, pero sí ésta no tuviera impacto en las otras personas con las que convive el enfermo no habría validez en abordar la obesidad desde una perspectiva sociológica, por el momento queda claro que sí tiene implicaciones en lo cotidiano y lo emocional. Respecto a las relaciones sociales se comentó que:

“sí me han dicho: “has estado embarneciendo más”, porque yo no era así, que fuera gordo, gordo, no (muestra algunas fotografías al entrevistador) yo no era gordo, ahorita sí, ¿no estás viendo?” (Entrevista 4)

“Me dicen eso, mis hermanos: “ya bájale de peso carnal, estas bien gordo, no te vaya a venir un infarto” un acá, ¿no?” (Entrevista 4)

En este caso, la familia, que es la primera institución social, es la que toma un rol protagónico al tratar de hacer que el enfermo tome conciencia de su situación. Este tipo de comentarios son distintos a los que generan molestia en las personas con obesidad (referidos en el apartado anterior), puesto que estos no llevan una carga de crítica o cuestionamiento hacia el enfermo o su imagen, al contrario, van acompañados por la preocupación de la familia que busca salvaguardar a uno de sus miembros. De otro modo, la persona obesa queda expuesta a que “sus

relaciones sociales queden interrumpidas y (padecer) dolores, y puede tener que hacer frente a serias alteraciones de sus perspectivas para el futuro; en el caso extremo, pero en absoluto infrecuente, la terminación de su vida” (Parsons, S/F, pág. 285). Por ello, la familia debe propiciar que el individuo enfermo tenga conciencia de su padecimiento, y en este sentido, ayudarlo a superarlo, evitando que haya complicaciones más severas a futuro. Relacionado con esto, se mencionó:

“pues yo creo que sí, más que nada siento que influye mucho tu entorno social, porque pues como dices tú, nunca va a faltar un compañero, tu primo, tu amigo o alguien que te haga ese tipo de comentarios, entonces yo creo que es difícil que alguien diga: “ay no, pues yo ni me había dado cuenta”, yo creo que todos sabemos realmente lo que tenemos” (entrevista 2)

Además, no es exclusivo de la familia hacer recomendaciones u observaciones a la persona con obesidad, también pueden surgir del grupo de amigos o de los compañeros de trabajo, esto propicia que los enfermos de obesidad puedan tener una mayor conciencia de su padecimiento, lo cual evita que se detecte hasta que haya escalado a niveles más drásticos. Esta puede ser considerada la parte positiva de lo que se les dice a los enfermos, la parte positiva de la transformación de relaciones sociales, que tienen como propósito prevenir y hacer sentir apoyo al enfermo, sin embargo, ahora se explicará el ajuste de las relaciones y su forma negativa.

Primero hay que recordar que:

[...] la enfermedad es un estado de perturbación en el funcionamiento normal del individuo humano total, comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de sus ajustamientos personal y social. La enfermedad se define pues, en parte biológicamente y en parte socialmente (Parsons, S/F, pág. 277).

La parte social a la que se hace alusión, puede dividirse en dos partes: los ajustes positivos, que ya fueron explicados, y los ajustes negativos; estos últimos se caracterizan por ser “nocivos” para la persona con obesidad, se presentan en

formas de burlas o actitudes de segregación o discriminación, estos aspectos son los que más resaltaron en las entrevistas; de los cuatro sujetos entrevistados, todos hicieron declaraciones relacionadas con los aspectos negativos que conllevan los ajustes de las relaciones sociales. Al respecto se mencionó:

“y hay personas que cuando voy al seguro me dicen: “ora sí, entrando para acá, llegando allá a la clínica te van a mandar para acá, porque estás bien gordo, como nosotros”, y ahí están haciendo ejercicio, no mejor ya no vengo, pero si, bajita la mano sí se burlan porque está uno obeso” (entrevista 4)

“sí porque, por ejemplo aunque sea en broma que te digan que gordito o gordo, de todos modos se están fijando en algo, en esa condición que tú tienes” (entrevista 3)

Por un lado se puede notar que algunos consideran como una burla de otras personas los comentarios sobre su obesidad, se transforman las relaciones sociales al dejar de ser de respeto y buen trato para convertirse en burlas y comentarios poco agradables; por el otro, se considera que las personas que hacen comentarios sobre el físico, tiene solo como objetivo recalcar la enfermedad que se padece, por ello, esto se suma a los aspectos negativos sobre las relaciones, pues podría suceder que al interactuar con otros no haya más que decir que “estás gordito”, y que las conversaciones giren en torno a la obesidad de los individuos.

Anteriormente, se mencionó que dentro de la familia las relaciones se modifican en una forma positiva, pues al preocuparse por uno de los integrantes los otros tratan de brindarle apoyo o aconsejarlo para que pueda ir superando su enfermedad. Aunque esto no sucede en todas las familias, pues incluso al interior de éstas puede vislumbrarse el aspecto negativo de la transformación de las relaciones sociales. Esto es visible cuando hay burlas hacia el afectado por la obesidad de parte de los otros integrantes. Se comentó esto:

“Pues, así como tanto de las personas, no, pero con mis hermanos, mi hermano principalmente a veces sí es como esa cuestión, siento que en el entorno pues no

tanto, no me ha pasado así como esas cosas, pero familiares sí, mi hermano, mi papá, como que esas bromitas, y pues a veces sí te molesta” (entrevista 2)

“Pues, o sea, mi papá también es gordito, mi hermano era muy delgado pero ahorita igual ya medio está llenito, por eso es así como que de repente: “ay la gordita”; cosas así, entonces, y no solamente conmigo, sino como que con mi hermana igual, mi hermana está chaparrita, y que la chaparra o cosas así, entonces a lo mejor yo siento que la gente lo dice como de broma, de cariño, o cosas así, cuando realmente no se dan cuenta” (entrevista 2)

Provoca molestia que se haga este tipo de comentarios, sobre todo cuando se hacen de manera recurrente, en algunas otros se considera como una muestra de cariño poco ortodoxa, sin embargo, parece más factible hablar de una forma negativa en que se trata la obesidad de un individuo al interior de la familia, pues las burlas o los sobrenombres no tienen una connotación positiva (o no deberían tenerla) para quien es blanco de éstos.

Una forma más alarmante de cómo se transforman las relaciones sociales de manera negativa se encuentra en los casos de discriminación o segregación a los que se enfrentan algunos individuos; que otras personas los hagan a un lado por sufrir obesidad es una de las consecuencias sociales más inminentes que conlleva esta enfermedad, y puede ser un elemento angular que permita definir el costo social de la obesidad desde una perspectiva sociológica. Respecto a la discriminación se comentó esto:

“Sí, a la hora de relacionarte pues sí, si hay gente que como te digo discriminan, te hacen el feo o algo así” (entrevista 1)

“A veces sí, porque hay veces que sí son como que, digamos este, pues como decirlo, este, como se llama eso, racismo hacia el gordo” (entrevista 1)

“¡Discriminación! Hacia el gordo, en algunas relaciones laborales a lo mejor sí, tal vez también sentimentales, ¿no?, como que sí te afecta” (entrevista 1)

Se considera que en algunos ámbitos sí hay discriminación o segregación, el que más se recalca es el ámbito del trabajo, donde se considera que por la obesidad las personas ya no pueden realizar algunas actividades, esto también tiene repercusiones en lo que concierne a las emociones, pues se visualiza que la discriminación puede afectar emocionalmente a las personas con obesidad. Así, hasta ahora se puede notar que hay una relación entre las actividades cotidianas, las emociones y las relaciones sociales, pues la obesidad afecta a estos tres ámbitos, sin embargo, también se nota que existe una complejidad entre los tres; parecen estar relacionados y no disociados del todo, por ejemplo: hay una discriminación hacia una persona por pensar que ya no puede hacer algunas actividades, si ya no puede realizarlas por la obesidad serían dos afectaciones, y si esto le trae tristeza son tres afectaciones relacionadas entre sí y con una raíz común (la obesidad).

Por último, también se debe agregar que para Parsons existe una modificación del sistema de la personalidad cuando un individuo se enfrenta a una enfermedad, dado que ya no puede seguir realizando sus actividades con normalidad, no solo se impacta la rutina de las personas, con ello, también se impacta a las emociones, haciendo que éstas se transformen o se adecuen a la nueva situación de enfermedad (Parsons, S/F). En algunos casos hay modificaciones negativas de la personalidad del individuo: se vuelvan más callados, dejan de ver a familiares y amigos o se prohíben de interactuar con personas nuevas, lo cierto es que algunas de estas modificaciones se piensan como mecanismos de defensa ante una agresión (simbólica) de los otros con los que conviven:

“no, no ha cambiado mi personalidad, más bien mi personalidad se adecua a mi condición cuando entablo una relación” (entrevista 3)

“no, no porque, incluso, por ejemplo, a la hora de entablar una relación de amigos o de novios o algo así, pues trato de que mi personalidad haga a un lado ese aspecto de mi obesidad” (entrevista 3)

“(Trato de) seguir la broma, algunos, sé que algunos lo hacen de broma, pero trato de seguir la broma cuando se trata de eso; cuando no, pues sí trato de marcar bien las cosas: no “me llamo así” “dime de esta forma” “no me gusta”, también creo que a veces la gente lo hace de forma muy insistente, y las primeras dos veces lo hace en broma, ya después lo hace de mala gana” (entrevista 3)

Estas son formas en que la personalidad cambia, de manera que el individuo pueda afrontar a personas que le hacen bromas o le remarcan su obesidad, se puede hablar entonces de que sí existe una modificación del sistema de la personalidad que a su vez sirve como un blindaje ante las acciones o dichos negativos de otros.

