

Derechos reservados de El Colegio de Sonora, ISSN 1870-3925

Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología

Marcelina Cruz Sánchez*

Esperanza Tuñón Pablos**

Martha Villaseñor Farías***

Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo****

Ronald Byron Nigh Nielsen*****

Resumen:¹ el sobrepeso y la obesidad son considerados un grave problema de salud pública, por su presencia en enfermedades crónicas como las cardiovasculares y la diabetes, que se observan cada vez más entre los pobres y más en las mujeres. Para combatir y revertir el problema se pide a la persona que modifique su estilo de vida, por ser el responsable de la epidemia de obesidad, pero se considera que

* Profesora-investigadora de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Teléfono (993) 358 1500, extensión 6328. Tatúan # 112, colonia Del Bosque, C.P. 86160, Villahermosa, Tabasco, México. Correos electrónicos: mscruz@ecosur.mx/ marcelina_c@hotmail.com

** Investigadora titular C, área de sociedad, cultura y salud de El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR). Carretera Panamericana y Periférico Sur s/n C. P. 29290, barrio de María Auxiliadora, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. Teléfono: (967) 678 4558. Correo electrónico: etunon@ecosur.mx

*** Investigadora del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Turquesa 3233, Residencial Victoria, C. P. 44560, Guadalajara, Jalisco, México. Correo electrónico: mvillase@hotmail.com

**** Investigadora titular del área de sociedad, cultura y salud del ECOSUR.

***** Investigador del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, unidad sureste. Camino a Chamela, km 3.5., C. P. 29247, barrio la Quinta San Martín, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. Correo electrónico: rbnigh@gmail.com

¹ Esta investigación forma parte de otra más amplia: "El significado social del sobrepeso y obesidad entre indígenas chontales de Nacajuca, Tabasco", y constituye un marco teórico interpretativo desde la perspectiva sociológica, como alternativa a la visión medicalizada de la condición de obesidad.

esto niega la responsabilidad que tiene la estructura social. Como la obesidad y el sobrepeso rebasan la perspectiva biomédica, y son un problema de desigualdad social y de género, se propone un enfoque social para comprender sus raíces sociales, y al estilo de vida como cualidad colectiva más que individual.

Palabras clave: obesidad, sobrepeso, teoría social, género, estilo de vida.

Abstract: overweight and obesity are considered a serious public health problem because of their relationship to chronic diseases like diabetes and cardiovascular disease, which are increasing among poor people and particularly women. In order to counter and revert the problem, people are asked to modify their lifestyle, making the obesity epidemic an individual responsibility and denying the influence of social structure. We propose that the overweight and obesity epidemic exceeds a biomedical perspective, and is rather a problem of social and gender inequality. For this reason, we propose using a social perspective to understand the social roots of obesity, and argue that lifestyle is a collective rather than individual quality.

Key words: overweight, obesity, social theory, gender, lifestyle.

Introducción

El sobrepeso y la obesidad se han convertido en un tema de actualidad y, desde la perspectiva biomédica, en un grave problema de salud pública (Organización Mundial de la Salud, OMS –WHO, por sus siglas en inglés– 2000). Este fenómeno se ha estudiado desde varios enfoques, privilegiando las orientaciones cuantitativas. El sobrepeso y la obesidad son condiciones que, como otras, reflejan

las desigualdades sociales y de género en la sociedad moderna, y la promoción de la adopción de estilos de vida saludables, base de la política sanitaria para combatirlos, no es una elección libre para los hombres y mujeres de los estratos socioeconómicos más débiles, toda vez que las influencias de su grupo de referencia, las circunstancias socioeconómicas y el conocimiento disponible empujan a las personas a hacer ciertas elecciones y a desestimar otras (Giddens 1997). El objetivo de este documento es proponer una explicación y comprensión alternativa a la visión biomédica, de las condiciones de sobrepeso y obesidad entre la población mexicana, que enfatiza los aportes de la teoría social en la comprensión del fenómeno, así como el reconocimiento de su extrema complejidad. El texto está estructurado en tres apartados: en el primero se revisan las perspectivas desde las cuales se ha estudiado a la obesidad; en el segundo se aborda cómo se ha atendido desde las políticas públicas y, por último, se propone, desde las teorías de Bourdieu y Giddens, una forma de acercarse al problema que ayuda a su comprensión, y a vencer las dificultades de su abordaje desde lo social.

Revisión del estado del arte

Según la Norma Oficial Mexicana 174 (NOM-174), la obesidad y sobrepeso son una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud.

La medida para conocer las condiciones de sobrepeso y obesidad es el índice de masa corporal (IMC),² que relaciona el peso con la estatura; esta relación aparece por primera vez en la obra *Sur l'homme et le développement de ses facultés. Essai d'une physique sociale*,³ de Alphonse Quetelet (1835), en la que resume sus investigaciones en estadística

² El IMC de una persona se calcula al dividir el peso en kilogramos entre la estatura en metros elevada al cuadrado.

³ Sobre el hombre y el desarrollo de sus facultades, prueba de la física social (la traducción es nuestra).

aplicada a variables antropométricas y del comportamiento social (Puche 2005). Sin embargo, fueron Keys et al. (1972) quienes acuñaron el término *body mass index* (índice de masa corporal), para referirse a un índice de masa corporal relativo.

Las cifras varían respecto al punto de corte del IMC, por ejemplo, en Estados Unidos e Inglaterra un índice mayor de 30 es considerado obesidad, mientras que en México este valor se ajustó para la talla baja de la población, y se clasifica como sobrepeso si el IMC se encuentra entre 25 y 27, y en personas de estatura baja entre 23 y 25; hay obesidad, si el IMC es mayor de 27 y más de 25 en una población de estatura baja; que en la mujer adulta se considera como tal si es menor de 1.50 metros y en el hombre adulto si es menor de 1.60 (NOM-037-SSA2-2002.)

En algunos casos, como los fisicoculturistas, no se considera al IMC como determinante de obesidad, debido a que el músculo pesa más que la grasa y si bien pueden tener un IMC alto, esto no indica que deban perder peso. Así mismo, para las personas de la tercera edad, es mejor tener un índice entre 25 y 27 en lugar de uno inferior a 25, ya que esto puede ayudar a protegerlas contra la osteoporosis. Según esto, aunque se ha generalizado el uso del IMC, no es una medida exacta ni estándar para evaluar si alguien tiene o no sobrepeso.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en una población depende de la referencia particular o de los estándares deseables seleccionados para medirlos. El utilizado tradicionalmente es la tabla de peso para la talla en hombres y mujeres, desarrollado por la Metropolitan Life Insurance Company (MLIC), basado en el estudio de la presión sanguínea, realizado en 1959 y llevado a cabo en Estados Unidos. De aquí que las definiciones de sobrepeso y obesidad en adultos estén basadas en análisis actuariales que indican qué rango de peso, para cada categoría de estatura, está asociado con la tasa más baja de mortalidad entre la población asegurada (Simopoulos 1986).

En consecuencia, el peso corporal deseable es el asociado con una tasa más baja de mortalidad, tal y como lo usa la MLIC, el de hombres y mujeres entre los 20 y 29 años de edad (rango en el que se considera que el crecimiento ha llegado a su límite). De esto se desprende que la estandarización del IMC, que ubica a la mayoría de las

personas con sobrepeso después de los 30 años, no es una medida fiable, ya que el peso aumenta con la edad, y varía con el contexto y sus oportunidades de vida.

El sobrepeso y la obesidad han merecido gran atención en la última década, a partir de la aparición del informe de la OMS, que alertó sobre la emergencia de una nueva epidemia global (WHO 2000), y se ha estudiado en especial desde las perspectivas médica, fisiopatológica y epidemiológica, y enfatizado en los factores de riesgo para contraer la enfermedad. En este texto se plantea que estos dos fenómenos se han estudiado poco desde la sociología y, sobre todo, desde los significados que las personas les otorgan a estas dos condiciones. A continuación se revisará los enfoques biomédicos y sociológicos, desde los cuales se ha venido estudiando el incremento de peso en las sociedades modernas.

Enfoque biomédico

Medicalización

A la medicalización se le conoce como el proceso por el cual se define a ciertas conductas o condiciones como problemas médicos (más que legales o morales), y las intervenciones médicas llegan a ser el centro de atención y del control social (Reisman 1983; Conrad 1992). Desde esta perspectiva, la biomedicina considera al sobrepeso y la obesidad como enfermedad y factores de riesgo para la aparición de otras, y remite al individuo la carga de culpa moral, pues considera que su estilo de vida explica la causa. Esto conduce a una visión reduccionista de la obesidad, ya que salvo que ésta se deba a trastornos endócrinos, sus causas son multifactoriales, entre las que destacan la creación de ambientes obesogénicos,⁴ que ponen al alcance de todos alimentos con alto contenido energético y poca calidad nutricia, la disminución en la ingesta de frutas y verduras frescas y la agresiva publicidad que invita al consumo.

⁴ El término “ambiente obesogénico”, también llamado tóxico, se refiere a las condiciones de enorme aumento en la disponibilidad de alimentos, en especial altos en grasa (botanas, refrescos) o en calorías y una disminución de las oportunidades de actividad física, que promueven la ganancia de peso (Lake y Townshend 2006).

