

Representaciones sociales de la dieta en pacientes con obesidad: caso internacional México (Chalco) / Brasil (Aracaju). Parte I

Donovan Casas Patiño,*,** Cristiane Costa da Cunha Oliveira,***
Alejandra Rodríguez Torres, ** Georgina Contreras Landgrave,****
María de los Ángeles Maya Martínez*,**

RESUMEN

Introducción: La obesidad es una enfermedad crónica prevenible de origen multifactorial, donde la dieta se convierte en herramienta crucial para su combate, pero ¿cómo está construida ésta en los pacientes obesos de dos países? **Objetivo:** Interpretar la representación social de la dieta en el individuo con obesidad en una comunidad del Estado de México y compararla con una comunidad de Brasil. **Método:** El presente estudio es de tipo cualitativo; se realizó una entrevista semiestructurada a un grupo de sujetos obesos de México (Chalco) y Brasil (Aracaju). **Resultados:** La voz de los actores en México en relación con la dieta refleja un imaginario que remite a todo aquello que les obligan a comer (centralismo biomedicalizado), por lo cual deben apegarse con estricto rigor; muestran respeto a la dieta prescrita por un nutriólogo o médico, pero la refieren como muy cara y no concordante con la realidad económica. La voz de los actores en Brasil señala como dieta «comer saludable», «apoyo de combate a su padecer»; la dieta prescrita por un médico de familia y promotores de salud es adecuada y está basada en alimentos de la región. **Conclusión:** La relación discursiva de los pacientes entrevistados muestra que la población brasileña tiene un significado más establecido respecto al sistema alimentario básico; en cambio, en México se tiene un significado más elaborado en relación con una esfera biomédica (biocontrol). Conocer el significado de «dieta» para los pacientes con obesidad nos permite proponer estrategias de prevención, promoción y educación en salud a fin de mejorar conductas y hábitos saludables, como los provistos en los discursos de la población brasileña.

Palabras clave: Obesidad, representación social, determinantes sociales de la salud, México, Brasil.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a preventable chronic disease of multifactorial origin, where diet becomes crucial for combating it; but, how is it made up in obese patients in two countries? **Objective:** To interpret the social representation of «diet» in obese patients in a community in the State of Mexico and to compare it with a community of Brazil. **Method:** This study is qualitative; semi-structured interviews were conducted with groups of obese people in Mexico (Chalco) and Brazil (Aracaju). **Results:** In relation to diet, the actors in Mexico show an imaginary which refers to everything that they are forced to eat (biomedicalized centralism), to which they must adhere; they show respect for the diet prescribed by a nutritionist or medical doctor, but refer to it as very expensive and not based on economic reality. The actors in Brazil defined diet as «healthy eating», «support for fighting against their suffering»; the diet prescribed by a family doctor or health promoter was considered adequate and made up of local food. **Conclusion:** The discursive relation of the patients interviewed shows that the Brazilian population has a more established meaning regarding the basic food system, whereas in Mexico, the meaning has developed in relation to a biomedical field (biocontrol). Knowing the meaning of «diet» for obese patients allows us to propose strategies for prevention, health promotion and education to improve healthy behaviors and habits, as those observed in the discourse of the Brazilian population.

Key words: Obesity, social representation, social determinants of health, Mexico, Brazil.

* Centro Universitario Amecameca, Universidad Autónoma del Estado de México.

** Instituto Mexicano del Seguro Social UMF Núm. 195, Chalco.

*** Universidade Tiradentes (Brasil-Campus Aracaju Farolândia).

**** Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl, Universidad Autónoma del Estado de México.

INTRODUCCIÓN

El significado a partir de la representación social

Este estudio describe y compara el significado de la representación social de «dieta» en pacientes que cursan con obesidad en dos países del continente americano (Méjico y Brasil). Se realiza una aproximación al fenómeno del proceso dieta y salud/ enfermedad desde el paradigma hermenéutico-fenomenológico y bajo la mirada de la teoría de las representaciones sociales (RS); concretamente, hacemos alusión al término acuñado por Sergei Moscovici (1988), psicólogo social francés de origen ruso. Él retoma un concepto olvidado de Durkheim,¹ ya que el concepto de «representación social» surge en el campo de la psicología social para contrarrestar el incremento de la individualización, debido a que la tendencia prevaleciente en esta disciplina se encontraba alejada de lo social y se dirigía al individuo. Las representaciones se forman en las experiencias cotidianas de los sujetos; pueden referirse a grandes parcelas de la realidad, como el mundo físico, el mundo de la vida o el mundo social, o a aspectos muy limitados, como el funcionamiento de un ecosistema o el ciclo de vida de un organismo. Estas representaciones le dan el sentido a la realidad y van cambiando, son dialécticas.²⁻⁴

