

AUTOCONCEPTO EN MUJERES EN SITUACIÓN DE OBESIDAD

Ángela María Guayara Cuellar
Programa de Psicología
Universidad Surcolombiana¹

Resumen

La obesidad ha sido catalogada como la epidemia del siglo XXI por el aumento acelerado en las cifras de padecimientos. Teniendo en cuenta el alto impacto en la población, hasta el momento ha proliferado la investigación en torno a los aspectos biológicos y culturales de la enfermedad. En cuanto a los aspectos psicosociales, la investigación ha privilegiado el estudio de estos aspectos en la población joven, dejando de lado la visión subjetiva que sobre este tema han construido las mujeres en edad adulta, en situación de obesidad. Dadas las consideraciones anteriores, este estudio se interesó en la interpretación del autoconcepto desde la visión subjetiva, de mujeres adultas en situación de obesidad. El trabajo se desarrolló desde el enfoque cualitativo, en el marco del método biográfico, empleando la técnica denominada historias de vida. Esta decisión metodológica nos permitió acceder a las evaluaciones valorativas y descriptivas que configuran el autoconcepto de las participantes. Los hallazgos evidenciaron que el autoconcepto de las mujeres participantes está atravesado por formas de moldeamiento originadas en estándares estéticos que se imponen en la configuración de lenguajes, rituales, prácticas, e interacciones. Estas formas de moldeamiento ordenan, controlan las formas de sentir, vivir y pensar de las mujeres en relación con su ser corporal.

Palabras Clave: autoconcepto, corporalidad, mujeres, obesidad, autoestima

Abstract

Obesity has been cataloged as the epidemic of the 21st century due to the accelerated increase in the number of ailments. Taking into account the high impact on the population so far has proliferated research around the biological and cultural aspects of the disease. With regard to the psychosocial aspects, research has privileged the study of these aspects

¹ Este trabajo presenta los resultados de la investigación del mismo nombre desarrollada como requisito para acceder al título de Psicóloga. El trabajo fue desarrollado bajo la Asesoría de PHd. Myriam Oviedo Córdoba.

in the young population, leaving aside the subjective vision that women in adulthood have built on this issue in situations of obesity. Given the above considerations, this study was interested in the interpretation of self-concept from the subjective view of adult women in situations of obesity. The work was developed from the qualitative approach, with a design of the life stories. This methodological decision allowed us to access the evaluative and descriptive evaluations that make up the self-concept of the participants. The findings showed that self-concept is crossed by the need to fulfill an aesthetic ideal imposed by society. Such an ideal imposed under the notion of Foucault's biopolitics is a way of ordering and controlling the ways of feeling, living and thinking of women in relation to their bodily being.

Key words: Self-concept, corporality, women, obesity, self-esteem

La obesidad: un problema contemporáneo.

La obesidad: un problema contemporáneo.

De acuerdo con La Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad es definida como una acumulación anormal y excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Su aumento en el número de personas, ha empezado a configurarla como un problema de salud pública, por lo que es un tema de interés en investigaciones recientes.

Para el 2014, más de 1900 millones de personas mayores de 18 años tenían sobrepeso, de esta cifra alrededor de 600 millones sufrían de obesidad. Para ese mismo año, por lo menos el 14% de la población adulta mundial era obesa; entre estos, el 11% correspondía a los hombres y el 13% a las mujeres, entretanto, los datos para el sobrepeso evidencian que el 38% de la población mundial mayor de 18 años lo padecían, 38% hombres y 40% mujeres del total. Por lo tanto, con los datos mencionados, la OMS afirma que entre el año 1980 y 2014 la prevalencia de obesidad en el mundo ha tenido incremento de más del doble. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En Colombia, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional del 2005 (ENSIN) la cual aporta información de cobertura nacional ² sobre la población entre los 0 y 64 años de edad mostró que:

- Uno de cada dos colombianos presenta exceso de peso.
- Las cifras de exceso de peso aumentaron en los últimos 5 años en 5,3 puntos porcentuales.
- El exceso de peso es mayor en las mujeres (55,2%) que en los hombres (45,6%).
- La mayor prevalencia de exceso de peso se presenta en el área urbana (52,5%). Esta misma proporción se presenta en 22 departamentos del país.
- Los departamentos con mayor prevalencia de exceso de peso son San Andrés y Providencia (65,0%), Guaviare (62,1%), Guainía (58,9%), Vichada (58,4%) y Caquetá (58,8%). Es importante resaltar este último dato debido a que es precisamente en ese departamento donde se realizó esta investigación.