Herencia genética

Desde 1965, cuando se identificó el genotipo ahorrador,⁵ se considera que el origen genético explica menos de 33 por ciento de los casos de obesidad, lo cual deja en 66 a los determinados por el medio ambiente (Stunkard 2000). La investigación en genética parecía haber encontrado la solución al problema de obesidad al descubrir la hormona leptina, en 1994, que regula el apetito. La revelación de que las personas con la condición de obesidad también tenían niveles normales de esta sustancia desestimó la opción de una cura inmediata (Cummings y Schwartz 2003).

Lo anterior lleva a concluir que “el control del peso corporal es un proceso extremadamente complejo, poligénico, y la pérdida de peso consistente es resistida por los sistemas redundantes que se han desarrollado durante millones de años de hambre periódica. Así, es extremadamente inadmisibles que cualquier descubrimiento demuestre ser una solución mágica para la obesidad” (Ibid., 466).

Estrés y carga alostática

En los últimos 40 años se ha acumulado evidencia suficiente para señalar al estrés crónico como causa de enfermedad (Sterling 2004). La acumulación del estrés crónico, conocida como carga alostática,⁶ tiene consecuencias deletéreas para el cuerpo con la aparición de las enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes, hipertensión, infarto, sobrepeso y obesidad. Es probable que quienes más eventos estresantes enfrenten (desempleo, vivienda insalubre, inseguridad, etcétera) estén en condiciones de pobreza, entre ellas las mujeres

⁵ En 1962, Neel publicó el artículo “Diabetes Mellitus: A ‘Thrifty’ Genotype Rendered Detrimental by ‘Progress’?” (diabetes mellitus: un “genotipo ahorrador” que se vuelve perjudicial por el progreso), sugería que el genotipo ahorrador representaba una ventaja para nuestros ancestros debido a sus actividades de cazador-recolector, y sus intermitentes épocas de abundancia y hambrunas. En la actualidad, en las naciones avanzadas tecnológicamente, la sobrealimentación y la disminución del ejercicio explican en parte la presencia de obesidad y diabetes.

⁶ La alostasis es la extensión del concepto de homeostasis, y representa el proceso de adaptación del sistema fisiológico complejo a desafíos físicos, psicosociales y ambientales o de estrés. La carga alostática es el resultado de la adaptación (o no) a la alostasis a largo plazo, lo que resulta en la patología y en las enfermedades crónicas (Logan y Barksdale 2008).

que, al no contar con una forma de eliminar la carga estresante, por cuestiones de género impuestas por la cultura (maternidad, crianza de los hijos, trabajo doméstico, doble jornada, entre otras) resultan en la estadística con tasas más altas de obesidad, diabetes e hipertensión, entre otras (McEwen y Seeman 1999).

Como se puede observar, desde el enfoque biomédico se enfatiza la parte biológica del exceso de peso (sobrepeso y obesidad), la importancia de la carga genética, que no está a discusión, así como la aparición de una explicación que entraña la presencia de la carga de estrés en el origen del problema, pero que no incluye los determinantes sociales de la producción de ese estrés. En general, desde esta perspectiva se ve a la persona excedida de peso como culpable de tener esa condición o como consecuencia inevitable, si uno o ambos padres la presentan.

Enfoques sociológicos

La obesidad como fenómeno en redes sociales

En el mundo moderno, la vida de las personas se desenvuelve en redes sociales y éstas influyen en todas las esferas, incluida la salud. Christakis y Fowler (2007) en su estudio utilizaron modelos estadísticos longitudinales para examinar si el aumento de peso de alguien se asocia al de sus amigos, hermanos, esposos(as) y vecinos, mostraron que la extensión de la obesidad en redes sociales parece ser un factor importante en la “epidemia de obesidad”.

La observación de que la gente se desenvuelve en redes sociales revela que el comportamiento saludable y no saludable, por ejemplo ganar peso, fumar o beber consigue extenderse por una serie de lazos sociales. Los autores sugieren que estas redes ayudarían a atender el fenómeno, ya que pueden convertirse en instancias por las que pares, amigos o familiares trabajen en programas dirigidos a controlar los hábitos de fumar, beber alcohol y también perder peso.

Un ejemplo de lo anterior es el estudio de Booth et al. (2008) con adolescentes de tres áreas urbanas y una rural de Nuevo Gales, en el sur de Australia; reportan que las y los adolescentes están conscientes de que el incremento de peso es cada vez más común, perciben sus consecuencias negativas, sobre todo en términos psicosociales,

y también las de largo plazo sobre la salud física. En este estudio se utilizaron el comportamiento, el aspecto físico, la motivación y la autoestima como criterios para juzgar si una persona es obesa, y los estudiantes diferenciaron entre peso saludable y peso ideal como atractivo físico. Se reportó además que las y los adolescentes son capaces de identificar las principales barreras para mantener un peso normal: los ambientes familiares, la escuela y la comunidad, donde los alimentos grasosos y azucarados se consiguen con facilidad y donde están, a veces, limitadas las oportunidades para participar en actividades físicas.

Urbanización, residencia y pobreza

Según la OMS (1990), durante el proceso de desarrollo, las comunidades evolucionan desde sociedades rurales, en las que la actividad física es necesaria para la producción agropecuaria, a las más industrializadas, urbanizadas y opulentas en las que disminuye progresivamente la demanda de trabajo físico. Así mismo, en las áreas urbanas es común el empleo de aparatos eléctricos para realizar quehaceres domésticos, los vehículos motorizados se usan con más frecuencia y el tiempo libre se invierte en actividades físicas pasivas, como ver televisión, por lo que el modo de vida sedentario se convierte en una característica destacada de la urbanización, que se ha considerado responsable del aumento progresivo del sobrepeso y obesidad.

Asimismo, la emigración rural hacia las ciudades y, sobre todo, a los barrios pobres urbanos, ha sido un factor que explica el creciente aumento de la obesidad. En estos ambientes se carece de seguridad pública para realizar actividades al aire libre, y hay un alto consumo de alimentos fritos y grasosos, refrescos embotellados, cerveza y otras bebidas alcohólicas, y las familias presentan un alto riesgo de obesidad (Torún 2000). En México, algunos estudios han encontrado altas tasas de sobrepeso y obesidad en mujeres de zonas rurales, como el de Anaya et al. (2006), quienes hallaron una prevalencia de 46 por ciento con obesidad y 20 con sobrepeso. Lo anterior se asocia a su pobre calidad de dieta, compuesta casi en exclusiva de carbohidratos y productos de fuentes animales.

Al respecto, Rodríguez et al. (2006), en un estudio relativo al sobrepeso y obesidad entre mujeres de los seis estados más pobres de la república mexicana, describen cuatro patrones dietéticos: alimentos grasos chatarra (17.5 por ciento), variado (36.4), carne (13) y cereal (33). El primero incluía alta ingesta de alimentos chatarra, grasa, productos lácteos y huevos; el variado fue una dieta caracterizada por diversos grupos: cereales, productos lácteos, alimento chatarra y pocos vegetales y frutas. El de la carne se distinguió por un consumo predominante de carne y poco de otros grupos, y el de cereal fue una dieta a base de maíz, con pocos vegetales y frutas. El porcentaje de sobrepeso y obesidad resultante fue de 65.8, 56.5, 60.7 y 48 respectivamente, para cada patrón dietético.

Asimismo, Neufeld et al. (2008) reportan que la obesidad entre mujeres mexicanas jóvenes que viven en situaciones de pobreza se está triplicando en periodos muy cortos, ya que en seis años (1999-2005) pasó de 9.8 a 30.3 por ciento. Lo anterior sugiere la necesidad urgente de buscar un entendimiento de las causas de este rápido incremento de obesidad y sobrepeso entre este sector de la población. La asociación entre pobreza y obesidad se ha documentado ampliamente, aun en países de altos ingresos, donde los más pobres están aumentando sus niveles de sobrepeso y obesidad (Peña y Bacallao 2000; Drewnoswki 2004). En las mujeres, la obesidad se asocia con ingresos más bajos y con menos educación (Flegal et al. 2002; Kumanyika 1999), mientras que la asociación de obesidad y bajo estatus socioeconómico ha sido menos consistente entre los hombres (Paeratakul et al. 2002).

Antes de los años noventa, tanto en los países desarrollados como en la economías en vías de desarrollo, la evidencia científica era concluyente respecto a que la obesidad en las mujeres estaba directamente relacionada con estratos socioeconómicos altos y medios (Monterio et al. 2004). A partir de 1997 este panorama es bastante diferente, ya que la investigación de esta problemática muestra una relación inversa; ahora se detecta un cambio progresivo en el estado de la obesidad de las mujeres hacia los grupos de menores ingresos y, en general, en las áreas urbanas.

En México, la comparación de la información entre la Encuesta nacional de nutrición (1999) y la Encuesta nacional de salud y

nutrición (2006) revela que mientras la desnutrición muestra tendencias a la baja en todo el país, el sobrepeso y la obesidad están incrementándose; ninguna menciona las causas, y deja abierta la posibilidad de búsqueda de explicaciones.