Las representaciones son sociales porque permiten crear entre las personas redes de elaboración y transmisión de información;⁵ comprenden una serie de nociones acerca de un cierto objeto.⁶ Esta teoría critica las posturas clásicas de la psicología conductual en las que la relación sujeto-objeto está basada sólo en la relación estímulo-respuesta; en cambio, afirma que entre el objeto y el sujeto existe una relación interdependiente.⁷ Ésta conforma alrededor de la función básica $A + B = C$ un entramado del contorno externo que es parte de la misma en una construcción social del individuo y los colectivos, apropiándose así la construcción de entramados de significaciones de la realidad.

Las RS, desde una óptica psicosocial, son un mecanismo de cognición e instrumento de socialización y comunicación; Moscovici las define como «una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos».³ Su estructura nos conduce a la elaboración de un entramado de significaciones y códigos de interacción que el individuo transporta, refleja y reproduce entre los integrantes de la sociedad y que conforman un pensamiento común en un «contexto elaborado».^{8,9} Son construcciones de los sujetos sobre un objeto, pero nunca reproducciones de ese objeto mismo.

La teoría de la RS puede ser a la vez una teoría general y una teoría particular; teoría general porque las representaciones coadyuvan a la construcción de lazos y acciones comunes, y particular por-

que analiza las formas colectivas del pensamiento, las creencias y la comunicación bajo el apremio de la sociedad. Estos procesos de análisis permiten demostrar que el concepto teórico de la representación social es un sistema de conocimientos genuinamente social, puesto que la construcción en común del entramado de significaciones construye o da forma al núcleo de la representación social.⁹

La RS integra conceptos cognitivos distintos como actitud, opinión, identidad, imagen, estereotipos, creencias, símbolos, etcétera; puede ubicarse como constructo teórico intermedio entre lo psicológico y lo social. Así, la representación social es una «forma de conocimiento de sentido común [...], es bajo la forma de representaciones sociales como la interacción social influye sobre el comportamiento (o el pensamiento) de los individuos implicados en ella, y es al tratar de poner en práctica sus reglas cuando la sociedad forja las relaciones que debería haber entre sus miembros individuales».^{3,9} La representación social guarda una posición y función en el entramado de significaciones, donde la mediación individual + la trama socio-estructural = a la representación social (en esta fórmula se contrastan lo individual y lo social, donde el sujeto y el objeto están en un mismo espacio, dejando a un lado la ausencia de contrastes). Así es como entenderemos a la representación social.

La RS tiene por misión, primero, describir, luego clasificar y, por último, explicar toda la apropiación y reproducción de significados relacionados con un objeto en estudio. Cabe mencionar que el hombre está situado dentro de una cosmovisión social compleja, donde la cultura es y ha sido una creación colectiva interiorizada ideológicamente en cada individuo que forma la estructura social y da funcionamiento a la sociedad; esta cultura ideológica forma el universo real del individuo y la colectividad. Una manera de acercamiento a esta realidad es a partir de la RS.⁹

Para entender a la obesidad en Méjico y Brasil

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial que se define como «el exceso de grasa corporal que pone al individuo en una situación de riesgo para su salud». Se determina a partir del cálculo del índice de masa corporal (IMC), que se obtiene al dividir el peso en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado; un IMC mayor de 30 es obesidad, y entre 25 y 29.9, sobrepeso.¹⁰⁻¹² La obesidad se considera una patología de riesgo variado asociada a lumbalgia, infertilidad, osteoartrosis, hiperuricemia, disnea, apnea del sueño, diabetes, hipertensión, cardiopatía isquémica, litiasis vesicular, accidente cerebrovascular, ovario poliquístico, síndrome metabólico, dislipidemia,¹³ cataratas, enfermedad del hígado graso no alcohólico; además, disminuye la esperanza de vida en un promedio de nueve años y actualmente se vin-