Expectativas

Las expectativas de los individuos cambian cuando se presenta una enfermedad, en muchos ámbitos se pueden cambiar las expectativas, sin embargo aquí la atención está centrada en los aspectos de carácter social, es decir, en como los individuos perciben su futuro y el de las relaciones que entablan con otros. Aquí es conveniente precisar que también se diferencia la modificación de las expectativas en dos formas: negativas y positivas, las primeras están relacionadas a un cambio favorable en la situación del individuo. Por ejemplo, pensar que se puede bajar de peso es una expectativa favorable, mientras que una negativa sería pensar en tener más enfermedades a raíz de la obesidad. Una de las primeras cosas que se mencionó en las entrevistas es que:

“sí, o sea que para todo eso hay que bajar de peso, para que te sientas mejor y puedas hacer tus actividades más libremente” (entrevista 4)

Se considera que bajar de peso es una solución que puede llevar a realizar actividades cotidianas sin ningún tipo de limitación, además, se considera un requisito para mejorar la salud del individuo, y que acarrea más libertad de acción. Esta podría ser una expectativa modificada en su forma positiva, pues lo que se vislumbra a futuro no es una tragedia como la muerte prematura, al contrario, se observa que hay una especie de optimismo respecto a cambiar la situación actual, esto demuestra que sí hay una modificación de las expectativas en forma positiva, pero muchas veces no es fácil acercarse a cumplir esas expectativas.

En otra entrevista se mencionó esto:

“Mira, yo quiero pensar que mi futuro no va a ser así, no quiero que sea así por temas de salud, espero que no, quiero que en cuanto se tengan recursos económicos y de tiempo pueda yo darme atención en esa forma, cuidarte es algo que cuesta mucho, algo que a veces no podemos costearnos, por diversas situaciones pero sí es muy costoso y requiere tiempo” (entrevista 3)

Se nota que aunque hay determinación para combatir la obesidad, no es todo lo que se requiere, se considera que hay que tener una disponibilidad de tiempo y dinero para poder “hacerle frente”; lo que subyace a este comentario respecto a

tener los medios para cuidarse adecuadamente es una conciencia y una motivación para cuidarse, eso es un primer paso de suma importancia para las personas obesas, pues son los primeros pasos para transitar de un estado de quietismo y confort con la enfermedad a una postura activa para combatirla o tratar de aminorar sus efectos. En la misma entrevista se menciona esto:

“Espero tener la solvencia para que si en un futuro puedo tener una enfermedad poderla costear y controlarla o tener el dinero para mantenerme estable”

(entrevista 3)

Aquí, lo monetario parece estar bastante imbricado con las expectativas, tener dinero se considera esencial para controlar la obesidad o una enfermedad a futuro, sin embargo, tener conciencia de la alimentación puede ser un paso favorable para el combate de la obesidad, y una forma de prevenir futuras enfermedades sin esperar a que aparezcan.

Otras formas de cuidarse que fueron mencionadas en las entrevistas y que abordan el aspecto positivo de las expectativas del individuo, fueron las siguientes:

“Sí, ya hago deporte, practico un deporte, pues para bajar de peso” (entrevista 1)

“Pues tengo que hacer el propósito por bajar algo, porque yo también necesito ejercitarme, o sea, hacer mis ejercicio para este, pues para sentirme mejor, ¿no?”

(Entrevista 4)

Estas se enfocan al deporte y al ejercicio como una manera de poder combatir la obesidad, pero además, como una manera de cambiar lo que venga a futuro, con el ejercicio se tiene la esperanza de bajar de peso y poder llevar un estilo de vida más sano, además de una mejoría en distintos ámbitos de la vida de la persona obesa.

“sí es posible, pero pues hace falta mucha conciencia de saber hasta dónde, si te presentan papas, cocas, donas, y abajo está el agua, que tú sepas que es mejor el

agua, yo creo que todo radica en eso, y sí se puede, mucha gente ha podido a base de dejar refrescos, pan, se ha propuesto dejarlo y le ha dado buenos resultados” (entrevista 3)

“Pues sí, porque empiezas a bajar de peso, también comer ya más moderadamente cosas que te puedan subir de peso, también he tratado de bajarle ya” (entrevista 1)

Estas dos últimas refieren a cambios en la alimentación, y se presentan como fundamentales para cambiar la situación de obesidad de las personas que la padecen. Esto, aunado a la conciencia que debe tener el sujeto sobre su situación, sobre los límites y el discernimiento entre lo que es bueno comer y lo que no, deviene un proceso de voluntad en que el obeso debe comenzar a moderar su alimentación y prestar más atención a lo que come; todas estas posibles soluciones modifican las expectativas que los individuos tienen, pues plantean la posibilidad de que a futuro la obesidad vaya aminorando sus efectos sobre su vida cotidiana y su estado de salud, tanto física como mental.

Por tanto, se puede pensar que “para la persona que tiene la enfermedad, es que en proporción a su gravedad constituye una frustración de las expectativas de su pauta de vida normal” (Parsons, S/F, pág. 284). En los casos ya mencionados no hay una frustración de las expectativas, por ejemplo, no se mencionó algo que quisieran hacer y ya no podrán por tener obesidad, los testimonios presentados están más enfocados en una expectativa positiva, donde la obesidad no afecte tanto o que esté siendo combatida mediante mecanismos que puedan ayudar a controlarla, como una mejor alimentación o la práctica constante de un deporte y ejercicio.

Esto puede deberse a que la obesidad que padecen no la sienten muy grave, y por tanto, no se modifican demasiado las expectativas, desde otro punto de vista se puede enlazar a las expectativas positivas con un optimismo fundado en considerar que aún están tiempo para cambiar su situación. Hay que resaltar el hecho de que no siempre las expectativas de los individuos se transforman para

mal a causa de una enfermedad. Y esto es bueno, pues al no ver el futuro como algo que ya está perdido, se puede comenzar a caminar hacia acciones que pretendan mejorar la calidad de vida de los enfermos, se pueden plantear metas a corto y mediano plazos que se tengan como principal motor, y dejar atrás una enfermedad que incapacita para desempeñar efectivamente los roles sociales. Sin dejar de lado que estas expectativas positivas y las acciones para cumplirlas solo pueden ser posibles cuando el grado de obesidad no sea demasiado grave.

Hasta ahora se han revisado los aspectos positivos del ajuste de las expectativas de los individuos, ahora se revisaran los que son de carácter negativo, es decir, las que se encuentran más relacionadas con enfermedades o muerte, y riesgos de empeorar. Uno de los entrevistados comentó esto:

“Como esto que te digo, me pongo a pensar, no, por decir, me voy con mis nietos a hacer ejercicio, o sea como los acompaño, en una de esas de tanto que me sofoco, dicen que me puede dar un infarto de lo mismo de que me sofoco, entonces he ahí el problema” (entrevista 4)

Esta ya constituye una muestra de carácter negativo, pues lo que se espera en un futuro es una complicación cardíaca, una consecuencia más grave derivada de la obesidad. Y un aspecto que cabe mencionar es el del ejercicio, pues en este testimonio se contempla el hacer ejercicio, pero no como una forma de mejorar la salud, sino como un aliciente para sufrir una complicación cardíaca. En otra entrevista se mencionó lo siguiente:

“(a futuro) ahí si ya va haber limitantes de un traslado, ya va a ser más difícil trasladarte, hacer tus actividades diarias cuando tienes ese tipo de enfermedades” (entrevista 2)

La expectativa (en el caso del testimonio) cambia para mal, puesto que se considera que a futuro sí habrá complicaciones de movimiento y para realizar actividades cotidianas, por tanto, no se vislumbra un mejor futuro, sino uno más

complicado. Puede ser que actualmente no haya complicaciones, pero éstas sí se considera que estarán presentes a futuro.

Una de las consecuencias de la obesidad para un individuo es que sus relaciones sociales se ven afectadas al mismo tiempo que los planes o metas que se hayan trazado para el futuro se vayan distorsionando hasta vislumbrar consecuencias fatales como podría ser la muerte (Parsons, S/F). Estas alteraciones no solo impactan en el nivel individual, también impactan en lo referente a las relaciones sociales de la persona obesa. En una entrevista se dijo esto:

“Mi pareja tiene que estar al tanto si uno ya no puede aportar y con mis hijos lo mismo, porque los hijos se preocupan, ya no puedes estar con ellos, jugar con ellos, tienes alguna limitación tal vez de tener otras enfermedades que se te desaten” (entrevista 1)

Se puede notar que la pareja también es una de las personas que sufre el efecto de la obesidad, aunque, claro está, de una manera indirecta; también se hace alusión a los hijos como una de las personas con las que se complican las relaciones a causa de tener obesidad. Relacionándolo con las expectativas, éstas se modifican en el sentido de un desamparo y un legado de preocupaciones para la familia, pues se considera que si no se baja de peso y se trata de combatir la obesidad, se puede llegar a complicar la vida del individuo y con ello, también se modifica la de los seres que lo rodean:

“Estar, controlar mi obesidad bajar de peso y ya no tener la obesidad [...] Pues tendría más enfermedades y tendría más problemas en mi vida” (entrevista 1)

En todo caso, puede notarse que sí hay una conciencia, en algunos casos, del estado de salud que tienen las personas con obesidad, y una voluntad para tratar de cambiarlo, teniendo como fin no afectar a su persona (con enfermedades a futuro) y a las que rodean al enfermo (legando preocupaciones).

Para terminar, se debe hablar de una expectativa que se presenta como bastante probable y difícil de cambiar: esta expectativa considera que todos los individuos

son propensos a tener obesidad y que esto se hace más latente con la edad, sin embargo, es difícil creer que cualquier persona puede ser obesa, ya que, al ser una enfermedad que tiene causas multifactoriales, no se puede establecer una generalización respecto a quienes son las personas que van a padecer obesidad a futuro. Esto se comentó en una de las entrevistas:

“A final de cuentas yo creo que todos estamos propensos a padecerlas, porque a lo mejor cuando eres más joven te cuidas más, te preocupas más por ti, pero pues te cansas, tienes hijos y empiezas a descuidarte y ya tienes como esos rasgos hereditarios, pues al final de cuentas si terminas padeciendo lo mismo que tus familiares” (entrevista 2)

Como ya se mencionó, es difícil saber quién va a padecer o no obesidad, sin embargo, el testimonio anterior se presenta como una expectativa negativa, que se fundamenta en que todos son propensos a padecer obesidad y que esto se vuelve más inminente con la edad, aunque en la realidad, saber quién va a tener obesidad es más complicado y requiere más que una observación empírica.