Perspectiva de género

Otro enfoque para el estudio del sobrepeso y la obesidad es el feminista y la categoría de género,⁷ cuyos antecedentes son escasos; en la mayoría de los trabajos se habla en términos de sexo y no de género. El acercamiento al fenómeno, desde la perspectiva de género, intenta dar cuenta de las desigualdades de género y por qué las mujeres presentan tasas más elevadas de sobrepeso.

El concepto de género se refiere a “las distinciones social y culturalmente construidas entre las mujeres y los hombres con base en las diferencias en el acceso a los recursos y el conocimiento, los roles sociales, la división del trabajo y la segregación ocupacional, las relaciones de poder, las jerarquías de autoridad y la toma de decisiones, y las normas sancionadas por la sociedad y aplicadas con respecto a la identidad, la personalidad y el comportamiento” (Sen 2000).

Borders et al. (2006) estudiaron las disparidades de obesidad específicas por género en Estados Unidos, y encontraron que las mujeres afroamericanas e hispanas tuvieron probabilidades más altas de obesidad que las blancas, también hombres y mujeres que viven fuera de áreas metropolitanas y mujeres de menores ingresos tuvieron tasas más altas de sobrepeso y obesidad; si bien los autores no explican por qué las más pobres presentan dichas tasas, concluyen que los esfuerzos del combate a la obesidad deberían focalizarse en este grupo.

La presión ejercida en las mujeres a través de la publicidad, así como el estilo de vida moderno de la sociedad occidental, hace que se demande el culto a un cuerpo esbelto y bello, apoyado también

⁷ Según Lamas (1996, 9), “a diferencia de las categorías clase social y etnia que han sido instrumentos analíticos desde hace mucho, la categoría de género es una herramienta de reciente creación y su uso no está generalizado”.

por el discurso médico que señala lo delgado como bueno y lo gordo como malo (Haworth 1999; Contreras 2005). A diferencia de las sociedades occidentales, donde la condición de delgadez se ha convertido en un requisito del cuerpo hermoso y tan extensamente aceptado que lo hace parecer “natural”, en otras culturas como las del África sahariana existe la celebración de la obesidad femenina, lo que revela la naturaleza construida de todas las nociones de la belleza (Popenoe 2004).

En este sentido, mientras que en las mujeres de raza blanca son más frecuentes los trastornos de bulimia y anorexia, las afroamericanas sufren de sobrepeso y obesidad, estas diferencias étnicas sugieren que los factores culturales juegan un rol importante en la presencia de este fenómeno (Lovejoy 2001). Algunas pistas acerca de estos factores pueden ser la construcción social de la feminidad y la manera cómo la cultura trasmite alternativas de belleza y de culto al cuerpo, sea delgado como en las mujeres blancas o con sobrepeso como en las afroamericanas.

Por su parte, Warin et al. (2008) encontraron que las mujeres, más que identificarse con la categoría clínica de obesidad, construyen sus identidades a través del género y la clase social y, en especial, de su rol de madres. Concluyen que ya no es posible seguir ignorando el género y las dimensiones de clase en el estudio de la obesidad, porque proveen puntos de entrada para examinar “ambientes obesogénicos”, y puntualizan cómo las prácticas y significados sociales se incorporan y reproducen en la vida diaria. Asimismo, señalan que la obesidad es un asunto social complejo, y se necesita considerar en serio cómo la salud está refractada a través de las estructuras sociales (Ibid., 108).

Es sabido que las mujeres, en general, son más sedentarias que los varones, y se reporta menos actividad física entre las de diversas minorías étnicas (Yancey et al. 2006). Otras autoras han explorado el porqué de este fenómeno, y presentan factores de género expresados en la percepción de que los muchachos son más aptos y están más estimulados que ellas para las actividades físicas y, en consecuencia, obtienen más acceso y facilidades para realizarlas. Se destacan también las normas culturales y la falta de modelos, como barreras para practicar algún ejercicio o deporte y, de manera muy

particular, entre niñas y mujeres latinas (Leslie et al. 1999; Taylor et al. 1999).

Los varones no creen tener problemas con el sobrepeso, a pesar de que a diario están expuestos a la publicidad que considera que la gordura es una amenaza para la salud, y que quienes la padecen son enfermos o están en alto riesgo de enfermar y morir, y es urgente que tomen medidas para controlar el peso (Monaghan 2007). Según Monaghan, existe una guerra declarada contra la gordura y los varones rechazan la estricta estandarización del IMC, que ubica a la mayoría de ellos con exceso de peso o francamente obesos. Por lo anterior, concluye que la medicina y sus instituciones han creado una epidemia psicológica corrosiva de obesidad.

Estigma y obesidad

En algunas culturas, la condición de obesidad se considera una clara desviación a las normas de salud. La información por grupos de edad revela que la opinión entre las y los adolescentes sobre el peso corporal varía por género y condición étnica, y está asociada en gran medida con lo que los padres piensan acerca del peso corporal de sus hijos (Levinson et al. 1986). Asimismo, las adolescentes tienden a tener ideas negativas de su cuerpo, se perciben más gordas de lo que son, mientras que ellos parecen creer que son más delgados de lo que en realidad están.

Cahnman (1968) y DeJong (1980) señalan que la obesidad y el sobrepeso en sociedades occidentales representan un problema moral, es decir, que las personas que no son obesas, o de peso normal, juzgan y condenan a las otras por estar gordos o gordas. En general, la gente considera que alguien que nace con un defecto (síndrome de Down o parálisis infantil, por ejemplo) no es culpable por ello, tampoco si es gordo debido a un mal funcionamiento de las glándulas. Pero, si es obeso por comer demasiado, o menciona que no le gusta hacer ejercicio o que ha intentado bajar de peso sin éxito, entonces se le juzga culpable de tener sobrepeso y obesidad. En consecuencia, la creencia de la gente acerca de que quien presenta sobrepeso tiene en sus manos el problema y también la solución es una muestra del estigma, que pesa sobre estas personas que son vistas como perezosas.

El significado de la responsabilidad juega un rol importante en las reacciones del público al estigma físico de la obesidad, debido a que se ve a los individuos que la padecen carentes de autocontrol y de fuerza de voluntad, a menos que sean capaces de ofrecer una razón para su sobrepeso. Entonces, la teoría ingenua de que la falta de ejercicio y la sobrealimentación son las causas de la obesidad debería ser sustituida por el reconocimiento de su compleja etiología (Ibid.).

Antropología y sociología del cuerpo

En la cultura occidental, el estudio y conocimiento del cuerpo humano es detentado hegemonícamente por la medicina, por tanto, al hablar de él se hace referencia al saber anatómico y fisiológico. Las perspectivas antropológica y sociológica han estudiado los usos y significados del cuerpo, y desde aquí aportan nuevos análisis que resultan pertinentes para el tema. El cuerpo, dice Rodó

es una ventana abierta a nuestra identidad, es el lugar donde se manifiestan con extraordinaria nitidez, los signos de nuestra condición social. En su lenguaje expresa el carácter de una cultura, las formas de vivir y de pensar, así como la dominación normativa e ideológica a la cual estamos sometidos. El conocimiento y experiencia que las personas tienen de sus cuerpos es una realidad compleja, determinado tanto por factores biológicos y psíquicos, como por el contexto histórico social (1987, 109).

Según Turner (1994), existen cuatro razones y sus respectivas orientaciones teóricas, para entender la importancia del cuerpo en la antropología: a) el desarrollo de la antropología filosófica y la cuestión del cuerpo en relación con la ontología del hombre; b) la relación entre cultura y naturaleza; c) la línea de desarrollo del evolucionismo a la antropología denominado darwinismo social y d) el desarrollo de la sociobiología, que intenta descubrir y explicar “los universales humanos” en términos de herencia genética.

La tendencia predominante y teórica sustancial en la antropología ha sido centrar la atención en la cultura, por lo cual esta disci-

plina desarrolló una teoría del cuerpo que lo concibe, tanto en las sociedades premodernas como modernas, como una superficie importante en la que las marcas de condición social, posición familiar, afiliación tribal, edad, sexo y condición religiosa pueden exponerse fácil y públicamente. Así, mientras que la exhibición corporal en el caso de las sociedades modernas (vestido, posturas, maquillaje) resulta crucial para mostrar bienestar y estilo de vida, en las premodernas el cuerpo era un objetivo más importante y ubicuo para el simbolismo público, mediado a menudo por la decoración o el tatuaje (Brain 1979; Polhemus 1978).

Lo anterior resalta la importancia de la cultura, ya que en las sociedades occidentales a pesar de producirse, paradójicamente, un aumento en el peso corporal, hay una marcada preferencia por la esbeltez que parece predominar en las clases socioeconómicas altas, a diferencia de los países que tienen dificultades en la obtención del alimento. Estudios recientes muestran la considerable reevaluación de la importancia del cuerpo, no sólo en la teoría social feminista, sino en general en términos de análisis de clase, cultura y consumo (Turner 1994, 19).

En las sociedades occidentales modernas, cada sujeto tiene un conocimiento bastante vago de su cuerpo, y son raros los que saben la ubicación de los órganos y que comprenden los principios fisiológicos que estructuran las funciones corporales (Le Breton 2008, 84). De aquí que resulte difícil que las personas identifiquen como enfermedad el sobrepeso o la obesidad, puesto que, en general, poseen un conocimiento ambiguo de su cuerpo.