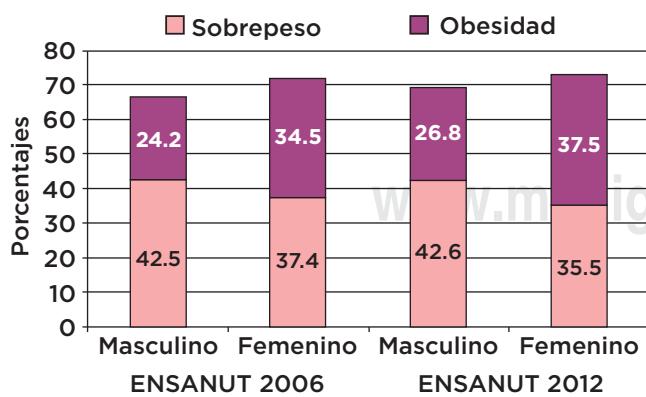
cula con cáncer de mama, colon y endometrio;^{12,14-16} los varones obesos tienen mayor riesgo de cáncer de recto y próstata.¹⁷ La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que para el año 2015 habrá aproximadamente 2 millones 300 mil adultos con sobrepeso, más de 700 millones con obesidad y más de 42 millones de menores de cinco años con sobrepeso; de acuerdo con proyecciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), se estima que más de dos de tres personas tendrán sobrepeso u obesidad en el año 2020.^{12,18}

En 1993, resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas mostraron que la prevalencia de obesidad en adultos era de 21.5%, mientras que con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, se observó que 24% de los adultos en nuestro país la padecían.¹⁹ Con mediciones obtenidas por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, se encontró que alrededor de 30% de la población mayor de 20 años (mujeres, 34.5%; hombres, 24.2%) tiene obesidad;^{12,20,21} esto quiere decir que actualmente 73 de cada 100 mujeres y 69 de cada 100 hombres adultos presentan exceso de peso, es decir, la sumatoria de ambas categorías: sobrepeso y obesidad (*Figura 1*). En la actualidad, México y Estados Unidos ocupan los primeros lugares de prevalencia mundial de obesidad en la población adulta (30%), la cual es 10 veces mayor que en países como Japón y Corea (4%). En nuestro país, las tendencias de sobrepeso y obesidad en las diferentes encuestas nacionales muestran un incremento constante de la prevalencia al largo tiempo. De 1980 a la fecha, la prevalencia de obesidad y sobrepeso en México se ha triplicado, alcanzando proporciones alarmantes.²²⁻²⁵ El sobrepeso y la obesidad se han convertido en el factor de riesgo modificable más importante del país. En la actualidad, 71.3% de los adultos mexicanos padecen esta condición, con una prevalencia ligeramente elevada en las mujeres; por grupo de edad, la obesi-

dad es más frecuente en la cuarta y quinta décadas de la vida.^{12,26}

Respecto a Brasil, la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) 2008-2009, llevada a cabo en colaboración entre el IBGE (*Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística*) y el Ministerio de Salud,^{27,28} analizó los datos de 188 mil personas de todas las edades y mostró que la obesidad y el sobrepeso se han incrementado rápidamente en los últimos años. En esta encuesta, el sobrepeso y la obesidad en conjunto alcanzan alrededor del 60% de los adultos brasileños; 50% de los hombres y 48% de las mujeres tienen sobrepeso, y el 12.5% de los hombres y el 16.9% de las mujeres son obesos.²⁷ Otra investigación llamada VIGITEL 2012 (*Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*),²⁹ realizada en 27 capitales brasileñas con líneas telefónicas aleatorias estratificadas y sistemáticas, demostró en población mayor de 18 años una frecuencia de sobrepeso del 51.0%, siendo mayor entre los hombres (54.5%) que entre las mujeres (48.1%), con una obesidad promedio de 17.4% en hombres y mujeres (*Cuadro I*). México tiene más del doble de obesos (26.8% mujeres y 37.5% hombres) que Brasil (17.4% para ambos sexos) de acuerdo con las encuestas EPF/VIGITEL 2012 y ENSANUT 2012.³⁰ México ocupa el segundo lugar en obesidad a nivel mundial según la OMS y Brasil ocupa el lugar 77;²⁸⁻³⁰ además, México tiene una prevalencia de obesidad de 73.3 (*Cuadro II*), contra Brasil que tiene 57 (*Cuadro III*). Sin embargo, de acuerdo con las tablas demográficas, México cuenta con una población de 140 millones de habitantes, en comparación con Brasil (con 210 millones), esto condiciona en números y porcentajes una similitud demográfica para obesidad y sobrepeso en ambos países.