Riesgo de otras enfermedades

En este último apartado de resultados se aborda lo concerniente al riesgo de otras enfermedades, se abarca desde las que ya se padecen hasta las que puedan ser todavía un peligro latente, además, se muestra las impresiones que deja el riesgo o las enfermedades a los individuos, y de qué manera se encuentran afectados por éstas. En algunos casos se considera que “cuidamos más la enfermedad en la que una enfermedad corre el riesgo de precipitarnos, que la propia enfermedad actual; porque más que una complicación de la enfermedad lo que hay es una precipitación de enfermedades (Canguilhem, 2005, pág. 152). Es decir, preocupan más las enfermedades que se puedan padecer a futuro que la que actualmente se tiene; en el caso de la obesidad, puede ser que preocupe más tener otra enfermedad como la diabetes, y se pueden encauzar los recursos a prevenir la diabetes de una forma que no se hizo con la obesidad. Al respecto, esto se dijo en una de las entrevistas:

“Tengo hipertensión, pero cuando me diagnosticaron, bueno, cuando me dio el diagnóstico la doctora, me señaló que, cómo se dice, no se debía tanto a mi alimentación o a mi condición física, porque al final estoy joven, sí tengo sobrepeso pero moderado, pero este, se debe más a cuestiones hereditarias”

entrevista 3

En este caso se puede observar que ni siquiera se considera a la obesidad como un factor que causó la hipertensión, sino que se asocia más a cuestiones hereditarias, esto puede tomarse como un síntoma de olvido de las causas principales en pro de la prevención y cuidado de los efectos; dicho de otra manera, no se considera a la obesidad como un factor que causó la hipertensión, y se prefiere poner atención en la hipertensión que se padece que a la obesidad que la causó.

Así mismo, se debe considerar que “cada enfermedad reduce el poder de enfrentar las otras, desgasta el aseguramiento biológico inicial sin el cual ni siquiera habría vida” (Canguilhem, 2005, pág. 152). Cada enfermedad va mermando biológicamente al individuo, por lo cual, es razonable pensar que una enfermedad pueda ser la causa que desencadene otras, y por tanto debería haber

una preocupación, primero, por prevenir cualquier enfermedad, y segundo, ya que se padece una enfermedad como la obesidad, tratar de darle seguimiento, con el fin de aliviarla o aminorar sus impacto en el individuo, así como descartar que se puedan presentar otras enfermedades más catastróficas en el futuro. En algunas de las entrevistas se mencionó esto:

“Pues simplemente cuando me dice que debo de bajar de peso, me dice que estoy propenso a, como te digo, un infarto, una embolia, pues ya me sucedió, se me desvió este lado de la cara (izquierdo), media embolia facial” (entrevista 1)

“Pues sí me ha dado porque ya tengo enfermedad, La presión arterial alta, hipertenso, y eso es por el sobrepeso que tengo” (entrevista 1)

En este caso, la persona ya tiene otras enfermedades, y se da cuenta que es una persona propensa a tener otras enfermedades por el hecho de padecer obesidad, es primordial que atienda los consejos de su médico y comience a bajar de peso antes de que tenga consecuencias más catastróficas. Sobre todo porque ya le ha pasado en una ocasión, y eso puede que haya mermado el estado físico del cuerpo, una segunda ocasión puede tal vez ocasionar la muerte. Pero lo importante es que se debe adoptar una cultura de la prevención de las enfermedades, pues más allá de todas las consecuencias que pueda tener la obesidad, lo ideal sería que los individuos tuvieran una plena conciencia de que no se trata de una cuestión de autoestima o estética, sino de un primer piso de afectaciones a la salud, y de seguir en el mismo camino se puede desembocar en padecimientos mucho más graves.

Otros testimonios también señalan lo siguiente:

“No, lo que me ha pasado sabes qué es, que cuando estoy durmiendo dejo de respirar y empiezo así a (imita un sofoco) haz de cuenta que acabo de correr mucho y me senté y estoy así (imita un sofoco)” (entrevista 1)

“(Me dicen) Usted debe de bajar, porque usted está expuesto a dormirse y ya no despertar, por la obesidad”, que hasta me puedo ahogar” (entrevista 1)

Estas son algunas consecuencias que los individuos notan, debido a la obesidad, y también una de las recomendaciones que más se ha retomado en esta presentación de resultados, el bajar de peso parecer ser el primer paso que deben dar los enfermos con obesidad para poder mejorar su estado de salud y poder disminuir el riesgo de padecer otras enfermedades.

“Ansiedad sí he sufrido, de hecho, por la misma ansiedad, sientes que te va a dar un paro cardíaco, empieza el corazón a acelerarse o cosas así y pues muchas veces he terminado en urgencias pensando que me está pasando otra cosa y pues no, no tengo nada” (entrevista 2)

“A la larga te trae diabetes, hipertensión, y esas son las consecuencias realmente del estado físico” (entrevista 2)

En estos dos testimonios se muestran otras enfermedades que se han llegado a padecer o que se cree pueden afectar a la persona con obesidad. Sin embargo, allí sí se reconoce que hay consecuencias por tener obesidad, ya que se menciona que debido al estado físico se puede llegar a otras enfermedades más graves. Ahora se presentaran los dos últimos testimonios que se rescataron de las entrevistas; éstos demuestran que el riesgo de tener otras enfermedades tampoco está disociado de las relaciones sociales que entabla el individuo:

“Una enfermedad perjudicaría más en un aspecto familiar, ahí sí te limitaría a hacer muchas cosas que quisieras hacer pero ya no podrías” (entrevista 3)

“Para empezar las enfermedades y de ahí, pues problemas en mi vida de pareja, con mis hijos” (entrevista 1)

Se considera que una de las principales consecuencias por tener otras enfermedades es tener problemas con la familia; la familia vuelve a aparecer como una de las preocupaciones más grandes que tienen las personas con obesidad, pues consideran que las afectaciones que les traiga la obesidad también impacta en su entorno familiar, principalmente con los hijos y la pareja. Además, se puede observar que existe una convergencia entre las actividades cotidianas y la familia, pues si la obesidad trae serios efectos para el enfermo, estos también afectan a la

familia y las actividades que se realizan con ella, por ejemplo, jugar con los niños o salir a pasear con la pareja. Para concluir, puede decirse que en muchos casos los factores que pueden explicar el costo social de la obesidad desde una perspectiva sociológica, no se encuentra separados entre sí, sino que hay una relación entre todos que permite hablar de un solo costo explicado por cinco factores como mínimo.

Conclusiones

Desde la perspectiva de los datos recopilados por el Estado mexicano a través de las encuestas que tienen como objetivo conocer el estado de salud de los mexicanos, se observa nítidamente que el problema de la obesidad es el número uno de salud pública en la actualidad; es preocupante que México ocupe los primeros lugar de obesidad adulta y obesidad infantil a nivel internacional. Por ello, gran parte de los esfuerzos de las secretarías de Estado, de las instituciones de investigación científica y de las universidades debe enfocarse al estudio de esta enfermedad, así como a la propuesta de posibles soluciones a mediano y largo plazos para este padecimiento que hoy afecta a más del 70 por ciento de la población adulta.

Desde la academia deben hacerse esfuerzos por estudiar y aportar, desde distintos enfoques científicos, elementos que permitan entender este problema y en la medida de lo posible, proponer soluciones o proyectos encaminados a paliar los efectos que la obesidad tiene en distintos ámbitos. Debe dejar de creerse que los temas que refieren a la salud y la enfermedad son un asunto exclusivo de las disciplinas biológicas, y cada vez ir integrando miradas que capten otros ángulos del problema. Como es el caso de la sociología; así mismo, esta ciencia social debe mirar más a menudo en problemas que no le parezcan cercanos y averiguar que tanto puede decir de ellos.

Esto último no debe ser exclusivo de la sociología sino de las ciencias sociales en conjunto. Resulta interesante conocer qué es lo que la antropología puede decir o ha dicho sobre este problema, y no solo esta ciencia, también la economía, la psicología, la ciencia política y hasta la historia. Desde estas disciplinas se pueden alcanzar dos cosas: por un lado, el estudio inter y multidisciplinario de la obesidad, y por el otro, captar e integrar diversas miradas sobre un problema común, lo cual ayudaría a develar partes que ahora pudieran parecer opacas o incluso no visibles.

Con los elementos de carácter empírico y los de carácter teórico, para el primer objetivo específico se concluye que hablar de actividades cotidianas para tratar de acercarse a un concepto de costo social de la obesidad desde una perspectiva sociológica es válido. Los individuos sí notan que hay un cambio de sus actividades debido a su enfermedad. La obesidad es algo que limita, y en ese sentido hay concordancia con la teoría del estructural funcionalismo, pues las afectaciones de una enfermedad pueden notarse en lo biológico y lo social. Lo social es entendido como actividades cotidianas que las personas ya no pueden realizar o que realizan con dificultad. En la mayoría de los casos se considera que el impedimento es consecuencia de la obesidad.

Hay distintos tipos de actividades, como de esparcimiento y las actividades laborales. Estos fueron las actividades que se destacaron cuando se habla de impedimentos para realizarlas. Practicar algún deporte o bailar son algunas de las actividades de recreación y esparcimiento que se ven limitadas por la obesidad. En el ámbito de lo laboral se dan impedimentos, sobre todo cuando el trabajo que se realiza es en su mayoría manual, no hay una libertad de movimiento que permita cumplir cabalmente con los requerimientos del empleo. En ese sentido se habla de la obesidad como la causa de problemas en lo cotidiano, y se afirma que es válido hablar de lo cotidiano para establecer un costo social.