Desde el enfoque sociológico se abordan otras explicaciones sobre el fenómeno del cuerpo con sobrepeso y obesidad, de las que aquí se destacan los aspectos de urbanización, residencia y pobreza y la perspectiva de género. En la primera se reconoce que la emigración rural hacia el medio urbano representa una condición que agrava la pobreza, y que ésta a su vez condiciona el estado de salud de las personas incluyendo el consumo de alimentos, lo que tiene efectos en el tamaño del cuerpo. Desde la perspectiva de género, se considera que las normas de género sumadas a la publicidad, que enfatizan el cuerpo delgado como bello, en particular el de las mujeres, implica la condena de un cuerpo con sobrepeso.

Política pública de atención a la obesidad en México

En materia de política de salud pública, los organismos rectores son la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que elaboran propuestas para todos sus Estados miembros, México incluido. En lo que respecta a la atención del sobrepeso y obesidad, la OMS elaboró y distribuye, desde 2004, una serie de documentos que delinean las acciones y estrategias para prevenir, controlar y revertir este problema, que considera una “epidemia” global. Entre éstos destacan, por su importancia, la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (OMS 2004); Un marco para la promoción de frutas y verduras a nivel nacional (Ibid. 2005); Una guía de enfoques basados en población para incrementar los niveles de actividad física (Ibid. 2008); Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud: marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación (Ibid. 2009).

En estos documentos se puede leer una campaña bien intencionada contra los estilos de vida no saludables, hábitos malsanos de consumo, énfasis en el aumento de la actividad física y en particular del ejercicio físico vigoroso entre la población infantil y adolescente. En la estrategia de control del sobrepeso se enfatiza en dos de los principales factores de riesgo para la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la obesidad: el régimen alimentario y las actividades físicas. Por ejemplo, se señala: “Las estrategias deben orientarse al cambio de las normas sociales y el mejoramiento de la comprensión y aceptación por las comunidades de la necesidad de integrar la actividad física en la vida cotidiana. Es preciso promover la creación de entornos que faciliten dicha actividad y establecer infraestructuras de apoyo para aumentar el acceso a instalaciones adecuadas y su utilización.” (Ibid. 2004, 10). Sin embargo, no se menciona cómo se van a realizar estos cambios en las normas sociales acerca del ejercicio físico entre la población, o cómo se abordará el proceso de aceptación por las comunidades de esta actividad, dejando a cada país la implementación de sus estrategias de acuerdo con sus posibilidades económicas.

Aunque en esta literatura hay algunas referencias a los aspectos sociales del sobrepeso, se observa que mucha de la responsabilidad

descansa en la persona, y se deja de lado la de entidades como la industria alimentaria, la publicidad y los medios de comunicación, entre otras. Esto lleva a pensar que al responsabilizar a la persona y centrarse en el individuo, las fallas en la estrategia de prevención y control de la obesidad serán adjudicadas a los sujetos y no al sistema de cuidados de salud o a otras instancias que también tienen responsabilidad en el mantenimiento del problema. Es aquí donde se considera que la investigación del fenómeno puede aportar elementos, desde la sociología, para la comprensión de que el cambio de normas sociales no es cuestión sólo de política pública, como lo demuestra el hecho de que en casi todas las escuelas públicas y privadas y en las localidades urbanas y rurales se cuenta con al menos una instalación deportiva, y no por eso la población de cualquier edad realiza alguna actividad física.

También se nota en la política de prevención y control de la obesidad, planteada por la OMS, una clara concepción biomédica del problema y de su solución, lo que evidencia la ausencia de una estrategia de estudio o la incorporación de las ciencias sociales y, en particular, de la sociología, a pesar de sugerir la modificación de las normas sociales.

Por otro lado, y como respuesta a este llamado de la OMS, en el ámbito de la política pública de salud en México, respecto al fenómeno de sobrepeso y obesidad, el gobierno federal ha respondido con estrategias que reflejan “honda preocupación”, y propone que para tratar con éxito el problema, desde la práctica clínica, “es indispensable que el paciente cambie su estilo de vida por conductas más saludables especialmente aumentando su actividad física, reduciendo el consumo de energía total y disminuyendo el consumo de grasa y alcohol” (Grupo Académico para el Estudio, Prevención y Tratamiento de la Obesidad y el Síndrome Metabólico 2008, 532).

Es necesaria “la capacitación adecuada del sector médico, fundamental para contribuir al control de la obesidad y el sobrepeso [...] Se pueden lograr grandes cambios con implementación de políticas orientadas a abatir los determinantes ambientales más importantes”, y como ejemplo menciona: “generación de entornos seguros y adecuados para que la población, y en particular las mujeres, pue-

dan desarrollar actividad física” (Ibid., 533). No se menciona al responsable por el desarrollo de estas “sencillas” políticas, ni la razón del énfasis de entornos seguros para las mujeres. Éstas no reconocen las desigualdades de género o el interés para que sean las mujeres quienes pierdan más peso que los hombres.

Por otro lado México, como miembro de la OMS, ha puesto en marcha esta política con la creación del documento Acuerdo nacional para la salud alimentaria: estrategia contra el sobrepeso y la obesidad (Secretaría de Salud 2010); contiene diez objetivos, cinco se refieren a la voluntad individual de las personas y el resto a la participación del gobierno federal con todas sus dependencias y de la industria, a fin de diseñar las condiciones para revertir el aumento de peso (Ibid., 5). En este documento, como en los elaborados por la OMS, se le da muy poca importancia a los determinantes sociales de la producción del sobrepeso y de la obesidad, y se le concede gran parte de la responsabilidad de la resolución del problema al comportamiento individual (factores de riesgo), con la modificación del estilo de vida de la persona como eje central, lo que supone su concepción como individual, en contraposición con la propuesta sociológica de verlo como una construcción colectiva influida tanto por las elecciones (la agencia) como por las oportunidades de vida (la estructura).

Los planteamientos vertidos por este grupo descansan en lo que Susser y Susser (1996) denominan paradigma epidemiológico de la caja negra,⁸ o de los factores de riesgo, el cual consiste en la metáfora general de una unidad autónoma, cuyos procesos internos permanecen ocultos al espectador. Este enfoque relaciona la exposición de resultados sin la obligación de explicar los elementos que intervienen. Como en el caso de las ECNT, la caja negra se enfoca en la identificación de factores de riesgo en el individuo, que después son transferidos a todos. Así, hay personas “en” riesgo y poblaciones

⁸ En 1996 estos autores publicaron un artículo que reseñaba los paradigmas en la historia de la epidemiología, a partir del concepto central de Kuhn de paradigmas científicos que dominan eras sucesivas. Señalan que esta ciencia ha pasado por tres eras: estadísticas sanitarias, epidemiología de las enfermedades infecciosas y epidemiología de las enfermedades crónicas, que a su vez respondían a tres paradigmas del pensamiento en salud pública: miasma, teoría del germen y de la caja negra o de los factores de riesgo, este último hace referencia a las ECNT.

“de” riesgo,⁹ pero las causas reales de éste permanecen ocultas. La caja negra también se refiere a los individuos que componen la sociedad, pero no contempla las fuerzas sociales que actúan sobre ellos, con sus propias leyes y dinámica (Ibid.). En el caso de la obesidad y el sobrepeso, al enfatizar la identificación de los factores de riesgo (estilo de vida sedentario, consumo de alimentos altos en energía densa) convierte a la víctima en culpable.

Al revisar las políticas públicas se observa que, al igual que el paradigma de los factores de riesgo, se le concede muy poca atención al ambiente social donde se desarrolla este fenómeno, es decir, no hay elementos que tomen en cuenta las condiciones sociales de vida de las personas, los significados que éstas le otorgan a la práctica del ejercicio, a la condición de obesidad (o gordura como algunos la llaman) o a la misma pérdida de peso que, como señalan Cruz et al. (2012), puede ser vista como signo de enfermedad, sobre todo entre la población indígena de México.

Por todo lo anterior, se considera que el sobrepeso y la obesidad, además de ser estudiados desde la biomedicina, merecen también una investigación desde una perspectiva sociológica, ya que esta disciplina y, en particular su rama, la sociología médica tienen aportes valiosos a la comprensión del fenómeno. A continuación se plantean las corrientes teóricas de la sociología, que se piensa pueden contribuir desde lo social al abordaje del problema tratado aquí.

Perspectivas teóricas

El peso del cuerpo (esbelto, sobrepeso) es un asunto que rebasa la perspectiva biomédica, y que demanda un examen desde un enfoque sociológico, toda vez que hay poca evidencia de su estudio desde esta óptica.¹⁰ En este sentido, los aportes teóricos elaborados

⁹ El riesgo en salud se define como la probabilidad de un resultado sanitario adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad, para el caso se refiere al comportamiento del individuo y la población.

¹⁰ En México, las referencias sociológicas al tema del sobrepeso son muy escasas, no así en países como Estados Unidos y Australia, donde ha sido revisado por expertos sociólogos y

por Bourdieu y Giddens pueden ayudar a profundizar en el tema, y comprender las dificultades que enfrenta el sector salud en México para revertir las cifras del aumento del sobrepeso y obesidad.