Respecto a las diferentes alternativas para el combate a la obesidad y el sobrepeso en México, encontramos que éstas siguen siendo ineficaces tanto para el paciente como para el médico, ya que en la mayoría de los casos hay recurrencia de la obesidad debido a que se requiere un compromiso socio- económico-psicológico para mantener el tratamiento, además de un cambio en los estilos de vida. Los pasos a seguir en el abordaje de la obesidad y el sobrepeso son detección oportuna, valoración integral de otras patologías agregadas, nutrición (dieta) y apoyo psicológico-psiquiátrico –existen individuos que cursan con trastornos depresivos, de ansiedad o pulsiones de muerte que les provocan consumir en exceso alimentos poco saludables;–¹⁰⁻¹² otras alternativas son una alimentación hipocalórica baja en grasas, un programa de actividad física permanente y el uso de fármacos (sibutramina, mazindol, orlistat, biguanidas, tiazolidinedionas, aldactona, fenfluramina y la dexfenfluramina). Hay opciones más agresivas, como la cirugía bariátrica –procedimiento que consiste en la modificación anatómica del sistema digestivo para disminuir y restringir la absorción de alimentos–, la



Fuente: INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012.

Figura 1. Comparativo de la prevalencia nacional de sobre peso y obesidad en población adulta de 20 años y más de la ENSANUT-2006 y ENSANUT-2012, por sexo. México.

cual hasta este momento no tiene la evidencia científica para determinar su beneficio directo en el sujeto con obesidad.^{12,31} Todos estos tratamientos están centrados en una mirada medicalizada, sin un enfoque que corresponda al análisis de los determinantes sociales que influyen directa o indirectamente en esta patología. Al parecer, esta nueva pandemia va en aumento, complejizándose en el individuo y la colectividad.

Mencionaremos que apenas inicia en México una nueva mirada a este proceso, pues fue avalada por mayoría en las Cámaras de Senadores y Diputados una ley que restringe la venta de la denominada «comida chatarra» en las escuelas. La SEP (Secretaría de Educación Pública) divulgó una lista de 610 productos autorizados; refiere que alimento que no aparezca en la lista, no podrá venderse dentro de las escuelas, pero deja un vacío legal en la venta de estos productos prohibidos afuera de los centros escolares y no pone límites al bombardeo televisivo de comerciales que alientan al consumo de estos productos.³²

Es una ley a medias que trata de justificar el combate a esta pandemia.

Respecto a las diferentes alternativas para la lucha contra la obesidad y el sobrepeso en Brasil, hace 20 años la sociedad brasileña se organizó con apoyo de asociaciones médicas nacionales para iniciar el combate a estos padecimientos. Estas iniciativas ocurrieron de manera directa en el ámbito municipal mas no a nivel nacional; en ese sentido, la atención básica en Brasil se inscribió fundamentada en la atención primaria, con la implementación de un Sistema Único de Salud (SUS) descentralizado y redirigido a cada municipio brasileño; además, el Ministerio de Salud asumió el Programa de Salud a la Familia como estrategia para reorientar la atención básica en el país. Esta concepción de atención primaria de la Estrategia de Salud a la Familia preconiza un equipo de carácter multiprofesional que trabaja con definición de territorio de cobertura, adscripción de población, catastro y acompañamiento de la población residente en el área territorial de atención; además, conforma necesida-

Cuadro I. Porcentaje de adultos (≥ 18 años) con obesidad, por sexo y capital de estado brasileño. VIGITEL 2012.