Para el segundo objetivo específico se concluye que al hablar de una enfermedad como la obesidad, las emociones que viene a la cabeza de las personas son totalmente negativas, no se encontró ni un solo indicio que permita hablar de emociones positivas cuando se menciona la obesidad. Esto era esperado hasta cierto punto, pues desde la teoría se pudo vislumbrar que las enfermedades se relacionan con emociones negativas como el miedo o la inseguridad. Sin embargo, hay que mencionar que las distintas fuentes de donde surgen estas emociones.

Derivado de que los entrevistados son personas que ya tienen obesidad, el miedo que dijeron que les provoca no es padecer la obesidad como tal, sino que ese miedo es producto de otros factores, entre los que se encuentran: dejar desamparada a la familia o sufrir una enfermedad más grave a futuro. La inseguridad se presenta sobre todo en el ámbito de pareja, al considerarse menos atractivas las personas obesas consideran que esto trae complicaciones con su pareja, como una disminución del cariño o de la atracción. La ansiedad, al igual que el miedo, proviene de saber que pueden tener otras enfermedades o padecimientos que terminen en una muerte prematura. Así, se demuestra que las emociones catalogadas como negativas son elementos que ayudan a conceptualizar el costo social de la obesidad desde una mirada sociológica.

Las relaciones sociales son otro aspecto de la vida social que es modificado, en este caso existen dos formas de modificación: positiva y negativa. Las relaciones sociales se modifican de manera positiva cuando los que rodean al enfermo tratan de hacer que sea consciente de su problema de obesidad y que debe cuidarse más: otro caso es cuando los individuos que rodean al enfermo le procuran cuidados y le ayudan a tratar de mejorar su situación. En estas situaciones hay una modificación de las relaciones pero para bien, lo cual no permite hablar de la configuración del concepto de costo social. Caso contrario es el de la transformación negativa, esta se caracteriza por hacer que los que rodean al obeso lo aíslen o segreguen, además de hacerle comentarios burlescos sobre su estado físico; este cambio puede llegar incluso a darse dentro de la familia, por lo cual, se puede hablar de un elemento que ayuda a configurar el concepto de costo, pues si dentro de la propia familia existen cambios negativos, se puede esperar que estos sean mucho mayores cuando el enfermo trata de entablar relaciones al exterior del seno familiar.

En cuanto al tercer objetivo específico, se encontró que en la transformación de las expectativas, también existen dos tipos de cambio en las expectativas. La primera es caracterizada por ser para bien, se podría llamar positiva, en esta, el individuo concibe al futuro como una oportunidad para mejorar su estado de salud, dejar atrás la obesidad y poder tener una vida sin tantas limitaciones. El segundo cambio es el negativo, donde el sujeto piensa que puede tener una muerte prematura, enfermedades más graves, o puede vivir aislado y sin una plena movilidad. En este caso, también es viable optar por la parte negativa para comenzar a conceptualizar el costo social de la obesidad.

Y en lo que concierne al riesgo de padecer otras enfermedades, los individuos que ya las tienen se sienten preocupados por el peligro de empeorar o tener complicaciones como un infarto. Los que aún no sufren enfermedades ya fueron advertidos de que pueden padecer enfermedades si no cambian el estilo de vida. En los dos casos la incertidumbre es un elemento común, por estar esperando a que algo grave suceda o por pensar todo el tiempo que algo malo les puede suceder.

Para terminar, se presentan las hipótesis formuladas para este trabajo, hay que recordar que este es una de las posibilidades que ofrece el enfoque cualitativo de investigación. Las hipótesis son:

H₁

La obesidad no impacta por separado a los distintos ámbitos de la vida de los individuos, sino que puede llegar a afectar de distintas formas a una sola persona, y estas afectaciones se encuentran interrelacionadas.

H₂

Las personas de la tercera edad sufren más los efectos de carácter social que acarrea la obesidad.

Lecciones aprendidas

Una investigación que pretenda abordar el tema de la obesidad requiere tiempo; éste se necesita para diseñar y seleccionar la muestra (ya sea desde el enfoque cualitativo o cuantitativo). Debido principalmente a que no toda la gente será accesible a dar una entrevista para hablar de su condición física o de su enfermedad. Se debe tener mucha cautela y respeto al pedir a una persona que colabore con la investigación, el tema puede no ser de su agrado y puede sentirse ofendido. Además es indispensable tener paciencia para encontrar personas que quieran participar, pues como se mencionó, el tema puede ser algo brusco, y seleccionar los elementos de la muestra puede ser difícil y cansado.

Cuando se han conseguido las entrevistas se debe ser muy cuidadoso de no herir la susceptibilidad de los individuos, para ello, los sociólogos deben comenzar a adentrarse en las disciplinas que pueden enseñarles a controlar una catarsis o una perturbación del ambiente en el que se desarrollan las entrevistas. La opción más viables es acercarse y aprender de los psicólogos, pero también puede haber un acercamiento con los enfoques metodológicos que rechazan concebir al sujeto como un objeto del que solo se extrae información, y verlo como una persona más con la que se entabla una relación y la cual merece se ponga cuidado al interactuar con ella y esto es propio de la disciplina sociológica.

Todo lo expuesto hasta aquí tiene como propósito brindar una referencia a los sociólogos que se interesen en trabajar este tipo de temas, enfocándose en la parte de la recolección de datos (trabajo empírico); esta fue la parte que más se dificultó en esta investigación y en la que parece los sociólogos podrían estar menos preparados para trabajar temas un poco delicados como este.

Desde la perspectiva metodológica se puede hablar de lo conveniente que es utilizar otros enfoques para tratar este tema, se recomienda el mixto: a partir de los resultados que se obtengan en la parte cualitativa se pueden desprender las bases para plantear la parte cuantitativa. Es decir, los datos cualitativos tendrán un soporte más objetivo al introducir las técnicas estadísticas de investigación. Además, si la población objetivo es pequeña (un asilo, por ejemplo), se puede utilizar una técnica de muestreo aleatorio simple que permita hacer generalizaciones sobre esa población. También deben mirarse otras técnicas como los grupos de enfoque, los cuales permitan recolectar información de una manera más acelerada, además de tener la ventaja de que haya menos inhibición de los individuos a consecuencia de compartir ideas en grupo.

Por último, se deben seleccionar otras poblaciones objetivos al tratar temas como estos; lo que se presentó hasta ahora son resultados de gente adulta, lo que parece dejar en el aire lo que pasa con niños y adolescentes, cuáles son los factores que explicarían un costo para ellos, por eso es importante voltear a ver a otros grupos de personas, para conocer qué pasa con ellos, y a la vez tratar de encontrar resultados atendiendo a variables como sexo u ocupación. De esa manera puede que la sociología pueda ayudar a alumbrar más un problema tan complejo como lo es la obesidad.

Bibliografía

- Agostini, C. (2010). *Las estadísticas de salud en México. Ideas, actores e instituciones, 1810-2010* . México: UNAM, Secretaría de Salud.
- Berlinguer, G. (1994). *La enfermedad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Canguilhem, G. (2005). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- CEPAL. (2004). *Boletín del instituto No. 15*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- CONEVAL. (2009). *Informe de evolución histórica de la situación nutricional de la población y los programas de alimentación, nutrición y abasto en México*. México.
- García, E. (2010). *La obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Gobierno de México. (2013). *Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes* . México.
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- IMCO Staff. (2016). *Kilos de más, pesos de menos: Los costos de la obesidad en México*. México: Instituto Mexicano para la Competitividad.
- Parsons, T. (S/F). *El sistema social* .
- Ritzer, G. (2010). *Teoría sociológica clásica* . México: McGraw Hill.
- Rivera, J. (2012). *Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado*. México: UNAM.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2013). *Estructura programática a emplear en el proyecto de presupuesto de egresos 2013*. México: SHCP.
- Secretaría de Salud . (1999). *Encuesta Nacional de Nutrición*. México: Instituto Nacional de Salud.
- Secretaría de Salud . (2016). *Encuesta nacional de salud y nutrición. Medio camino*. México: Instituto Nacional de Salud.

- Secretaría de Salud. (1993). *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*. México: Instituto Nacional de Salud.
- Secretaría de Salud. (2000). *Encuesta Nacional de Salud*. México: Instituto Nacional de Salud.
- Secretaría de Salud. (2006). *Encuesta nacional de salud y nutrición*. México: Instituto Nacional de Salud.
- Secretaría de Salud. (2012). *Encuesta nacional de salud y nutrición*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Secretaría de Salud. (2017). *Norma Oficial Mexicana para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad*. México: Diario Oficial de la Federación .
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2014). *Estructura programática a emplear en el proyecto de presupuesto de egresos 2014*. México: SHCP.
- Vivas, A. (2010). *Teoría económica de la obesidad* . México.