Para que una persona gane peso y se convierta en obesa se requiere de muchos factores conectados con sus condiciones de vida, el contexto en el que ésta transcurre y, en consecuencia, con su grupo de referencia a partir del cual aprende, comprende y practica un estilo de vida propio. Según Menéndez (1998, 48), el concepto “estilo de vida” tiene sus raíces en las corrientes del marxismo, la sociología comprensiva de Weber, el psicoanálisis y el culturalismo antropológico estadounidense. Originalmente hacía referencia tanto a la macroestructura social, como a sus expresiones culturales en el individuo/grupo, es decir, era un concepto holístico.

Hoy día, la epidemiología, al usar el término estilo de vida, lo reduce al enunciado individual de conductas de riesgo, excluyendo de sus análisis las condiciones materiales e ideológicas de la producción de enfermedades. Esto último es muy importante, puesto que en ello descansa la estrategia de la salud pública en México: las acciones de prevención y control del sobrepeso y obesidad están enfocados a la persona y a la modificación de su estilo de vida.

El discurso preventivo, para el caso de las ECNT, demanda que la persona “modifique su estilo de vida”, como condición necesaria para mejorar su vida y salud. Este discurso oculta las causas estructurales de la producción de la “epidemia de obesidad” y que el énfasis, colocado exclusivamente en la persona (con sobrepeso u obesidad), supone de forma explícita o implícita que ésta es un ser “libre”, con capacidad y posibilidad de elegir qué, cómo y cuándo comer. Menéndez es contundente cuando señala: “La elección individual (de qué comer) no puede ser separada de las condiciones estructurales que la posibilitan” (1998, 57).

Por otro lado, a pesar de la enorme popularidad del término estilo de vida y, en particular, del concepto estilo de vida saludable o de salud, no hay una definición muy aceptada del mismo. En la literatura aparecen dos referidas a la salud; Cockerham et al. (1997, 322)

antropólogos. Así mismo, la mayor parte de los trabajos se han desarrollado en zonas urbanas, por lo que es notoria su ausencia en áreas rurales e indígenas en estos países y en México.

afirman que las “formas de vida saludables son patrones de comportamiento voluntario de conductas de salud basados en elecciones de opciones que están disponibles para la gente según sus contextos de vida”. Por su parte, Thomas Abel (citado por Cockerham et al. 1997, 322) indica que los “estilos de vida de salud abarcan los patrones de comportamiento, de valores y de actitudes relativos a la salud adoptados por los grupos de individuos en respuesta a sus ambientes sociales, culturales y económicos”.

Ambas definiciones, en esencia, son iguales e incorporan la interacción de las elecciones y oportunidades en la vida, según lo planteado por Weber. Así, el estilo de vida no es una elección individual intrínseca de la persona, sino más bien el resultado de la posición del individuo/grupo dentro de la estructura social. Lo anterior hace referencia, entre otros aspectos, al contexto de la acción social y a la relación de éste con la salud y la enfermedad. Frohlich et al. (2001) sostienen que la incorporación del estudio del contexto (la estructura) es importante, pues permite un análisis del estilo de vida como prácticas sociales, esto es, no descontextualizadas.

Para cambiar la tendencia a acercarse al estudio del estilo de vida, como cualidad del comportamiento individual distanciada del contexto, se propone un enfoque que lo conciba como patrones y modos de vida o como comportamientos y sus interacciones con los factores culturales, sociales y psicosociales (Dean et al. 1995). En otras palabras, la propuesta es concebir al estilo de vida como prácticas sociales reforzadas por, y que a la vez surgen del contexto.

Este cambio lleva a una reconceptualización del estilo de vida como cualidad colectiva, por el hecho de que los individuos no están solos creando y reconstruyendo la estructura social a través de sus prácticas (Frohlich et al. 2001). Lo anterior permite analizar y comprender el fenómeno del sobrepeso y la obesidad en un marco contextualizado del malestar o, dicho de otro modo, cómo el contexto social puede influir en los patrones de salud o de enfermedad, de sobrepeso y obesidad.

El análisis de las prácticas sociales, como estructuras individuales que construyen a su vez las de grupo o de la sociedad, puede basarse en las nociones del *habitus*, expresadas por Pierre Bourdieu, y de Anthony Giddens, con su teoría de la estructuración. Las opiniones

que ponen en contraste estos autores, con respecto al origen de las prácticas sociales en lo relacionado con la estructura social, han recibido atención particular en los últimos años. Estas propuestas teóricas contribuyen a apartarse de explicaciones de la conducta de salud, en términos de creencias de estilos de vida individuales (Williams 1995).

Bourdieu propone el concepto de *habitus* como clave para superar la oposición entre “objetivismo” y “subjetivismo”. Las teorías “objetivistas” explican las prácticas sociales como determinadas por la estructura social: los sujetos no tendrían aquí ningún papel, serían meros soportes de la estructura de relaciones en las que se encuentran. A su vez, las teorías “subjetivistas” explicarían las acciones sociales como agregación de las individuales (Martín 2004).

Estas teorías se basan en la división individuo y sociedad o acción-estructura, mientras que la de Bourdieu pretende sustituir esta separación en la explicación de las prácticas sociales, por la relación construida entre dos modos de existencia de lo social: a) las estructuras sociales externas, lo social hecho cosas, de donde surge el concepto de campo, campos de posiciones que se han construido en dinámicas históricas (por ejemplo, el campo escolar, político, económico) y b) las estructuras sociales internalizadas, incorporadas al agente en forma de esquemas de significado, pensamiento y acción, que da lugar al concepto de *habitus*.

Bourdieu (1991, 92) define al *habitus* como: “Sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas pre-dispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos”.

Safa (2002) resume en tres puntos las explicaciones del *habitus*: a) un sistema de disposiciones duraderas, eficaces en cuanto a esquemas de clasificación, que orientan la percepción y las prácticas más allá de la conciencia y el discurso, y funcionan por transferencia en los campos de la práctica; b) estructuras estructuradas, en cuanto proceso mediante el cual lo social se interioriza en los individuos, y logra que las estructuras objetivas concuerden con las subjetivas;

y c) estructuras predispuestas a funcionar como estructurantes, es decir, como principio de generación y de estructuración de prácticas y representaciones.

El concepto de *habitus* tiene importancia en el análisis de los estilos de vida relacionados con la salud, ya que se sabe que existe un vínculo entre salud-enfermedad y la posición que ocupan los sujetos en la estructura social (Davey et al. 1990; Davey y Morris 1994; Menéndez 1998). En el caso del sobrepeso y la obesidad, este concepto posibilita el análisis desde las perspectivas del sujeto y del grupo social en el cual se ha formado.

Bourdieu enfatiza que las prácticas sociales se desarrollan en un tiempo y espacio determinado, y que no están organizadas conscientemente, o al menos no del todo. Esto significa, para el tema tratado aquí, que las conductas relacionadas con el mantenimiento de un peso corporal “normal” o un cuerpo con sobrepeso son una característica rutinizada de la vida diaria, guiada por una práctica o lógica implícita, que a su vez están determinadas por una estructura representada, entre otras, por la publicidad que enfatiza al cuerpo esbelto como hermoso, pero que también invita al consumo de alimentos y bebidas procesados, altos en energía densa y grasas “trans”¹¹ y que, en consecuencia, muchas de las conductas de la vida diaria de los sujetos (incluyendo las generadoras de salud o de enfermedad) son llevadas a cabo por la fuerza de la costumbre o la práctica, sin pensar en la lógica de la cual los actores están poco conscientes (Williams 1995).

En relación con la “epidemia” de sobrepeso y obesidad, hace falta indagar cómo y por qué la gente adopta, mantiene y cambia sus estilos de vida. Es aquí donde la teoría del *habitus* puede contribuir a comprender mejor este fenómeno complejo y multidimensional,

¹¹ Los ácidos grasos trans (AGT) de producción industrial, conocidos como “grasas trans”, se forman durante la hidrogenación parcial de aceites vegetales líquidos para formar grasas semisólidas, que se emplean en margarinas, aceites para cocinar y muchos alimentos procesados, que resultan atractivos para la industria debido a su tiempo de conservación prolongado, su mayor estabilidad durante la fritura y su mayor solidez y maleabilidad para su uso en productos y dulces de repostería. Hay pruebas concluyentes de que el consumo de AGT aumenta el riesgo de cardiopatía coronaria y el posible aumento del riesgo de muerte súbita de origen cardíaco y de diabetes mellitus (OPS/OMS 2007).

y junto con dicho concepto, Bourdieu aporta otros dos: campo y capital, cruciales para explicar la acción social.