Capital/DF	%	Total	Sexo			
			Masculino		Femenino	
	%	/C 95%	%	/C 95%	%	/C 95%
Aracaju	18.0	15.6-20.4	19.5	15.4-23.6	16.8	13.9-19.6
Belém	16.1	13.8-18.4	17.0	13.2-20.9	15.3	12.5-18.0
Belo Horizonte	14.5	12.6-16.4	13.3	10.3-16.3	15.5	13.1-17.9
Boa Vista	15.1	12.9-17.3	14.9	11.6-18.3	15.3	12.4-18.1
Campo Grande	21.0	18.6-23.4	19.6	15.9-23.3	22.3	19.1-25.4
Cuiabá	19.2	16.7-21.7	19.5	15.6-23.4	18.9	15.8-22.0
Curitiba	16.3	14.3-18.3	16.0	12.9-19.1	16.6	14.0-19.2
Florianópolis	15.7	13.6-17.9	16.2	12.8-19.5	15.4	12.7-18.1
Fortaleza	18.8	16.2-21.3	18.7	14.7-22.8	18.8	15.5-22.0
Goiânia	14.0	12.1-15.8	11.8	9.1-14.6	15.9	13.4-18.3
João Pessoa	19.9	17.2-22.6	21.1	16.5-25.8	18.9	15.8-22.1
Macapá	17.6	14.9-20.3	15.7	11.8-19.7	19.3	15.7-23.0
Maceió	19.9	17.2-22.7	18.5	14.1-22.8	21.1	17.5-24.7
Manaus	19.6	16.8-22.3	19.1	14.5-23.7	20.0	16.9-23.2
Natal	21.2	18.7-23.7	19.9	16.0-23.8	22.3	19.0-25.6
Palmas	15.7	13.1-18.3	15.0	11.2-18.9	16.4	12.8-19.9
Porto Alegre	18.4	16.1-20.7	17.8	14.1-21.4	18.9	16.0-21.8
Porto Velho	18.9	16.4-21.5	18.3	14.4-22.1	19.6	16.4-22.8
Recife	17.7	15.3-20.0	16.8	13.1-20.6	18.3	15.4-21.3
Rio Branco	21.3	18.3-24.3	18.5	14.1-22.9	23.9	19.9-27.8
Rio de Janeiro	19.5	17.2-21.8	17.1	13.5-20.7	21.5	18.5-24.5
Salvador	14.1	12.2-16.1	9.8	7.1-12.4	17.7	15.0-20.5
São Luís	13.2	11.1-15.3	14.2	10.7-17.6	12.3	9.8-14.9
São Paulo	17.8	15.7-19.9	17.6	14.3-20.9	18.0	15.3-20.7
Teresina	15.0	12.5-17.5	16.3	11.9-20.8	13.9	11.1-16.6
Vitória	15.5	13.5-17.6	17.0	13.6-20.5	14.2	11.8-16.7
Distrito Federal	14.3	12.4-16.1	13.5	10.6-16.3	14.9	12.4-17.4

Fuente: VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.²⁹

Cuadro II. IMC/sobrepeso/prevalencia de obesidad, México, WHO Global InfoBase.

Año	Definición	Sexo	Grupo de edad	Tamaño de muestra	Prevalencia (%)	Código de encuesta
2015	IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$	Varones	30-100		82.7	199999a4
2015	IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$	Féminas	30-100		83.1	199999a4
2015	IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$	Ambos sexos	15-100		77.8	199999a4
2015	IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	Varones	30-100		43.8	199999a4
2015	IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	Féminas	30-100		57.4	199999a4
2015	IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	Ambos sexos	15-100		42.0	199999a4
2010	IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$	Varones	30-100		78.9	199999a3
2010	IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$	Varones	15-100		73.6	199999a3
2010	IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$	Féminas	30-100		80.0	199999a3
2010	IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$	Féminas	15-100		73.0	199999a3
2010	IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$	Ambos sexos	15-100		73.3	199999a3
2010	IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	Varones	30-100		37.0	199999a3
2010	IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	Varones	15-100		30.1	199999a3
2010	IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	Féminas	30-100		51.1	199999a3
2010	IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	Féminas	15-100		41.0	199999a3
2010	IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	Ambos sexos	15-100		35.5	199999a3
2005	IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$	Varones	30-100		74.4	199999a2
2005	IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$	Varones	15-100		68.4	199999a2
2005	IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$	Féminas	30-100		76.1	199999a2
2005	IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$	Féminas	15-100		67.9	199999a2

Fuente: Ono T, Guthold R, Stogn K. WHO Global Comparable Estimates, 2005.

Cuadro III. IMC/sobrepeso/prevalencia de obesidad, Brasil, WHO Global InfoBase.

Año	Definición	Sexo	Grupo de edad	Tamaño de muestra	Prevalencia (%)	Código de encuesta
2015	IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$	Varones	30-100		67.2	199999a4
2015	IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$	Féminas	30-100		73.6	199999a4
2015	IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$	Ambos sexos	15-100		63.4	199999a4
2015	IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$	Varones	30-100		21.6	199999a4
2015	IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$	Féminas	30-100		39.7	199999a4
2015	IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$	Ambos sexos	15-100		24.1	199999a4
2010	IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$	Varones	30-100		61.2	199999a3
2010	IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$	Varones	15-100		54.0	199999a3
2010	IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$	Féminas	30-100		68.4	199999a3
2010	IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$	Féminas	15-100		60.3	199999a3
2010	IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$	Ambos sexos	15-100		57.1	199999a3
2010	IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$	Varones	30-100		16.1	199999a3
2010	IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$	Varones	15-100		12.4	199999a3
2010	IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$	Féminas	30-100		32.1	199999a3
2010	IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$	Féminas	15-100		24.5	199999a3
2010	IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$	Ambos sexos	15-100		18.4	199999a3
2005	IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$	Varones	30-100		54.7	199999a2
2005	IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$	Varones	15-100		47.4	199999a2
2005	IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$	Féminas	30-100		62.3	199999a2
2005	IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$	Féminas	15-100		53.5	199999a2