Anexos

Anexo 1. Guion de entrevistas a profundidad

| Categorías (derivadas de los elementos teóricos) | Variables | Preguntas |
|---|--|--|
| Actividades cotidianas | -Reducción del nivel de actividad -Incapacidad para cumplir funciones -Incapacidad o barreras para cumplir actividades cotidianas | ¿Sus actividades se han visto afectadas por el sobrepeso? ¿Ha tenido problemas para realizar actividades cotidianas? |
| Emociones | -Sufrimiento, incapacidad o desamparo -Necesidad de ayuda -Humillación, inferioridad o segregación -Ansiedad -Cambios en la personalidad | ¿Con que emociones relaciona el sobrepeso? ¿Se ha sentido segregado o menospreciado por tener sobrepeso? ¿Piensa que su personalidad cambió cuando empezó a notar que tenía sobrepeso? ¿Ha sentido ansiedad por su estado físico? |
| Emociones de los otros | -Transformación de los sentimientos de los otros -Cambio emocional en las relaciones con otros | ¿Cree que las personas cercanas han cambiado el trato hacia usted por el sobrepeso? ¿Considera que su sobrepeso influye en las otras personas? |
| Categorías (derivadas | Variables | |

| de los elementos teóricos) | | Preguntas |
|------------------------------|---|---|
| Expectativas a futuro | -Riesgo de sus expectativas -Riesgo de las expectativas de vida normal | ¿Se ha modificado la idea de futuro que usted tenía a causa del sobrepeso? ¿Considera que su futuro le causa incertidumbre? |
| Relaciones sociales | -Interrupciones o dificultades para entablar relaciones sociales -Transformación de las relaciones sociales -Cambios al interactuar con otros | ¿Considera que por su sobrepeso se complica el interactuar con otros? ¿Ha notado cambios cuando interactúa con otros? |
| Riesgo de otras enfermedades | -Riesgo de empeorar -Complicación por otras enfermedades -Riesgo de tener otras enfermedades | ¿Cree que se encuentra en riesgo de empeorar su situación de salud a causa del sobrepeso? ¿ha padecido otras enfermedades debido al sobrepeso? ¿Le asusta el llegar a padecer otras enfermedades debido al sobrepeso? |

Anexo 2. Transcripción de entrevista 1 (entrevista piloto)

E: entrevistador

S: sujeto

30 años, peso 96 kg, altura 1.70 IMC= 33.21

E: Bueno, ¿usted considera que exista un costo social del sobrepeso y la obesidad?, en términos de que ha afectado en sus relaciones, en sus emociones o algo así, o ¿se ha sentido incapacitado en algunas actividades por tener sobrepeso?

S: Pues en algunas actividades sí

E: ¿Cómo cuáles?

S: Pues, en actividades cotidianas, cuando ya estás muy gordo subir una escalera te cansa mucho, o correr un tramo corto igual te cansas, te agitas bien gacho, como que sí afecta, ¿no?

E: ¿Y tú has sufrido de eso?

S: Sí

E: Y por ejemplo usted, esas emociones que le genera el tener sobrepeso, ¿cómo se ha sentido?, con que emociones lo relaciona, con un sufrimiento, con una incapacidad un desamparo o algo así

S: Pues como una incapacidad, sufrimiento no, incapacidad, incapacidad más que nada, porque, no sé, de que no puedes, o sea sí puedes, pero te agitas o te cansas mas

E: ¿Pero solo en actividades físicas le ha limitado? ¿Usted siente que solo en actividades físicas lo limita?

S: Sí

E: Por ejemplo, cuando se relaciona con otras personas ¿no cree que lo limite?

S: A veces sí, porque hay veces que sí son como que, digamos este, pues como decirlo, este, como se llama eso, racismo hacia el gordo

E: ¿Discriminación?

S: ¡Discriminación! Hacia el gordo, en algunas relaciones laborales a lo mejor sí, tal vez también sentimentales, ¿no?, como que sí te afecta

E: Ok, en las emociones sí le afecta, sí se ha llegado a sentir mal

S: Sí

E: Pero, ¿ese sentir mal lo han producido otras personas?, o tú mismo sientes como “no me quiero, no me gusto”

S: Sí, no, yo mismo, bueno, en mi caso yo mismo he sentido como que “estoy bien pinche gordo, ya le tengo que bajar”

E: Pero no es algo que cotidianamente te diga otra gente

S: Ah no

E: ¿No? Otra gente no te dice: “ay no, estás gordo, deberías bajar de peso”

S: A mí no

E: En cuanto a tus expectativas de vida, ¿no se han visto cómo distorsionadas? Por ejemplo usted tenía hace muchos años la idea de que quería llevar una vida sana, hacer ejercicio constantemente, pero cuando se dio cuenta de que tenía un problema de sobrepeso, no pensó algo como: “eso ya no lo voy a poder hacer” “muchas cosas se ven afectadas porque tengo sobrepeso”

S: Pues sí

E: Como que cosas, o sea de lo que usted esperaba que fuera su vida, qué se ha transformado porque tiene sobrepeso. Por ejemplo, que pueda tener otras enfermedades ¿le ha dado miedo?

S: Pues sí me ha dado porque ya tengo enfermedad

E: ¿Qué enfermedad?

S: La presión arterial alta, hipertenso, y eso es por el sobrepeso que tengo

E: ¿Y eso le da miedo?

S: Pues sí, me da miedo al pensar que me pueda pasar algo y dejar a mi familia, digamos desamparada, ese es más mi miedo, no tanto a morirme yo, sino dejar a mi familia desamparada

E: ¿O sea que se relaciona con su familia el miedo a que puedas tener consecuencias por tener sobrepeso?

S: Sí

E: Y respecto a eso, ¿ha tomado alguna medida?

S: Sí, ya hago deporte, practico un deporte, pues para bajar de peso

E: ¿Qué deporte?

S: Box

E: ¿Y eso le ha hecho sentir más...?

S: Pues sí, porque empiezas a bajar de peso, también comer ya más moderadamente cosas que te puedan subir de peso, también he tratado de bajarle ya

E: Y entonces, sí afecta sus actividades normales, en cuanto a lo laboral sí afecta, me dijo

S: Sí, a la hora de relacionarte pues sí, si hay gente que como te digo discriminan, te hacen el feo o algo así

E: ¿Y en lo laboral, cuando está en el trabajo, ha tenido algún impedimento?

S: Pues no, hasta ahorita no, solo cuando me enfermé, que estuve en tratamiento en lo que veía si era hipertenso o no, no pude trabajar, no sé si eso aplique

E: En otros ámbitos como en la vida de pareja, ¿ha sentido alguna afectación?, o por ejemplo, ¿tiene hijos?

S: Sí

E: El jugar con sus hijos, ¿hay una limitante en ese aspecto?

S: Pues no, con mis hijos no, y en pareja pues, a lo mejor no que mi pareja me lo diga, pero digo a lo mejor este, mi pareja piensa: “pues ya está bien gordo” o ya me ve diferente, pues sí ya, o digamos ya no me quiere igual porque estoy subiendo de peso

E: O sea que le crea una inseguridad

S: Ajá, una inseguridad, a mí mismo, porque no es que mi pareja me lo diga, o a lo mejor no me lo dice por, pues por lo mismo, a de decir: “si le digo...no”

E: Pero le deja la inseguridad de pensar que su pareja ya no lo ve como antes, digamos

S: Ajá, sí, pues por el sobrepeso

E: Ok, por ejemplo, otro tipo de afectaciones ¿no ha sentido? Cuando interactúas con otra persona, cuando ves a otros gorditos, ¿cómo se siente?

S: Pues, si veo otros más gorditos que yo, digo: “chale ese carnal está bien gordo”, o, “sí se debería de cuidar”, o así, pero también luego cuando interactúas con otros gorditos y ves que están sanos, bueno, relativamente están sanos, como que te entra el: “ah no pasa nada”

E: Como que siente que no ha llegado a ese límite

S: Ajá, Como que siento que todavía, siento que no estoy tan gordo

E: Y por ejemplo, sus perspectivas a futuro ¿cómo serían?

S: Estar, controlar mi obesidad bajar de peso y ya no tener la obesidad

E: Y si no lo hiciera ¿qué piensa que podría pasar?

S: Pues tendría más enfermedades y tendría más problemas en mi vida

E: ¿Cómo cuáles?

S: Pues, para empezar las enfermedades y de ahí, pues problemas en mi vida de pareja, con mis hijos, mi pareja porque tiene que estar al tanto si uno ya no puede aportar y con mis hijos lo mismo, porque los hijos se preocupan, ya no puedes estar con ellos, jugar con ellos, tienes alguna limitación tal vez de tener otras enfermedades que se te desaten

E: ¿Ha buscado ayuda médica, antes de presentar enfermedades?

S: No

E: ¿Nunca buscó ayuda?

S: No, nunca

E: ¿Y por qué cree que no buscó esa ayuda?

S: Porque no sentía nada, yo me sentía bien, yo creía sentirme bien, estar bien, o sea sí te dicen: “no es que estás gordo” pero uno dice yo me siento bien, hasta que llega un límite en que ya no, empiezas a sentir los achaques y es cuando ya recurres a un médico, o ya empiezas a ver porque, y ya te das cuenta que es por tu obesidad, bueno, a mí me pasó así

E: Y hasta ese momento que le llego una enfermedad más “dura”, digamos, es que empezaste a tomar conciencia de que estaba en ese estado de sobrepeso

S: Aja, sí, solo hasta que, hasta el momento que ya no pudo mi cuerpo más fue cuando empecé a hacer conciencia de que tenía que hacer deporte, moderar mi alimentación, muchas cosas, ¿no?, tomar agua, digamos, porque uno siempre el refresco y todo eso, no comes sano, siempre comes en la calle

E: Y un costo monetario que haya tenido con base en tu problema

S: Pues, a la hora de detectarme la enfermedad, los gastos del médico, pues porque tuve que faltar al trabajo, porque me sentía mal, y todo eso, pues este, o sea ¿en cantidad quieres que te diga?

E: No, no, no, pero ¿sí hubo un costo monetario?

S: Sí, pues sí, claro, fue alto

E: Y usted considera que hay un costo como social, de sus relaciones, de su interacción con otros individuos, ¿cuál consideraría usted, si es que cree que existe alguno, que sea ese costo social?

S: ¿De la hora de interactuar después de mi enfermedad?

E: O antes, cuando solo tenía sobrepeso

S: Pero el costo cómo, en qué

E: En cuanto a tus relaciones sociales, en tu interacción con otros individuos, con tu familia, por ejemplo, no solamente tu esposa y tus hijos, sino tus papás, tus hermanos, ¿crees que hubo un cambio?