La obesidad ha sido abordada principalmente desde el ámbito médico, por lo tanto, se han establecido indicadores antropométricos para medir índices de tejido adiposo y determinar el grado de obesidad. El índice de Masa Corporal (IMC) es un indicador simple, el cual permite relacionar la talla y el peso; se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2); esta medida no corresponde a determinar el contenido de grasa corporal, pero sirven para una aproximación.

Gran parte de las investigaciones realizadas en el campo de la obesidad se han encaminado a determinar los factores biológicos que favorecen su aparición. Los estudios han evidenciado su origen multifactorial, es decir la confluencia de factores genéticos, biológicos y ambientales/culturales. Los estudios sobre los factores genéticos evidenciaron el origen monogénico y poligénico; el primero, más grave pero poco frecuente, consiste en la disfunción de un solo gen adquirido naturalmente; los estudios han encontrado alrededor de 200 mutaciones en 11 genes distintos relacionados con esta enfermedad. El origen

² Con representatividad urbana y rural para 6 regiones, 14 subregiones y 32 departamentos.

poligénico se relaciona con la alteración en varios genes. Esta es la causa más frecuente dentro de la etiología genética de la obesidad y es característica de síndromes genéticos en los cuales la interacción de varios genes puede causar la enfermedad. (Marchat & Zamorano, 2007. Quiroga de Michelena, 2017. Martínez, Martos, Serra, Pérez, & Argente, 2017. Piña, Álvarez, Madrigal, & Espinosa, 2011)

Entre los factores biológicos encontramos la herencia genética. Así si el padre y la madre son obesos, el hijo tiene la posibilidad entre el 50% - 69% de padecer esta enfermedad. Otros factores están relacionados con alteraciones endocrinas sobresaliendo síndrome de ovarios poliquísticos e hipotiroidismo (Palacios, 2018).

Los factores ambientales/culturales de la obesidad son los más estudiados. Estos han mostrado que los complejos cambios políticos, sociales, culturales y económicos que vienen con la globalización cultural han provocado modificaciones en hábitos y costumbres de los estilos de vida como el aumento de prácticas como el sedentarismo, el poco ejercicio o la deficiente práctica de actividades físicas. Estas transformaciones han contribuido a la propagación de maneras de ocio y entretenimiento inadecuadas (Verdalet Olmedo, 2011).

Otra transformación en los estilos de vida es el alto consumo de alimentos procesados con alto contenido graso y calórico, la ingesta de azúcar y carbohidratos, estimulado por la industria alimentaria, la publicidad, poca afinidad con las frutas y verduras, el consumo de bebidas alcohólicas, la tenencia de un vehículo automotor, el uso de ascensores y escaleras eléctricas además de esta cultura exprés donde todo se pide y se paga a domicilio favoreciendo la obesidad (Bersh, 2006; Figueroa 2009. Verdalet, 2011. Marchat & Zamorano 2007, Savino 2011).

De acuerdo con Swinburn, Egger y Raza F (1999) citado por Muñoz-Cano, Córdova-Hernández, Y Boldo-León (2012) estas transformaciones han dado lugar a la creación de un ambiente obesogénico entendido como una sumatoria de “ influencias que los entornos, las oportunidades, o circunstancias de la vida, tienen para promover obesidad en individuos o la sociedad”.

La obesidad junto con otros factores de riesgo producen alrededor de 300.000 muertes al año convirtiéndose en la segunda causa de muerte más prevenible, se destaca una fuerte asociación con enfermedades que aumentan la morbimortalidad (enfermedad y muerte) cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemia (alteración en los niveles de colesterol y triglicéridos), también se reportan asociaciones en casos de cáncer, enfermedades respiratorias, vesiculares y osteoarticulares. (Carmona, 2009). Los estudios muestran los efectos en la salud física por el padecimiento de la obesidad, teniendo afectaciones directas en la adquisición de enfermedades crónicas no transmisibles. (OMS, 2017). Los impactos sobre la salud derivados de la obesidad permiten afirmar la necesidad de iluminar la comprensión de este fenómeno por lo cual este estudio es altamente pertinente