Fuente: Ono T, Guthold R, Stogn K. WHO Global Comparable Estimates, 2005.

des reales de la población en políticas públicas en salud. Así, encontramos que a finales de los 90 surge la primera política en salud contra la obesidad en Río de Janeiro, llamada «Programa de enfrentamiento a la obesidad mórbida». Esta ley N° 3 286 autoriza a implantar sistemas para asegurar un diagnóstico adecuado, atención mediata, acceso a unidades básicas de salud con equipos multidisciplinarios, así como cirugía bariátrica o plástica; los gastos correrán a cargo del municipio en cuestión. A ésta se agregaron otras políticas municipales, como «amor a la vida» contra la obesidad («enmagreciendo con amor a la vida»),³³ además de la restricción de alimentos culturalmente tradicionales como el «cuscús», el cual se modificó en su elaboración para ser menos calórico. Aunado a esto, Brasil se apoyó en programas de autocuidado en su población y desarrolló el programa «Salud familiar para todos», lo cual se percibe como compromiso colectivo-individual.

En ese mismo sentido, hace 15 años se creó la ABESO (Asociación Brasileña para el Estudio de la Obesidad), la cual ha promovido discusiones médicas con diferentes sectores de la sociedad y estimulado prácticas de combate contra la obesidad y el sobrepeso.³⁴ Desde 2003, en Brasil se inició el debate del impuesto sobre productos industrializados, solicitando además la reducción en el costo de los productos dietéticos vía extensión tributaria.³⁵ La mirada brasileña respecto a la pandemia de obesidad y sobrepeso ha sido incluyente de todos los sectores sociales, que se han comprometido en la búsqueda de un bienestar común; este enfoque ha roto los esquemas biomédicos curativos occidentales, creando alrededor de esta problemática una participación social dirigida a políticas reales de necesidad colectiva.

Dieta, perspectiva actual

La dieta ha sido objeto de estudio desde diferentes paradigmas científicos en la búsqueda de una solución a la obesidad a nivel mundial. Por un lado, se ha tratado de manipular desde la economía la alta ingesta de bebidas, edulcorantes y alimentos de comida rápida con impuestos especiales (impuesto sobre las ventas e impuesto al consumo). Según expertos, dicho impuesto impactaría en un aumento del precio del producto, lo que daría lugar a una reducción importante en la cantidad global de demanda por el consumidor, lo que puede conducir a la pérdida de peso.^{12,36-38} Sin embargo, estas políticas de castigo económico, muy favorecidas por la salud pública, sólo condicionan favores políticos a ciertas empresas y mano dura a otras, como lo comenta Galván.³⁹

Desde la mirada biologicista, experimentos confirman que la dieta alta en grasas, el ritmo y frecuencia en la ingesta de alimentos, así como la genética conducen a estados comórbidos de obesidad,^{40,41} donde la dieta se confirma como conductor directo de dicho estado. Por otro lado, desde una postura socio-

político-demográfica, cabe mencionar que la proporción de mexicanos en pobreza respecto del total de la población es ahora tan alta como hace dos décadas: de 100 mexicanos, 52 viven en pobreza.^{12,42} Ello conduce a una alto consumo de productos alimenticios baratos, que son característicamente densos en energía, grasos, azucarados o salados y, en general, propicios para la obesidad. El sobrepeso se expande especialmente entre los pobres que residen en áreas urbanas, ya que los alimentos más baratos son ricos en calorías. Este marco situacional conduce a un panorama real de nuestra colectividad, donde los factores de determinación social dirigen las pautas y modelos del proceso salud-enfermedad del México actual (ingreso *per cápita* como motor generador de consumo alimentario).¹²