El campo es una red de relaciones objetivas entre posiciones definidas de manera objetiva en su existencia, y en las determinaciones que ellas imponen a sus ocupantes, por su situación actual y potencial en la estructura de las distribuciones de las especies de capital (o de poder), cuya posición impone la obtención de beneficios específicos puestos en juego en el campo y, a la vez, por su relación objetiva con las otras posiciones (dominación, subordinación, homologías) (Bourdieu y Wacquant 1995). El habitus es producido en el campo, y representa una identidad de clase, que produce y a la vez reproduce las prácticas sociales. En este sentido, Bourdieu habla de un habitus de clase (o de grupo) como una relación de homología, es decir, de diversidad en la homogeneidad, que refleja la característica de sus condiciones sociales de producción (Bourdieu 1991). Esto tiene implicaciones para el análisis de los estilos de vida y su relación con conductas relativas a la salud, tal como lo han demostrado algunos estudios. Las prácticas sociales medidas más comúnmente en estudios de estilo de vida, relacionado con la salud, son: consumo de alcohol, tabaco, dieta y ejercicio (Cockerham 2005). Al respecto, se puede mencionar, siguiendo a Bourdieu, que las prácticas vinculadas a un estilo de vida de salud alcanzan a estar integradas a un repertorio conductual rutinario donde los agentes logran actuar más o menos sin pensar, una vez que están establecidos en el habitus.

Las prácticas en sí mismas toman direcciones positivas o negativas (Ibid.). Por ejemplo, fumar es malo para la salud, pero el uso moderado de alcohol reduce el riesgo de enfermedad cardiaca (Klatsky 1999); comer frutas y verduras es positivo, pero consumir carnes puede ser positivo o negativo según cómo se cocine y su contenido de grasa. Estas prácticas se generan dentro de las condiciones sociales de existencia de las clases o fracciones de clase, lo que a su vez introduce el concepto de capital, del que Bourdieu reconoce cuatro formas: económico, cultural (conocimiento legítimo de diversas clases); social (involucra varios tipos de relaciones con otras personas socialmente significativas) y simbólico (prestigio y honor social). Para él, el cuerpo es otra forma de capital, al cual al-

gunas veces se refiere como físico, y en otras lo incluye dentro del cultural (Bourdieu y Wacquant 1995).

Como el habitus, el capital no existe sino dentro de un campo. En este sentido se plantea que si éste es adquirido en una serie de condiciones materiales y sociales, y si éstas varían en función de la posición en el espacio social, entonces se puede hablar de “habitus de clase”, el cual a su vez lleva a un estilo de vida de clase. Habría también una serie de esquemas generadores de prácticas comunes a todos los individuos biológicos, que son producto de las mismas condiciones objetivas.

Es posible señalar, siguiendo a Bourdieu, que los estilos de vida se perciben como el producto del habitus, el cual se expresa en y a través de los gustos. El gusto es un concepto clave en el análisis de Bourdieu acerca de la distinción, y se refiere al proceso por el cual los individuos adoptan elecciones y preferencias, en apariencia voluntarias, de estilos de vida que están profundamente arraigados en el habitus, lo que él llama “necesidad internalizada y convertida en disposiciones y obligación material” (1991).

Lo anterior, respecto al sobrepeso y la obesidad, permite decir que las personas desarrollan sus gustos por lo que está a su alcance (no sólo por la cercanía sino también por su poder adquisitivo, aunque los productos de consumo no sean lo más recomendable), y que éstos se convierten después en una necesidad (por ejemplo, acompañar la comida con refrescos embotellados o inhibir la sed con ellos). De la teoría de Bourdieu se desprende que la interrelación entre posición social, habitus y gustos tiende a producir orientaciones y estilos de vida corporales relativamente estables, en los que se puede incluir a las actitudes y orientaciones hacia la salud.

Así, el cuerpo refleja el habitus que a su vez refleja su posición de clase. En consecuencia, los gustos (comida, bebida, ropa, deporte) dependen de la idea que cada clase tiene, a través de sus habitus, del cuerpo, de los efectos de la comida sobre el cuerpo en términos de salud, fuerza y belleza y de las categorías que emplea para evaluar estos efectos, algunos escogidos por una clase e ignorados por otra, para establecer una jerarquía muy distinta entre ellos; así es como la clase trabajadora, más atenta a la fuerza del cuerpo (masculino) que a su forma, tiende a buscar productos a la vez baratos y reparadores,

mientras que los miembros de profesiones liberales preferirán los sabrosos, buenos para la salud, ligeros y que no hagan engordar (Ibid. 2002, 188). Y en la actualidad, de manera más evidente, a buscar un tipo basado en la esbeltez.

De esta manera, el consumo de alimentos se encuentra mediado tanto por el gusto como por los ingresos; en relación con éstos, Bourdieu considera que un análisis del consumo basado en ellos enmascara el hecho de que existen casos en los que los mismos ingresos están asociados a patrones de consumo diferentes por completo. Por otra parte, clasifica a los gustos en: de lujo o de libertad y de necesidad. Aquí, señala, radica el verdadero principio de las diferencias que se observan en el terreno del consumo, ya que mientras los primeros son producto de individuos poseedores de capital económico, los segundos expresan las necesidades de las que son producto.

Así, “el gusto es elección del destino, pero una elección forzada, producida por unas condiciones de existencia que, al producir como puro sueño cualquier otra posible, no deja otra opción que el gusto por lo necesario” (Ibid., 177). Tomar en cuenta este planteamiento al analizar el estilo de vida de salud de un grupo de personas evitará, según el autor, el racismo de clase que asocia al pueblo con lo gordo y lo graso, con estilos de vida individuales nocivos para la salud y escogidos libremente. Mientras que por otro lado, hay evidencia que asocia la condición de un cuerpo con sobrepeso u obesidad con un estado de salud y bienestar, como sería el caso de las personas que viven en condiciones de desventaja social y entre las poblaciones indígenas (Castro 2000; Cruz et al. 2012).

En el debate sobre salud y estilos de vida, la participación en actividades deportivas se cita en el discurso preventivo como condición necesaria para el control del sobrepeso y obesidad. Al respecto, Bourdieu sostiene que los factores económicos no son lo más importante en la relación entre hacer ejercicio o practicar algún deporte, y que el tema es mucho más complejo. Esta idea también revela disposiciones más profundas de habitus en el trabajo, junto con las luchas por la distinción. También señala que las actividades de ejercicio regular no son una práctica cotidiana de las clases populares, ya que sus miembros trabajan en labores que les demanda mucha energía durante ocho o más horas, y que una vez concluida

la jornada es difícil que consideren dedicar tiempo a un ejercicio extra (Bourdieu 2002). Entonces, dicha práctica no será considerada importante entre la población en general, si históricamente no lo ha sido entre su grupo de referencia.

Por su parte, Giddens (2006) define tres componentes en su teoría social: estructura, sistema y estructuración; el primero es un conjunto de reglas y recursos organizados de manera recursiva, que está fuera del tiempo y del espacio, marcados por la ausencia del sujeto. Señala que los sistemas sociales, en los que está implícita la estructura, abarcan las actividades situadas de los agentes humanos, reproducidas por un tiempo y un espacio, y que al analizar la estructuración de sistemas sociales en realidad se estudian los modos en los cuales tales sistemas son producidos y reproducidos por los agentes situados que, a su vez, aplican reglas y recursos en la diversidad de contextos de acción que son producidos y reproducidos en una interacción.

En *La constitución de la sociedad* (2006), Giddens describe las características estructurales de sistemas sociales como el medio y el resultado de prácticas sociales recurrentemente organizadas, y señala que no hay unidireccionalidad entre la estructura y agencia, sino que son recurrentes y codependientes. La estructura así no es posible sin la acción, porque la acción reproduce la estructura y la acción no es posible sin estructura, porque la acción comienza con una estructura dada, que fue el resultado de acciones anteriores. Asimismo, un agente no es un tema dependiente de la acción sino de un individuo activo, que construye el comportamiento social (Cockerham et al. 1997). Esta es la base de la teoría de la estructuración, cuyo concepto central es la dualidad de la estructura, por la que al mismo tiempo contiene significado y resultado de la acción, esto es, estructuras objetivas (constreñimientos) y subjetivas (habilitantes).

Aunque Giddens no es marxista, en su obra se aprecia una influencia de esta corriente de pensamiento. Él considera que *La constitución de la sociedad* es una reflexión sobre uno de los postulados de Marx que plantea: “Los hombres hacen su propia historia pero no la hacen como ellos quieren, bajo circunstancias elegidas por ellos mismos, sino bajo circunstancias directamente dadas y heredadas del pasado” (Ritzer 2002, 479). De allí la importancia concedida, en

la teoría de la estructuración de Giddens, a las prácticas de los agentes. De ella se desprenden dos conceptos importantes para el análisis del sobrepeso y la obesidad: conciencia práctica y conciencia discursiva. La primera se refiere a lo que los actores saben (creen) acerca de las condiciones sociales, incluidas las de su propia acción, pero que no pueden expresar en el discurso. La segunda alude a lo que los actores son capaces de decir acerca de las condiciones sociales, o aquello a lo cual pueden dar expresión verbal.

Sin embargo, ninguna barrera de represión protege a la conciencia práctica, a diferencia de lo que ocurre con la conciencia inconsciente. Dicho de otro modo, es la rutinización de actividades de la vida diaria, según Giddens, la que hace que importe más lo que hacemos que lo que sabemos. El concepto de rutinización en esta teoría significa el carácter habitual que se da al grueso de las actividades de la vida social cotidiana, y que se expresa en la prevalencia de estilos y formas familiares de conducta, que sustentan un sentimiento de seguridad ontológica y que reciben sustento en él (Giddens 2006).