Desde el punto de vista conductual, la dieta es el primer efecto psicológico de las personas en situación de obesidad. Ésta consiste básicamente en restringir voluntariamente la ingesta de comida lo que conlleva a un control cognitivo por encima de fisiológico que finalmente termina por la presión del hambre, la ansiedad, el estrés, síntomas depresivos, estímulos alimenticios y la relajación normal de la voluntad. También se han identificados problemas de autoestima, insatisfacción corporal, aislamiento social, laboral y afectivo (Bersh, 2006. Uribe, 1994. Diaz & Diaz, 2008)

También se ha demostrado que es más útil la terapia cognitiva conductual dirigida a la adquisición de nuevos hábitos de alimentación y actividad física debido a que ayuda a modificar estructuras cognitivas que mantienen a las personas con obesidad (Leija Alva, y otros, 2011).

Autoconcepto y obesidad

El autoconcepto, o la noción de sí, es un aspecto de la subjetividad el cual se refiere a la percepción que cada ser humano tiene de sí mismo. El autoconcepto es una construcción social. Esta elaboración acerca de sí es configurada por los sujetos desde sus contextos relacionales próximos, las experiencias vividas y las construcciones elaboradas en relación con las personas significativas (Sánchez, 2010). La noción de sí también es entendida como los conocimientos que las personas tienen de sí, los cuales posibilitan la construcción

de un sentido de continuidad el cual se ubica en el cuerpo. Tal sentido de la continuidad anclado corporalmente parece presentarse en todas las culturas (Moghaddam, 1998). Este es un constructo que implica considerar la visión de sí desde el punto de vista subjetivo: el de la persona que es, siente y actúa. Nace precisamente de las percepciones que tiene el individuo de sí mismo (Ortega, 2010).

El autoconcepto tiene un carácter pluridimensional puesto que se encuentra integrado por diversas dimensiones y facetas relacionadas con la personalidad. Shavelson (1976) citado por Sánchez (2010) lo define como: la percepción que cada persona tiene de sí mismo, la cual se forma a partir de experiencias y relaciones que se tienen con el entorno, donde los refuerzos ambientales como los otros significativos juegan un papel fundamental para el establecimiento del mismo.

El enfoque multidimensional del autoconcepto propuesto Shavelson, Hubner y Stanton (1976) citado por Goñi (2009), plantea que éste posee tres dimensiones: social, físico y personal. Estas dimensiones del autoconcepto pertenecen a la integración general que el individuo realiza de sí mismo.

El autoconcepto físico se identifica como la actividad física y la apariencia física, esta dimensión constituye la autovaloración del sujeto sobre su cuerpo, incluye además las prácticas de estilos de vida saludable. Esta dimensión también evoluciona de acuerdo a la edad y a las interacciones. *El autoconcepto social* en el cual se encuentran las relaciones interpersonales que se establece el individuo con los padres, la familia y los pares que dependen de los significados que ejercen los otros. De esta manera, la autopercepción como ser social se ve claramente influenciada por las interacciones en los diversos entornos donde se desarrolla el individuo. *El autoconcepto personal* entendido como la idea de cada persona como ser individual; la subjetividad de sí mismo. La cual se constituye como un factor importante en el desarrollo de la personalidad, cuando las personas tienen un autoconcepto positivo denota un buen funcionamiento a nivel personal, pues depende de la satisfacción y el sentirse bien consigo mismo (Esnaola, Goñi, & Madariaga, 2008).

Para esta investigación el ***autoconcepto*** será entendido como un conjunto de afirmaciones descriptivas y valorativas acerca de sí misma que se evidenciaron en las narraciones.

Dichas afirmaciones expresan el modo en que la persona se representa, conoce y valora a sí misma. Por lo tanto, el autoconcepto será comprendido desde las dimensiones que lo conforma como son lo social, físico, y emocional / personal; constituyéndose como las categorías analíticas de esta investigación.

Teniendo en cuenta los aspectos en mención es posible que la vivencia de ser obesa afecte de alguna manera el autoconcepto de las mujeres. Esta situación en el contexto de la región Surcolombiana y específicamente en el departamento del Caquetá³ ha sido poco investigada. No obstante, de este mismo departamento, en la ciudad de Florencia⁴ se ha evidenciado un aumento considerable en el número de las cirugías estéticas, centros de belleza, así como el uso indiscriminado de técnicas y fórmulas para bajar de peso.