Brasil, por su parte, cuenta con una estructura económica-social emergente similar a la de México, y de acuerdo con datos de salud pública, se estima que 40% de los brasileños pesan más de lo debido, cuentan con una prevalencia de 1.8 de obesidad, es decir, menor que México (donde es de 2.7) y Perú (2.4); en Argentina ésta es de 1.3 y en Chile, de 0.9.⁴³⁻⁴⁸ Cabe mencionar que la estructura socioeconómica de Brasil es similar a la nuestra, de exportaciones de bienes naturales; por esta amplia razón, nos interesa conocer el significado de la dieta que tiene la población obesa con la finalidad de encontrar similitudes y diferencias en el sentido común a fin de poder establecer estrategias para futuras intervenciones biopsicosociales de combate a la obesidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Timasheff NS. *La teoría sociológica: su naturaleza y desarrollo*, México, DF: Editorial Fondo de Cultura Económica; 1961. 21.^a reimpresión, 2006. pp. 141-154.
2. Delval J. *Aprender en la vida y en la escuela*, Madrid, España: Editorial Morata; 2000. pp. 15-34.
3. Moscovici S. Notes towards a description of social representations, *European J Social Psychology*, 2000; 18: 211-250.
4. Moscovici S. *Psicología social*, Tomos 1 y 2. 3.^a ed., Barcelona: Paidos; 1994.
5. Álvarez J. El contexto social y teórico del surgimiento de la teoría de las representaciones sociales, en: Romero E (ed.). *Representaciones sociales. Atisbos y cavilaciones del devenir de cuatro décadas*, México: Benemérita Universidad de Puebla; 2004. pp. 29-53.
6. Abric JC. *Prácticas sociales y representaciones*, México: Editorial Coyoacán; 2004 [2001]. pp. 7-32.
7. Abric JC. L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique, en: Guimelli C (ed.). *Structures et transformations des représentations sociales*, Neuchâtel: Delachaux et Niestlé; 1994. pp. 73-84.
8. Wagner W. Introduction: aspects of social representations theory, *Soc Sci Inf*, 1994; 33 (2): 155-161.
9. Rodríguez A, Camacho E, Consuelo M, Contreras G, Casas D. Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México, *Medwave*, 2014; 14 (7):

- e6011. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/6011>
10. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998 (NOM). Para el manejo integral de la obesidad. Diario Oficial de la Federación. 7 de diciembre de 1998. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>
 11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva núm. 311 [en línea]. Mayo 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
 12. Casas D, Rodríguez A. Significado de la dieta en pacientes con obesidad, *Ciencia desde el Occidente*, 2014; 1 (1): 53-60.
 13. Stehbens E. The epidemiological relationship of hypercholesterolemia, hypertension, diabetes mellitus and obesity to coronary heart disease and atherogenesis, *J Clin Epidemiol*, 1990; 43: 733-741.
 14. Remesar X, Rafecas I, Alemay M, Fernández J. La obesidad ¿factor de riesgo para el cáncer?, *Nutrición y Obesidad*, 2000; 3: 194-201.
 15. Bray G. The underlying basis for obesity: relationship to cancer, *J Nutr*, 2002; 132 (11): 3451S-3455S.
 16. Ortiz C, Velasco C. La obesidad: principal factor de riesgo para cáncer de endometrio, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2013; 51 (3): 260-263.
 17. Cabrerizo L. Complicaciones asociadas a la obesidad, *Rev Esp Nutrición Comunitaria*, 2008; 14 (3): 156-162.
 18. Franco S. *Obesity Update 2012*, Organization for the Economic Cooperation and Development (OECD publishing); 2012. Available in: <http://www.oecd.org/health/health-systems/obesityandtheconomicsofpreventionfitnotfat.htm>
 19. Peláez M, Pratts O, Hennis AJ, Ham-Chande R, León E, Lebrão M et al. Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada, *Rev Panam Salud Pública*, 2005; 17 (5-6): 307-322.
 20. Secretaría de Salud (SSA), Dirección General de Epidemiología. *Compendio de Anuarios de Morbilidad 1984-2006*, 2013 [Consultado el 25 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/inicio_anuarios.html
 21. Barquera S, Campos I, Hernández L, Flores M, Durazo R, Kanter R. Obesity and central adiposity in Mexican adults: results from the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006, *Salud Pública Mex*, 2009; 51: S595-S603.
 22. Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M et al. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*, Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/ensanut2006.pdf>
 23. Ledikwe J, Smiciklas W, Mitchell C, Jensen L, Friedmann M, Still D. Nutritional risk assessment and obesity in rural older adults: a sex difference, *Am J Clin Nutr*, 2003; 77: 551-558.
 24. Villa A, Escobedo M, Méndez M. Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas, *Gac Méd Méx*, 2004; 140: 21-26.
 25. Márquez F, Macedo G, Viramontes D, Fernández J, Salas J, Vizmanos B. The prevalence of metabolic syndrome in Latin America: a systematic review, *Public Health Nutr*, 2011; 14 (10): 1702-1713.
 26. Barquera S, Nonato I, Hernández L, Pedroza A, Rivera J. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSA-NUT 2012, *Salud Pública Méx*, 2013; 55 (Supl 2): 151-160.
 27. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*, Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf.
 28. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde SAF Sul, Trecho 2, lotes 5 e 6, bloco F, Torre I, Ed. Premium, sala 14 T. Brasília/DF. 2012.
 29. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2012 (VIGITEL 2012). *Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2012*, Brasília/DF: Editorial Ministério de Salud; 2013.
 30. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *Resultados nacionales. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012)*, México: Editorial Instituto Nacional de salud Pública; 2012.
 31. Maggard M, Maglione M, Livhits M, Ewing B, Ruelaz A et al. Bariatric surgery for weight loss and glycemic control in nonmorbidly obese adults with diabetes: a systematic review, *JAMA*, 2013; 21 (309): 2250-2261.
 32. León M. FAO ve limitada nueva ley antichatarra en México, *El Universal*, 30 de julio del 2014; Sección Política y Salud. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/ley-antichatarra-obesidad-infantil-fao-1026890.html>
 33. Osava M. *Salud-Brasil: el pueblo unido vence la obesidad*, Agencia de Noticias Inter Press Service. Sección América Latina y el Caribe. 23 de julio del 2003. Disponible en: <http://www.ipsnoticias.net/2003/07/salud-brasil-el-pueblo-unido-vence-la-obesidad/>
 34. ABESO 2011 (Asociación Brasileña para el Estudio de la Obesidad). Os Números da Obesidade no Brasil: VIGITEL 2009 e POF 2008-2009. 2011. Disponible en: <http://www.abeso.org.br/pagina/14/artigos.shtml>
 35. Brasil Gobierno Central. *Projeto de Lei N° 181, de 07 de maio de 2008, de autoria do senador Renato Casagrande*, 2008. Disponível em: www.senado.gov.br
 36. Gratzer D, Guénette J. *Are soda taxes a cure for obesity? Montreal Economic Institute: ideas for a more prosperous nation*, Montreal Economic Institute: Economic Note; 2012.
 37. Brownell K, Farley T, Willett M, Popkin B, Chaloupka F et al. The public health and economic benefits of taxing sugar-sweetened beverages, *N Engl J Med*, 2009; 361 (16): 1599-1605. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMhp0905723>
 38. Hawkes C, Jewell J, Allen K. A food policy package for healthy diets and the prevention of obesity and diet-related non-communicable diseases: the NOURISHING framework, *Obes Rev*, 2013; 14 (Suppl 2): 159-168.
 39. Galván E. Dinero: reuniendo votos para la reforma energética, Lupita Caso: Santander, Bill Gates en Coca-cola y Televisa, *La Jornada*, 24 de octubre del 2013; Sec-