En este marco, se puede concebir que el cuerpo, con sobrepeso u obesidad, fuera considerado dentro de la teoría de la estructuración, como consecuencia no deseada de las prácticas de los agentes, adquiridas en un espacio-tiempo y en condiciones de vida, a través de la rutinización. En este sentido, Giddens (1997) menciona que un estilo de vida es un conjunto de prácticas más o menos integradas y adoptadas para dar forma a una necesidad particular de autoidentidad, cuestión necesaria para dar seguridad ontológica.

Para Giddens (2006), la seguridad ontológica expresa una autonomía de gobierno corporal dentro de rutinas predecibles, es decir, del grado de seguridad que tiene el agente en situaciones de la vida cotidiana, lo que genera un sentimiento de confianza en otros por la seguridad en sí mismo. Esta seguridad ontológica se puede perder o debilitar, cuando alguien empieza a sentirse como una especie de extranjero en el lugar donde habita, y le teme a la continuidad de la rutina.

En consecuencia, si uno desea pertenecer y moverse dentro de un estrato social particular, es necesario adoptar un estilo de vida apropiado a ese grupo (Cockerham et al. 1997). Se entiende entonces

que el estilo de vida de una persona no es individual ni impuesto, sino el resultado de una elección (hábitos de vestir, comer, modos de actuar, favorecidos por el contexto y la interacción con otros), con base en las oportunidades de vida, y que además le provee formas materiales de autoidentidad, la que a decir de Giddens se crea y mantiene a través de la rutinización de las actividades de la vida diaria, en un espacio y tiempo dados. Se trata de reconocer que lo social es producto de los actores y viceversa, en este sentido no se puede dejar de lado que la persona (el agente) vive y actúa en ciertas condiciones, sino que también las sufre.

La propuesta de Giddens plantea que las prácticas rutinizadas (conciencia práctica y discursiva) se han convertido en una cuestión muy importante, pues no sólo configuran los estilos de vida, sino también funcionan como una forma de acompañamiento o marcador social, y que dentro de ellas es posible reconocer algunas que afectan a la salud y a las distinciones, que a su vez contribuyen a las diferencias en las identidades sociales (Annandale 1998).

En consecuencia, para el análisis del sobrepeso y la obesidad, desde la teoría de la estructuración, es necesario tomar en cuenta las necesidades de las personas en la búsqueda de seguridad ontológica y de la autoidentidad. Como señala Giddens (2006, 93), bajo ciertas circunstancias y en la conciencia discursiva los agentes saben lo que hacen pero, por otro lado, lo que hacen puede ser por completo desconocido bajo otras condiciones y para la conciencia práctica, y tal vez sepan muy poco sobre las consecuencias ramificadas de las actividades (prácticas) a las que se entregan.

Por ejemplo, en el análisis del sobrepeso y obesidad se puede pensar que las personas obran más a través de este último tipo de conciencia, ya que es difícil suponer que alguien realice prácticas deliberadas que dañen su salud, por lo que debe orientarse la comprensión del fenómeno hacia otras explicaciones de salud, entre ellas la gran influencia de la publicidad sobre la acción social que invita al consumo, la industria que agrega sustancias a los alimentos para aumentar su poder adictivo y, por supuesto, la condición social de clase que obliga al consumo de lo necesario por barato, y no por ser más nutritivo.

Lo anterior hace pensar en la necesidad de integrar una visión del estudio del estilo de vida como condición colectiva más que indivi-

dual, ya que éste, desde la perspectiva teórica de la estructuración, cumple funciones de autoidentidad y pertenencia a una clase social, a partir de las prácticas de consumo, cuyo marco de acción son las elecciones (agente) y las condiciones y las oportunidades de vida (estructura), donde interactúan los agentes.

Conclusión

Desde la perspectiva del presente documento, las principales aportaciones de la teoría social al estudio del problema del sobrepeso y la obesidad pueden resumirse de la siguiente forma:

- El sobrepeso y la obesidad son condiciones que, como otras, reflejan desigualdades sociales, en consecuencia las estrategias de prevención y control deberían ser abordadas desde el estudio de las personas en sus contextos de vida.
- Indicar a la persona, con la condición de obesidad, que modifique su estilo de vida por otro saludable renueva la tendencia de culpar a la víctima. Desde la sociología se propone abordar el estilo de vida como condición colectiva más que individual, que a su vez está mediado tanto por las elecciones como por las oportunidades de vida (estructura) de las personas (agentes).
- La estrategia de recomendar el ejercicio físico para toda la población niega las desigualdades de género, etnia y clase, que subyacen al fenómeno del sobrepeso y obesidad; la aportación del análisis sociológico al conocimiento de estas categorías y su exploración debería incorporarse a la estrategia nacional e internacional para abordar el fenómeno del sobrepeso y obesidad.
- En la disposición de mantener el peso “normal”, el análisis sociológico sostiene que las personas toman decisiones (hacen elecciones) acerca del tipo de alimentos, bebidas y ejercicio, pero no lo hacen libremente, ya que no están solas en esto, por el contrario existen condiciones de vida dadas o heredadas, y que funcionan como estructuras que condicionan las posibilidades de la existencia, lo que obliga a elegir unas prácticas y a desdenar otras, entre ellas las positivas o negativas para la salud.

- La obesidad es un fenómeno complejo y su aumento global tiene consecuencias personales, sociales y económicas. Esta revisión de la literatura sobre el tema y la evidencia empírica examinada indican que no es sólo un problema médico, sino que diversos factores participan en su incremento: características biológicas (susceptibilidad genética), aspectos sociales y del comportamiento (preferencia del uso del tiempo, publicidad y pobreza) e influencias ambientales (urbanización y cambio tecnológico).
- Las explicaciones del aumento de la obesidad siguen en discusión y están abiertas a investigación adicional. Asimismo, los aportes de la teoría social son necesarios para la comprensión del incremento del sobrepeso y la obesidad, y para contribuir al diseño de políticas públicas y acciones exitosas para su atención, prevención y disminución.

Recibido en noviembre de 2011

Aceptado en abril de 2012

Bibliografía

- Anaya Loyola, M. A., A. Sosa Álvarez, H. Vergara Catañeda y E. Suaste Duarte. 2006. High Prevalence of Obesity in Rural Mexican Women. *FASEB Journal* (20) 5: A 1033.
- Annandale, Ellen. 1998. *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.
- Booth L., Michel, Rachel L. Wilkenfeld, Deanna L. Pagnini, Susan L. Booth y Lesley A. King. 2008. Perceptions of Adolescents on Overweight and Obesity: The Weight of Opinion Study. *Journal of Pediatrics and Child Health* 44 (5): 248-252.
- Borders, F. Tyrone, E. James Rohrer y M. Kathryn Cardarelli. 2006. Gender Specific Disparities in Obesity. *Journal of Community Health* 31 (1): 57-68.

- Bourdieu, Pierre. 2002. *La distinción: criterios y bases sociales del gusto*. México: Altea Taurus.
- _____. 1991. *El sentido práctico*. Madrid: Taurus Humanidades.
- _____. y L. J. D. Wacquant. 1995. *Respuestas por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- Brain, Robert. 1979. *The Decorated Body*. Londres: Hutchinson.
- Cahnman J., Werner. 1968. The Stigma of Obesity. *The Sociological Quarterly* 9 (3): 283-299.
- Castro, Roberto. 2000. *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Christakis A., Nicholas y Fowler H. James. 2007. The Spread of Obesity in Large Social Network Over 32 Years. *The New England Journal of Medicine* 357: 370-379.
- Cockerham, William C. 2005. Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior* (46) 1:51-67.
- _____. , A. Rutten y T. Abel. 1997. Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving Beyond Weber. *The Sociological Quarterly* (38) 2: 321-342.
- Conrad, Peter. 1992. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* (18): 209-232.
- Contreras Hernández, Jesús. 2005. La obesidad una perspectiva sociocultural. *Zainack. Cuadernos de Antropología Etnográfica* 27: 31-52.
- Cruz Sánchez, M, E. Tuñón Pablos, G. Álvarez Gordillo, M. Villaseñor Farías y R. Nigh Nielsen. 2012. Desigualdades de género en so-

brepeso y obesidad entre indígenas chontales de Nacajuca, Tabasco. *Población y Salud en Mesoamérica* 9 (2): 1-23.

Cummings, David E., y Michael W. Schwartz. 2003. Genetics and Pathophysiology of Human Obesity. *Annual Reviews Medicine* (54): 453-471.

Davey, Smith, G., y J. Morris. 1994. Increasing Inequalities in the Health of the Nation. *British Medical Journal* (309): 145-147.

———, M. Bartley y D. Blane. 1990. The Black Report on Socio-economic Inequalities in Health; Ten Years On. *British Medical Journal* (301): 373-377.

Dean, K., C. Colomer y S. Pérez Hoyos. 1995. Research on Lifestyles and Health: Searching for Meaning. *Social Science and Medicine* (41) 6: 845-855.

DeJong, William. 1980. The Stigma of Obesity: The Consequences of Naive Assumptions Concerning the Causes of Physical Deviance. *Journal of Health and Social Behavior* (21) 1: 75-87.

Drewnoswsky, A., y S. E. Specter. 2004. Poverty and Obesity: The Role of Energy Density and Energy Costs. *American Journal of Clinic Nutrition* (79): 6-16.