S: ¿Pero a partir de que me enferme o antes?

E: A partir de que se enfermó, por ejemplo

S: Pues yo digo que no

E: ¿No te costó nada?

S: No, pues así en la convivencia, tú dices, ¿algo así?

E: Sí

S: No

E: Y antes, cuando solo tenías el sobrepeso

S: No, pues tampoco

Anexo 3. Transcripción de entrevista 2

Entrevistador: E

Sujeto: S

E: ¿considera que la obesidad es una enfermedad?

S: pues sí, ¿no?, es que depende, ya ves que hoy en día pues de hecho si vas al IMSS, mi hermana, que yo siento que está delgada, pesa 58 kilos, pero mide 1.52, está muy chaparrita, entonces, para ella le dicen que ya es, que ya tiene kilos de más, entonces no tanto como una enfermedad, pero si no te controlas ese sobrepeso, pues a la larga vienen enfermedades como diabetes, hipertensión, entonces yo creo que es como un foco de atención para cuidarte, para que a la larga no se cree una enfermedad

E: ¿usted cree que la gente se dé cuenta sola de su obesidad, que uno mismo diga: estoy obeso?

S: ay sí, todos, bueno yo digo que todos sabemos, ¿no?, qué onda con tu cuerpo, pero pues, como que lo dejas, sobre todo por el ritmo de vida, el trabajo, la escuela, los hijos, todo... pues entonces a veces sí realmente no se tiene tiempo como para cuidarte y sobre todo pues económicamente que es más fácil, a lo mejor, como comprarte una torta de tamal en la mañana de 12 pesos a que te vayas a comprar una ensalada o un coctel que cuesta 20, 25 o 30, entonces pues, todos nos damos cuenta realmente de lo que comemos pero por cuestiones económicas o de tiempo no ponemos como tanta atención

E: ¿usted cree que tener obesidad pueda limitar en las actividades cotidianas que se tienen?

S: pues depende del tipo de obesidad que tengas, ¿no?, porque pues, si son en niveles todavía bajos pues no, pero ya si es por 20, 30 o 40 kilos, pues sí ya afecta tanto tu rendimiento, te cansas de subir las escaleras, vas un poco más lento en el transporte, caminando, entonces yo creo que sí afecta

E: ¿ha sentido alguna limitación en cuanto a lo físico?

S: pues así tanto, por ejemplo, subir las escaleras no, hasta eso sí no me cuesta todavía, pero cuando corro sí, por ejemplo, si vamos a correr no sé, vamos x, te digo: pues vamos a correr, vamos a hacer ejercicio, no voy a aguantar tres o cuatro kilómetros, o sea sí, sí te cansa, a lo mejor no todavía en mis actividades diarias, pero en hacer realmente un ejercicio pues sí

E: ¿con qué emoción relacionaría el tener obesidad? ¿Cree que exista o siente alguna emoción?

S: pues a veces frustración, no, porque igual, yo ahorita no, porque me he descuidado un montón, antes sí ya diario me iba a hacer ejercicio, y cosas así, y como que de repente sí bajaba, de repente subía, entonces como que eso te causa frustración, y por esa frustración digo: “ya, chingue a su madre”, o sea ya lo dejamos

E: ¿alguna vez ha tenido alguna experiencia con que alguien lo señale o le haga burla porque dicen: “está obeso, está gordito, está gordita”?

S: pues, así como tanto de las personas, no, pero con mis hermanos, mi hermano principalmente a veces sí es como esa cuestión, siento que en el entorno pues no tanto, no me ha pasado así como esas cosas, pero familiares sí, mi hermano, mi papá, como que esas bromitas, y pues a veces sí te molesta

E: entonces, ¿qué le hace sentir?

S: pues ahora ya me acostumbré, porque ya sé que así son, pero pues al principio sí es como... mmmm... pues sí como que enoja, yo creo que como todo, cuando te critican cierta cosa, a lo mejor tú sientes que te ves súper bien con la ropa que traes y te dicen: “ay no, eso no te combina, ay tus tenis, ay tus”... entonces sí enoja porque están como atacando tu persona

E: ¿piensa que su personalidad cambia o pueda cambiar su personalidad por tener sobrepeso?

S: pues no, no creo, es que yo creo que ya depende de ti, a lo mejor de la seguridad que tengas o cosas así, y, bueno yo siento que no influye tanto

E: ¿ha sentido ansiedad por el estado físico que tiene?

S: he sentido ansiedad, pero no por el estado físico, sí me causa ansiedad otras cosas por ejemplo el estrés de la escuela, del transporte, del trabajo, y sí he sentido ansiedad por ese tipo de cuestiones, ¿no?, pero sí, sí he sufrido ansiedad

E: bueno, ya me platicaba de, podría platicarme un poquito más sobre el entorno familiar, de las bromas que te hacen

S: pues, o sea, mi papá también es gordito, mi hermano era muy delgado pero ahorita igual ya medio está llenito, por eso es así como que de repente: “ay la gordita”; cosas así, entonces, y no solamente conmigo, sino como que con mi hermana igual, mi hermana está chaparrita, y que la chaparra o cosas así, entonces a lo mejor yo siento que la gente lo dice como de broma, de cariño, o cosas así, cuando realmente no se dan cuenta de que te molesta o te pone de malas, entonces como que ese entorno familiar sí, y principalmente la familia de mi papá sí es así como de calificativos, ¿no?: “ay el negrito”, a mí papá le dicen negro, a lo mejor ya se acostumbró, pero en algún momento yo creo que sí te afecta

E: y por ejemplo, en su trabajo, ¿nunca llegó a pasar algo así?

S: pues no, hasta eso no, nunca, pero yo siento que principalmente en el entorno familiar

E: ¿Cree que su obesidad influya en su futuro próximo?

S: yo creo que todo, dicen que todo en exceso te hace daño, ni tan gordo ni tan delgado, porque eso siempre va a traer consecuencias, por eso te digo que hay que estar como atento a todas esos kilos de más, porque a la larga te trae diabetes, hipertensión, y esas son las consecuencias realmente del estado físico,

y ahí si ya va haber limitantes de un traslado, ya va a ser más difícil trasladarte, hacer tus actividades diarias cuando tienes ese tipo de enfermedades

E: por ejemplo, usted qué opina de las personas que están obesas o sobre si están conscientes...

S: pues yo creo que sí, más que nada siento que influye mucho tu entorno social, porque pues como dices tú, nunca va a faltar un compañero, tu primo, tu amigo o alguien que te haga ese tipo de comentarios, entonces yo creo que es difícil que alguien diga: "ay no, pues yo ni me había dado cuenta", yo creo que todos sabemos realmente lo que tenemos pero pues está en uno hacer cambios, entonces yo creo que todos estamos conscientes realmente del estado físico en el que estamos

E: ¿Usted nunca ha tenido una complicación al interactuar con otros, o por ejemplo que lo tachen de obeso, nunca ha tenido complicación con alguna persona?

S: pues, por esa cuestión no, sí soy como muy, no soy muy social yo, pero como que siempre he sido así toda la vida, tanto así que yo siento que por eso he tenido problemas para interactuar, no, siempre he sido así como con ese tipo de problema mío de poner como ese tipo de barreras, entonces siento que en ese punto nunca he tenido problemas de esa condición pero porque soy así

E: ¿cree que su salud tanto mental y física empeoraría de seguir descuidándose?

S: Pues sí, te digo que hace... me puse un poco mala por el estrés del trabajo, me empezó a dar mucha ansiedad, ya de hecho ni siquiera quería ir al trabajo ni nada, y ya deje de trabajar, y pues por lo mismo lo único que me hacía sentir bien era hacer ejercicio, como que me liberaba de toda esa ansiedad y ya pues conforme hice ejercicio sin cambiar hábitos, así, alimenticios, pero haciendo ejercicio diario pues bajé, bajé como unos siete kilos, pero pues igual otra vez, retomé, cambie el estilo de vida, pero creo que si eres constante sí va a traer resultados

E: me decía que ha padecido otras enfermedades como el estrés...

S: sí, siempre he sufrido desde que era adolescente cuando entre a la secundaria, igual no, el cambio, nosotros vivíamos en otros estado, llegar aquí a la ciudad, veníamos y regresábamos, entonces al llegar aquí todas las cosas nuevas sí me causaban ansiedad, ansiedad sí he sufrido, de hecho, por la misma ansiedad, sientes que te va a dar un paro cardíaco, empieza el corazón a acelerarse o cosas así y pues muchas veces he terminado en urgencias pensando que me está pasando otra cosa y pues no, no tengo nada, de hecho sí hubo un tiempo que sí fui al psicólogo, por lo mismo, por ese tipo de ansiedad que he sufrido, yo lo que he notado es que siempre dicen que el ejercicio te libera de todo, por eso siempre que me pasa eso, me pongo a hacer ejercicio y me siento bien, pero igual otra vez, ya me siento bien y lo empiezo a dejar

E: ¿no le da miedo en el futuro padecer más enfermedades?

S: pues sí, obviamente, pues yo creo que todos, principalmente, porque o sea, es muy común, en todas las familias, que tu abuelito tiene diabetes, tiene hipertensión, o cosas así y son hereditarias, entonces, si te das cuenta hoy en México la mayoría de las personas, por lo menos un familiar tiene ese tipo de enfermedades, entonces, si son hereditarias y no cuidas la alimentación, el ritmo de vida que llevamos, a final de cuentas yo creo que todos estamos propensos a padecerlas, porque a lo mejor cuando eres más joven te cuidas más, te preocupas más por ti, pero pues te cansas, tienes hijos y empiezas a descuidarte y ya tienes como esos rasgos hereditarios, pues al final de cuentas si terminas padeciendo lo mismo que tus familiares

Anexo 4. Transcripción de entrevista 3

E: entrevistador

S: sujeto

E: usted considera que alguien que tiene obesidad ¿podría ver afectadas sus actividades diarias por esa condición?