Es posible que esta búsqueda esté relacionada con el dolor emocional que puede producirse al no tener la imagen corporal deseada construida socialmente como un ideal estético. Además, es posible que haya algo en el autoconcepto de estas mujeres que refuerce la situación de su obesidad. Partiendo de estas consideraciones, el presente estudio tiene la intención de interpretar el autoconcepto de mujeres en situación de obesidad a partir de sus vivencias y experiencias. El interrogante que iluminó esta búsqueda es: ¿Cuál es el autoconcepto de mujeres en situación de obesidad presente en las narraciones acerca de sí mismas?

Esta investigación tuvo como objetivo general conocer e interpretar el autoconcepto de mujeres en situación de obesidad presente en sus narraciones.

Metodología

Este estudio abordó el autoconcepto desde un enfoque cualitativo, en su dimensión hermenéutica; permitiendo una mejor interpretación del constructo en mención, desde esta opción epistemológica. Asume el autoconcepto como una construcción en su interacción social, además de la modificación de significados y símbolos sobre la base de su comprensión; por medio del lenguaje se comunica, se organiza y se estructura la

³ Este departamento está situado en el noroeste de la región de la Amazonia; localizado entre los 00°42'17'' de latitud sur y 02°04'13'' de latitud norte y los 74°18'39'' y 79°19'35'' de longitud oeste.

⁴ Capital del departamento del Caquetá

experiencia. De esta manera se consideró que las narrativas de las mujeres en condición de obesidad, permitirían acceder a la descripción e interpretación de su autoconcepto.

El enfoque cualitativo según Rodríguez Gómez, Gil Florez, & García Jiménez (1996):

“Estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales—entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos – que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas”. (Pag, 32).

Se empleó el diseño de relatos de vida, desde el modelo constructivista (Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber, 1998). Este modelo acepta la existencia de múltiples realidades independientes de la mente de las personas. Así, el significado de las experiencias humanas no se configura en la mente individual, sino resulta de las relaciones; de esta manera pasa de una construcción individual a una construcción social (Gergen & Warhus, 2003).

El relato de vida consiste en una enunciación oral o escrita, por parte del narrador de su vida o parte de ella, allí se define y se diferencian los unos de los otros, cumpliendo una función de construcción identitaria (Cornejo, Mendoza, & Rojas, 2008).

La selección de la unidad de trabajo se realizó mediante la técnica de muestreo intencional, en la que se hizo uso de los siguientes criterios de inclusión para la selección intencional de los participantes:

- Participación voluntaria: se requirió que las participantes sintieran la libertad de expresar tanto percepciones, sentimientos y emociones, en vista de que el estudio se ocupó de la indagación sobre su subjetividad y esto debe expresarse en un ambiente de libertad y tranquilidad, sin ninguna forma de presión.
- Peso corporal: Se requirió que las participantes tuvieran un índice de masa corporal igual o superior a 30, ya que la OMS estableció que a partir de ese número de IMC una persona padece obesidad.

- Edad: Fue importante que las mujeres participantes tuviesen la mayoría de edad. Según González y Tourón (1992) citado por González (2005) puesto que en las primeras edades las creencias acerca de sí mismos están menos establecidos y sujetas a cambios, pasando lo contrario en edad adulta.

Se logró establecer contacto con un grupo de 15 mujeres en situación de obesidad pero debido a las limitaciones de tiempo por las ocupaciones de las participantes, a su resistencia para expresar sus vivencias a través de otros medios y particularmente a que no se contaba con otros registros de las experiencias (álbumes, diarios, cartas...) sólo fue posible aplicar la entrevista como técnica de recolección de la información. Es importante resaltar que las participantes mencionaron que “era la primera vez que conversaba con alguien sobre estos temas” por lo anterior la unidad de trabajo fue solo de tres participantes

A continuación una breve descripción de cada de una de las mujeres que hicieron parte del estudio:

Participante 1 (en adelante P1): Mujer de 64 años, estado civil casada, tres hijos mayores de edad con sus respectivas familias. Se desempeñó como maestra durante 47 años en educación básica primaria y secundaria y alrededor de 15 años como docente universitaria. Es licenciada, cuenta con una especialización y una maestría. Actualmente se encuentra pensionada, se retiró hace un año del magisterio con el fin de dedicarse a su propio negocio. Es una persona muy religiosa y devota.