Encuesta nacional de nutrición. 1999. Estado nutricio en niños y mujeres en México. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Encuesta nacional de salud y nutrición. 2006. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Flegal, K. M., M. D. Carroll, C. L. Ogden y C. I. Johnson. 2002. Prevalence and Trends in Obesity Among US Adults 1999-2000. *JAMA* (288) 14: 1723-1727.

Frohlich L., Katherine, Ellen Corin y Louise Potvin. 2001. A Theoretical Proposal for the Relationship Between Context and Disease. *Sociology of Health and Illness* (23) 6: 776-797.

Giddens, Anthony. 2006. *La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu.

_____. 1997. *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Editorial Península.

Grupo Académico para el Estudio, la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad y el Síndrome Metabólico. 2008. La obesidad y el síndrome metabólico como problemas de salud pública. Una reflexión. *Salud Pública de México* (50) 6: 530-547.

Haworth-Hoepfner, Susan. 1999. Medical Discourse on Body Image. En *Interpreting Weight: The Social Management of Fatness and Thinness*, J. Sobaly D. Maurer, 89-112. Nueva York: Aldine de Gruyter.

Keys Ancel, Flaminio Fidanza, Martti J. Karvonen, Novoru Kimura y Henry L. Taylor. 1972. Indices of Relative Weigh and Obesity. *Journal Chronical Disease* 25: 329-343.

Klatsky, L. Arthur. 1999. Moderate Drinking and Reduced Risk of Heart Disease. *Alcohol Research & Health* (23) 1: 15-24.

Kumanyika, K. Shiriki. 1999. Understanding Ethnic Differences in Energy Balance: Can we get There from Here? *American Journal of Clinical Nutrition* (70) 1: 1-2.

Lake, A., y T. Townshend. 2006. Obesogenic Environments: Exploring the Built and Food Environments. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* (126) 6: 262-267.

Lamas, Martha. 1996. *El género, la construcción social de la diferencia sexual*. México: UNAM. Programa Universitario de Estudios de Género.

Le Breton, David. 2008. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Leslie J., A. Yancy, W. McCarthy, S. Albert, C. Wert, O. Miles y J. James. 1999. Development and Implementation of a School-based Nu-

- trition and Fitness Promotion Program for Ethnically Diverse Middle-school Girls. *Journal of the American Dietetic Association* (99) 8: 967-970.
- Levinson Richard, Powell Brian, Carr Steelman L. 1986. Significant Others and Body Image Among Adolescents. *Social Psychology Quarterly* (49) 4: 330-337.
- Logan, Jeongok G., y Debra J. Barksdale. 2008. Allostasis and Allostatic Load: Expanding the Discourse on Stress and Cardiovascular Disease. *Journal Clinic Nursing* (17) 7b: 201-208.
- Lovejoy, Meg. 2001 Disturbances in the Social Body: Differences in Body Image and Eating Problems Among African American and White Women. *Gender and Society* (15) 2: 239-261.
- Martín C., Enrique. 2004. Habitus. En *Diccionario crítico de ciencias sociales*, dirigido por Román Reyes. <http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario>. (2 de abril de 2009).
- McEwen, B., y T. Seeman. 1999. Protective and Damaging Effects of Mediators of Stress Elaborating and Testing the Concepts of Allostasis and Allostatic Load. *Annals New York Academy of Sciences* (896): 30-47.
- Menéndez Spina, Eduardo L. 1999. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos* XVI (46): 37-67.
- Monaghan F., Lee. 2007. Mass Index, Masculinities and Moral Worth: Men's Critical Understandings of 'Appropriate' Weight-for-height. *Sociology of Health & Illness* (29) 4: 584-609.
- Monteiro, C. A., W. L. Conde, B. Lu y B. M. Popkin. 2004. Obesity and Inequities in Health in the Developing World. *International Journal of Obesity* (28): 1181-1186.

Neel, James V. 1962. Diabetes Mellitus: A 'Thrifty' Genotype Rendered Detrimental by 'Progress'? *Nutrition Reviews* 57 (5): 353-362.

Neufeld M., Lynnette, S. Hernández Cordero, Lia C. Fernald y Usha Ramakrishnan. 2008. Overweight and Obesity Doubled Over a 6-year Period in Young Women Living in Poverty in Mexico. *Obesity* (16) 3: 714-717.

NOM-174-SSA1-1998. Para el manejo integral de la obesidad. Secretaría de Salud federal. 2003.

NOM-037-SSA2-2002. Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. Secretaría de Salud federal. 2002.

OMS. 2009. Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud: marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación. Ginebra.

_____. 2008. Una guía de enfoques basados en población para incrementar los niveles de actividad física: aplicación de la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra.

_____. 2004. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Documento que integra estrategia y la resolución que la aprobó (WHA57.17). Ginebra.

OMS/Food and Agriculture Organization (FAO). 2005. Un marco para la promoción de frutas y verduras a nivel nacional. Ginebra.

OMS/FAO. 1990. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de un grupo de estudio de la OMS, Ginebra. Informe técnico no. 797.

OPS/OMS. 2007. Grupo de trabajo de la OPS/OMS Las Américas libres de grasas trans. Conclusiones y recomendaciones. Washington, D. C.

- Paeratakul, S., J. C. Lovejoy, D. H. Ryan y G. A. Bray. 2002. The Relation of Gender, Race and Socioeconomic Status to Obesity and Obesity Comorbidities in a Sample of U. S. Adults. *International Journal Obesity* (26) 9: 1205-1210.
- Peña, M., y J. Bacallao. 2000. *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. OMS/OPS publicación científica 576.
- Polhemus, Ted. 1978. *The Body Reader Social Aspects of the Human Body*. Londres: Pantheon Books.
- Popenoe, Rebeca. 2004. *Feeding Desire: Fatness, Beauty, and Sexuality Among a Saharan People*. Londres: Routledge.
- Puche, C., Rodolfo. 2005. El índice de masa corporal: los razonamientos de un astrónomo. *MEDICINA* (65) 4: 361-365.
- Riessman, C., Kohler. 1983. Women and Medicalization: A New Perspective. *Social Policy* (14) 1: 3-18.
- Ritzer, George. 2002. *Teoría sociológica moderna*. México: McGraw-Hill.
- Rodó, Andrea. 1987. El cuerpo ausente. *Proposiciones* (13): 107-164.
- Rodríguez, S., T. González Cossío, L. Leroy, J., y D. González. 2006. Dietary Patterns and Overweight and Obesity Prevalence in Mexican Women. *FASEB Journal* (20) 5: A999.
- Safa, B. Patricia. 2002. El concepto de *habitus* de Pierre Bourdieu y el estudio de las culturas populares en México. *Revista Universidad de Guadalajara*, número especial, 24. Pierre Bourdieu en ocho perspectivas.
- Scheper-Hughes, Nancy y M. Lock. 1987. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* (1) 1: 6-41.
- Secretaría de Salud. 2010. Acuerdo nacional para la salud alimentaria: estrategia contra el sobrepeso y la obesidad.

- Sen, Gita. 2000. Discurso de apertura pronunciado en la conferencia internacional sobre investigación en salud para el desarrollo, 11 de octubre, Bangkok.
- Simopoulos P. Artemis. 1986. Obesity and Body Weight Standards. *Annual Reviews Public Health* (7): 481-492.
- Sterling, Peter. 2004. Principles of Allostasis: Optimal Design, Predictive Regulation, Pathophysiology and Rational Therapeutics. En *Allostasis, Homeostasis, and the Costs of Physiological Adaptation*, editado por Jay Schulkin, 7-63. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stunkard, J. Albert. 2000. Factores determinantes de la obesidad: opinión actual. En *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*, Manuel Peña y Jorge Bacallao, 27-32. OPS/OMS publicación científica 576.
- Susser, Mervyn y S. Ezra Susser. 1996. Choosing a Future for Epidemiology: I. Eras and Paradigms. *American Journal of Public Health* (86) 5: 668-673.
- Taylor, C. Wendell, A. K. Yancey, J. Leslie, N. G. Murray, S. S. Cummings, S. A. Sharkey, C. Wert, J. James, O. Miles y W. J. McCarthy. 1999. Physical Activity Among African American and Latino Middle School Girls: Consistent Beliefs, Expectations, and Experiences Across Two Sites. *Women Health* (30) 2: 67-82.
- Torún, B. 2000. Patrones de actividad física en América Central. En *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*, M. Peña y J. Bacallao. OPS/OMS publicación científica 576.
- Turner, S. Bryan. 1994. Los avances recientes en la teoría del cuerpo. *REIS* 68: 11-39.
- Warin, Megan, Karen Turner, Vivienne Moore y Michael Davies. 2008. Bodies, Mothers and Identities: Rethinking Obesity and the BMI. *Sociology of Health & Illness* (30) 1: 97-111.

WHO. 2000. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva. Technical Report Series 894.

Williams, J. Simon. 1995. Theorizing Class, Health and Lifestyles: Can Bourdieu Help Us? *Sociology of Health and Illness* (17) 5: 577-604.

Yancey, K. Antronette, J. Leslie y E. Abel. 2006. Obesity at the Crossroads: Feminist and Public Health Perspectives. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* (31) 2: 425-443.