- ción Opinión. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2013/10/24/opinion/008o1eco>
40. Hariri N, Thibault L. High-fat diet-induced obesity in animal models, *Nutr Res Rev*, 2010; 23: 270-299.
 41. Li J, Zhang N, Li Z, Rui L, Cong L. Effects of changing dietary fat content on plasma gut hormone concentrations in diet-induced obese and diet-resistant rats, *Br J Nutr*, 2010; 105 (6): 879-886.
 42. González R. Pobres, 52 de cada 100 mexicanos, nivel tan alto como hace 20 años, *La Jornada*, 18 de diciembre del 2013; Sección Economía. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2013/12/18/economia/028n1eco>
 43. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*, 22 ed. México, D.F.: SSA; 1995: pp. 31-35.
 44. Vio F, Albala C, Kain J. Nutrition transition in Chile revisited: mid-term evaluation of obesity goals for the period 2000-2010, *Public Health Nutr*, 2008; 11 (4): 405-412.
 45. Caballero B. A nutrition paradox-underweight and obesity in developing countries, *N Engl J Med*, 2005; 352 (15): 1514-1516.
 46. INEI. *Encuestas demográficas y de salud familiar-2000 (ENDES 2000)*, Lima, Perú: 2000.
 47. López R. La obesidad, un problema de salud pública, *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad*, 2009; 2 (3): 75-81.
 48. Matsudo V, Matsudo S, Andrade D, Araújo T, Andrade E, Oliveira L et al. Promotion of physical activity in a developing country: The Agita São Paulo experience, *Public Health Nutrition*, 2002; 5 (1): 253-261.

Correspondencia:

Cristiane Costa da Cunha Oliveira
Av. Murilo Dantas 300
Bairro Farolândia, 49032-490
Aracaju/SE Brasil.
Teléfono: (79) 3218 2138.
E-mail: capo73021@yahoo.es
criscunhaoliva@yahoo.com.br
<http://www.unit.br>