S: te lo digo en la experiencia propia, no, no porque, pues yo puedo caminar, puedo moverme bien, sí con algunas limitantes, por ejemplo, meterte en toda la bola del metrobus, una persona delgada a lo mejor lo puede hacer y yo no, pero, o sea en mi vida cotidiana pues no, puedo hacer todas las actividades que yo he realizado durante toda mi vida, o sea, no me ha afectado en esas actividades el sobrepeso, directamente. Depende mucho del nivel de obesidad y también las condiciones, u otras condiciones físicas que pueda tener la persona, por ejemplo la estatura, puedes tener sobrepeso pero ser alto, y se compensa, no te pega tanto, una persona que esté muy bajita y tiene sobrepeso, o sea pues no, cómo quieres

E: ¿su trabajo también lo puede realizar sin ningún problema?

S: sin ningún problema, no, no hay ninguna limitante en mi trabajo

E: ¿usted piensa que la obesidad esté asociada a alguna emoción?

S: sí, porque mucha gente recurre a la comida, se me hace algo tonto, pero bueno, algunas personas lo hacen inconscientemente pero mucha gente recurre a la comida para llenar un vacío emocional, o sea, dicen muchos psicólogos que las personas que están gordas es porque no se quieren, o sea porque no tienen esa autoestima que deberían de tener, pero más allá de eso, yo siento que es cuando te da el bajón de una emoción, te afecta algo y buscas la comida

E: por ejemplo, usted ¿qué emoción diría que ha sentido?

S: ¿de las emociones?

E: sí

S: mira, la primera podría ser depresión, o bueno, tristeza, porque la comida es algo que te satisface y te ayuda a olvidarte de lo que estás pensando, otra podría ser enojo, porque la gente come cuando se enoja, y frustración porque no hay cosas bien en tu vida y no sabes cómo arreglarlas, como en las drogas, buscas alguna salida, y te digo que a lo mejor la comida es del tipo inconsciente y no te das cuenta, por ejemplo, cuando tú recorres a una droga te das cuenta y sabes a lo que vas, no es como por automático, sabes que vas a consumirla, sabes lo que vas a hacer, pero con la comida no, la comida actúa diferente

E: ¿en algún momento de su vida ha sufrido un acto de discriminación o bullying, por su condición de obesidad?

S: sí, sí, pero en ese aspecto yo tengo otra forma de ver las cosas, mucha gente sí se va para abajo, no lo externa, pero sí se va para abajo, y yo lo tomo, ¿pero sabes cómo trato de tomarlo yo? Seguir la broma, algunos, sé que algunos lo hacen de broma, pero trato de seguir la broma cuando se trata de eso; cuando no, pues sí trato de marcar bien las cosas: no “me llamo así” “dime de esta forma” “no me gusta”, también creo que a veces la gente lo hace de forma muy insistente, y las primeras dos veces lo hace en broma, ya después lo hace de mala gana

E: piensa que su personalidad ha llegado a cambiar con alguien o a modificarse

S: ¿cómo?

E: pensando o aceptando que tiene obesidad, piensa que ha modificado su personalidad

S: no, no porque, incluso, por ejemplo, a la hora de entablar una relación de amigos o de novios o algo así, pues trato de que mi personalidad haga a un lado ese aspecto de mi obesidad, o sea, vamos a ser honestos, ninguna persona dice: “ay me gusto ese chico por su sobrepeso”, entonces mucha gente tiene a su pareja así, pero es por otras cuestiones porque son simpáticos con ellos y ya a la larga empiezan a tomar el cariño o la aceptación por todo, tanto en lo físico como

en la personalidad, entonces no, no ha cambiado mi personalidad, más bien mi personalidad se adecua a mi condición cuando entablo una relación

E: volviendo al tema de la emociones, ¿ha sentido ansiedad o tristeza?

S: mira, te decía, siento que el comer es la parte o la acción más inconsciente para satisfacer una necesidad causada por una emoción, así, así que yo te diga necesite comer algo porque estaba triste o enojado, no

E: por ejemplo, en las relaciones con las personas, ¿usted cree que las personas se fijan en su condición de obesidad y se modifique la relación que tenga con usted por eso? o es algo que se deja de lado al entablar relaciones sociales

S: sí, sí se puede, porque por ejemplo hay muchos casos en los que el chico gordito es muy buena onda, pero siempre le van a ver eso: “es que está gordito”

E: y por ejemplo, sus relaciones con amigos o con personas conocidas...

S: sí porque, por ejemplo aunque sea en broma que te digan que gordito o gordo, de todos modos se están fijando en algo, en esa condición que tú tienes,

E: Usted se visualiza con obesidad en el futuro o ha pensado en ir con un nutriólogo a que lo evalúe, o ¿cómo ha pensado que va a ser su futuro por la obesidad?

S: mira, yo quiero pensar que mi futuro no va a ser así, no quiero que sea así por temas de salud, más que de cuestiones sociales porque eso de verdad ya no me preocupa, más que mi familia, no tengo que llenarle el ojo a nadie, y más que nada por salud sí espero que no, quiero que en cuanto se tengan recursos económicos y de tiempo pueda yo darme atención en esa forma, porque también es un factor y la gente no lo ve, o sea, cuidarte es algo que cuesta mucho, algo que a veces no podemos costearnos, por diversas situaciones pero sí es muy costoso y requiere tiempo, pues tú sabes que trabajar, estudiar, sí te quita tiempo de poder ir un rato al parque y por eso

E: entonces, ¿usted cree que tener enfermedades en un futuro sea una problemática para usted en lo económico o lo en lo familiar?

S: mmmm, sí, más en el aspecto familiar porque en lo económico no creo que llegue, o espero, que no llegue a ese grado, espero tener la solvencia para que si en un futuro puedo tener una enfermedad poderla costear y controlarla o tener el dinero para mantenerme estable, pero sí, una enfermedad perjudicaría más en un aspecto familiar, ahí sí te limitaría a hacer muchas cosas que quisieras hacer pero ya no podrías

E: y ahora, por ejemplo, ¿no tiene ninguna enfermedad derivada de la obesidad?

S: tengo hipertensión, pero cuando me diagnosticaron, bueno, cuando me dio el diagnostico la doctora, me señalo que, cómo se dice, no se debía tanto a mi alimentación o a mi condición física, porque al final estoy joven, sí tengo sobrepeso pero moderado, pero este, se debe más a cuestiones hereditarias y a mi estilo de vida, porque todo el tiempo estoy de aquí para allá, no tengo el descanso que debería tener una personas para evitar todo este tipo de cosas, y también por los tiempos no como bien, digamos, sí tiene que ver un poco pero no tanto

E: y ¿cómo es la relación con su familia?

S: pues con mi hijo sí juego, vemos películas y todo, pero a él le gusta estar más en el piso, con los juguetes y sí me pongo a jugar con él, obviamente porque está pequeño y está más delgadito, tiene más facilidad de moverse de aquí para allá

E: ¿usted qué opina sobre si las personas puedan cambiar su estilo de vida, comer, ejercitarse, a pesar del ambiente en que se desarrollan?

S: sí es posible, pero pues hace falta mucha conciencia de saber hasta dónde, si te presentan papas, cocas, donas, y abajo está el agua, que tú sepas que es mejor el agua, yo creo que todo radica en eso, y sí se puede, mucha gente ha podido a base de dejar refrescos, pan, se ha propuesto dejarlo y le ha dado buenos resultados, yo en lo personal, hubo un tiempo en que sí me propuse dejar

de tomar refresco, sí lo logré y sí sentía la diferencia, baje de peso y así, pero está más que nada en uno, y también influye la condición económica y la disponibilidad de tiempo, porque cuando no tienes tiempo lo único que buscas es sobrevivir con lo que tengas a la mano, un puesto de gorditas, quesadillas, un oxo o un puesto de dulces y cosas rápidas y supuestamente baratas

Anexo 5. Transcripción de entrevista 4

E: entrevistador

S: sujeto

E: sus actividades diarias, cotidianas, ¿se ven afectadas por la obesidad o se han visto afectadas por la obesidad?

S: sí

E: como ¿qué actividades se han visto afectadas?

S: sí bueno, para mí, simplemente para subirme a la camioneta me cuesta una bronca

E: ¿eso es algo en lo que le afecta cotidianamente?

S: sí, pues es que para subirme me cuesta trabajo, y luego también cuando voy manejando y me dicen le paso dos, le paso tres, tengo que estarme volteando y es por lo mismo obeso que estoy que me cuesta

E: y eso es en su trabajo, ¿no?, cuando está en la camioneta

S: en el trabajo, sí... bueno, eso es en mi trabajo en la camioneta, pero acá en lo mío de la tapicería, pues también, porque tengo que, pongo los burros y pongo el sofá por decirlo y tengo que andar abajo del sillón, para clavar ahora sí que la tela y todo eso y me sofoco, o sea que eso también es un poco de problema para mí, por lo mismo de la obesidad

E: ¿eso ya tiene mucho tiempo o ha aumentado con la edad?

S: con la edad ha estado aumentando más, con la edad ha aumentado más, sí

E: y para realizar algunas otras actividades cotidianas ¿le impide la obesidad hacerlas?, por ejemplo subir las escaleras o ir a correr, algo así

S: pues simplemente en el metro, hijo

E: ¿cómo le afecta en el metro?

S: en el metro ya me han tirado, me tiran, van corriendo, suben corriendo, y yo voy lento por lo mismo de mi obesidad, y ya hasta las señoritas me ayudan a levantarme, y los jóvenes ahí: “órale, no te fijas del señor que ya está grande”, yo eso es lo que he notado por lo mismo de la obesidad

E: ¿cómo que ha disminuido su velocidad, cuando camina y así?

S: sí, sí, simplemente antier, antier, me dice mi hijo: “papá, vamos a la farmacia”, como acaba de comprar una bicicleta bien bonita, le digo: “si quieres me voy en la bicicleta”, y yo era bien bueno, hijo, yo tenía una parrillota atrás, una 28 y este, ponía el sofá y luego un juego de silla, ya ves cómo se enciman y luego un amigo mío allá arriba, y no hombre, la movía yo rebien, y ahora yo solito me quise subir, bueno, me subí y sentía que me iba

E: ¿por el peso?

S: sí, le digo a mi hijo: “que crees, me dio miedo subirme a la bicicleta,- a poco papá-, sí”, ya tiene años que no me subo a la bicicleta, porque la verdad me dio miedo, sentí que me caía, y sí es por la obesidad, hijo, y bueno, la falta de practica también de tanto tiempo que lo he dejado de hacer, sí, pero sí es, la obesidad es la que me ha amolado a mí, a mí lo que me dice la doctora: “no –dice-, usted tiene que bajar de peso, peso 105 kilos y debo de pesar 60, 68, es depende de la estatura dicen

E: ok, y por ejemplo su obesidad ¿con qué emociones la puede relacionar?, que emociones ha sentido por tener obesidad, se ha sentido mal...

S: sí, me sofoco

E: pero emocionalmente, se siente triste...

S: sí, pues ya no puedo hacer mis actividades, que antes hacia

E: y eso lo frustra

S: sí, pues como no, me deprime

E: ¿a usted le gustaría ser más activo?

S: exacto, ser más activo

E: estar todo el día de aquí para allá y así

S: exacto, simplemente para nadar, yo era bien bueno para nadar, sí nado, pero yo por decirlo de la puerta hasta allá, me la aventaba y por abajo buceando, ahora nado de aquí a donde empiezan las escaleras y tengo que salirme porque (imita un sofoco) bien sofocado

E: ok, y cuando interactúa con otros ¿se ha sentido segregado, que lo hagan a un lado por su condición?

S: sí, sí, pues como no, simplemente cuando bailo, yo me aventaba el disco el ese, como le llaman, el longplay, ¿sí no?, me lo aventaba de los dos lados el rock and roll, ahora bailo un ratito y (imita un sofoco) me tengo que sentar

E: ¿y piensa usted que su personalidad cambio a base de que es gordito?

S: ¿pero cómo?, ¿cómo que cambió?

E: por ejemplo, ¿ya se ha distanciado de algunas personas, ha dejado de ver a sus amigos?

S: no, no, yo los sigo frecuentando, o sea me frecuentan, pero sí me han dicho: "has estado embarneciendo más", porque yo no era así, que fuera gordo, gordo, no (muestra algunas fotografías al entrevistador) yo no era gordo, ahorita sí, ¿no estás viendo?

E: ¿entonces comenzó a subir de peso con la edad?

S: con la edad, como fui creciendo, sí

E: ¿y por qué cree que empezó a subir de peso tan drástico?

S: ha de ser por lo mismo de que ya casi no trabajo

E: entonces por la inactividad usted cree que ha subido

S: sí

E: ¿y ha sentido ansiedad por estar así gordito?

S: pues eso que te digo, corro y me da ansiedad y me sofoco, me hace mal

E: ¿pero no le da ansiedad el querer bajar, o sentirse mal porque está gordito?

S: pues sí, es lo que quiero bajar, pero no puedo, no puedo, como ahorita, mira, ahorita ceno porque en todo el día no he comido, entonces tengo que comer para, en la madrugada me empieza a doler el estómago, y me tengo que parar a comer algo, y ya como algo y ya me quedo dormido, pues mira, estoy exagerado, pero bien exagerado que estoy

E: ¿y usted cree que las personas han cambiado el trato hacia usted por la obesidad, o sea cuando se relaciona con sus hijos, sus nietos?

S: no, más, antes hasta me quieren más

E: no le bromean, ¿nada de eso?

S: no, burlarse de mi sobrepeso no

E: ¿cree que su obesidad influye en otras personas emocionalmente?, o las personas le dicen: “no, ya tendrías que bajar”, “deberías cuidarte”

S: eso, mis hermanos: “ya bájale de peso carnal, estas bien gordo, no te vaya a venir un infarto” un acá, ¿no?

E: ¿se preocupan por lo que puede pasar?

S: ajá, sí

E: ¿y usted se ha preocupado por eso, que le pueda pasar algo por su estado de obesidad?

S: sí, pero no me puedo prohibir de comer, hijo, y el problema sabes que es, que no hago nada de ejercicio, como pero no me muevo, ando en la camioneta sentado, no hago actividad así, de que diga yo, pues sudo, con esto voy bajando de peso, no, no lo hago

E: pero, ¿sí le da miedo lo que pueda pasar en un futuro?

S: sí

E: ¿cómo qué cree que podría pasar, qué se imagina o qué piensa?

S: como esto que te digo, me pongo a pensar, no, por decir, me voy con mis nietos a hacer ejercicio, o sea como los acompaño, en una de esas de tanto que me sofoco, dicen que me puede dar un infarto de lo mismo de que me sofoco, entonces he ahí el problema de que digo bueno pues tengo que hacer el propósito por bajar algo, porque yo también necesito ejercitarme, o sea, hacer mis ejercicio para este, pues para sentirme mejor, ¿no?

E: entonces ¿le causa incertidumbre que pueda pasarle otra cosa o que pueda tener otra enfermedad?

S: sí, sí, pues me da miedo que me vaya a suceder algo

E: y cuando interactúa con otros, ¿usted cree que haya tenido un cambio, cuando se relaciona con las personas?, por ejemplo, no con su familia sino personas extrañas cuando las trata

S: pues mira, yo ahí en Neza llevo 58 años, y hay personas que cuando voy al seguro, ya ves que ahí los tienen haciendo ejercicio a los que están obesos, cuando entro me dicen: “ora sí, entrando para acá, llegando allá a la clínica te van a mandar para acá, porque estás bien gordo, como nosotros”, y ahí están haciendo ejercicio, no mejor ya no vengo, pero si, bajita la mano sí se burlan porque está uno obeso, pero ellos también, por eso están allí, porque los tienen

ejercitándose, haciendo sus ejercicios, y yo no, no lo hago, que estoy mal, que estoy mal, porque yo debo hacer ejercicio para que me encuentre yo en mejor estado de salud

E: ¿y no cree que por su edad ya no sea tan fácil hacer ejercicio?

S: sí, pues ya por mi edad ya casi no

E: ¿ya no le dan ganas?

S: sí, la edad, pues 70 años tengo

E: y usted ¿va al médico regularmente para atenderse el problema de la obesidad?

S: no nada más para lo del peso, sino que me checan, o sea tengo seguro, tengo mi carnet, una de mis hijas me aseguró, y cada mes voy a que me den una revisada

E: ¿y el médico le ha dicho si tiene algún riesgo de que por la obesidad pueda padecer otra enfermedad?

S: sí

E: ¿cómo cuál?

S: pues simplemente cuando me dice que debo de bajar de peso, me dice que estoy propenso a, como te digo, un infarto, una embolia, pues ya me sucedió, se me desvió este lado de la cara (izquierdo), media embolia facial

E: ¿y esos son como los riesgos que puede tener si no baja de peso?

S: sí, o sea que para todo eso hay que bajar de peso, para que te sientas mejor y puedas hacer tus actividades más libremente

E: esas son las que pueden pasarle a futuro, ¿pero no ha padecido otras?

S: no, lo que me ha pasado sabes qué es, que cuando estoy durmiendo dejo de respirar y empiezo así a (imita un sofoco) haz de cuenta que acabo de correr mucho y me senté y estoy así (imita un sofoco), una vez aquí, todavía vivían aquí mis hijos, que le marco a mi hijo, que le digo: “que crees, me siento bien mal –¿qué tienes?- no sé, desperté y desperté bien sofocado, no podía respirar –vámonos ahorita, y vamos al doctor- no, cálmate, ya me estoy controlando, ya me estoy este, estabilizando”, pero sí es eso, yo digo que es la obesidad, y eso me lo ha dicho la doctora: “usted debe de bajar, porque usted está expuesto a dormirse y ya no despertar, por la obesidad”, que hasta me puedo ahogar

E: ¿y eso que emociones le trae?, miedo o...

S: sí, miedo, pues te imaginas dormirme y ya no despertar, y luego yo aquí solo

E: por ejemplo, usted considera que la obesidad tenga algún costo en un sentido social, al interactuar con otros, o en las emociones...que se sienta inferior por no realizar sus actividades libremente

S: eso sí, me siento mal, de que yo sé eso, y ahora que estoy así de obeso ya no puedo hacer mis actividades, entonces, pues me siento mal, no, porque antes yo me ejercitaba, yo era bien bueno para la bicicleta y ahora me dio miedo, me subí y sentía que me caía, ora, ya no son los mismos reflejos, ya no es el mismo movimiento, y ahí en los carros sentía que chocaba, con ellos, antes los rebasaba yo, del camión me bajaba yo corriendo, me subía corriendo, y ahora me da miedo, me da miedo de bajarme de una camioneta por lo mismo alto, te digo, ya me he caído, y eso es por el peso

E: y eso lo ha obligado a cambiar sus actividades

S: sí pues ya no lo hago como yo lo hacía, entonces tengo que buscar la forma y la manera de hacerlo pero más calmadamente, más lentamente

E: por último, ¿cómo se dio cuenta que ya tenía un problema de obesidad?, se lo dijeron los médicos o usted mismo...

S: no, yo mismo lo sentí, porque, te vuelvo a repetir, no hacia yo mis actividades como debía, como debía de ser, simplemente, yo para trabajar ponía dos burros y me metía abajo para voltearlos y tapizar, ahora me meto y ya no me puedo salir, ahora me cuesta más problema hacerlo que antes, antes me agachaba y volteaba yo el mueble y ahora ya no, antes levantaba el sofá, ahora ya no puedo, necesito que alguien me ayude