P2: Mujer de 39 años, madre de una hija adolescente. 15 años profesional, inició en educación básica primaria, luego secundaria y hace 5 años está vinculada a la educación superior. En el tiempo universitario militó en grupos de izquierda. Actualmente también lidera procesos administrativos que son combinados con la docencia. Es aspirante al título de magister. Se ha caracterizado por su trabajo con los movimientos feministas y el liderazgo de campañas que ayudan el empoderamiento de la mujer y gran conocedora de temas de género.

P3: Mujer de 27 años, licenciada y recién obtuvo su título de especialista. Es docente hace un año de educación superior. Es soltera y vive en casa con sus padres, es la menor de dos hermanos y única mujer.

El instrumento utilizado para la recolección de información, fue la entrevista semiestructurada la cual sigue un modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista. (Taylor & Bogdan, 1992). Las mujeres participaron en entrevistas semiestructuradas en las que se utilizaron preguntas abiertas. Se realizó una entrevista individual a cada una. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 60 minutos. A medida que la entrevista avanzaba se realizaron preguntas más específicas y detalladas, sobre la experiencia y sentimientos en relación con la obesidad.

Se logró establecer contacto con un grupo de 15 mujeres en situación de obesidad pero debido a las limitaciones de tiempo por las ocupaciones de las participantes, a su resistencia para expresar sus vivencias a través de otros medios y particularmente a que no se contaba con otros registros de las experiencias (álbumes, diarios, cartas...) sólo fue posible aplicar la entrevista como técnica de recolección de la información. Es importante resaltar que las participantes mencionaron que “era la primera vez que conversaba con alguien sobre estos temas” finalmente por lo anterior solo tres actoras sociales culminaron el proceso de investigación.

En este estudio se retomaron algunos elementos de la teoría fundada y se adaptaron a las condiciones y contextos específicos en los que se desarrolló. Por ello, las etapas del análisis seguidas en este trabajo fueron: 1. Transcripción de la información: implicó en primera instancia la asignación de códigos de identificación por actores. La transcripción de la información fue realizada por la misma investigadora, por tanto obró como primer paso del análisis en tanto permitió el reconocimiento de detalles en las expresiones de las entrevistadas que facilitaron el ordenamiento, la construcción de las unidades hermenéuticas y la posterior codificación de la información; 2. Microanálisis o codificación abierta tuvo la función principal de reducir los datos obtenidos por medio de un análisis detallado rotulación del texto que conformaban las unidades hermenéuticas (Charmaz, 2000; Strauss y Corbin, 2002; Charmaz, 2006). y 3. Codificación axial: el proceso de reagrupar los datos que se fracturaron durante la codificación abierta”. (Strauss y Corbin, 2002:135). Las dos primeras etapas corresponden al momento descriptivo, las

siguientes al momento interpretativo. La intención del estudio fue realizar una aproximación descriptiva exploratoria debido al número de participantes.

Con relación a la fiabilidad en este trabajo se tuvieron en cuenta los criterios propuestos por Maxwell (1992). El autor en mención propone una validez descriptiva referida a la exactitud con la cual los hechos son recogidos sin ser distorsionados, por el propio investigador; una validez teórica entendida como las elaboraciones que el investigador desarrolla durante el estudio; la validez evaluativa conlleva reconocer y considerar los marcos evaluativos a través de los cuales se atribuye un significado a los hechos observados.

La validez descriptiva se obtuvo a partir del trabajo prolongado y observación persistente el cual se relaciona con la permanencia de los investigadores en el campo y la confirmación con los participantes (Creswell (1998).

La credibilidad se confirmó mediante la selección del método apropiado de recolección de datos: las entrevistas. Se entrevistó a las participantes sobre sus experiencias, y sentimientos sobre su obesidad. Además se tuvo en cuenta la comparación constante entre los datos brutos y los códigos que emergieron en los distintos momentos, con el fin de corroborar las lecturas descriptivas e interpretativas de los mismos y las comparaciones constantes entre los conceptos emergentes y las interpretaciones construidas a nivel conceptual.

Resultados

Este capítulo corresponde al nivel descriptivo en el cual se construyó con las voces de las participantes. Para ello se presentan los códigos abiertos que emergieron del análisis.

Las voces de las mujeres participantes. Las nociones de sí

El autoconcepto personal es entendido como la idea de cada persona como ser individual; la subjetividad de sí mismo. En esta dimensión los códigos abiertos evidenciaron un sentimiento de malestar por el cuerpo, expresado como *“me siento mal por estar gordita”* *“me siento pasada de kilos”* *“me siento obesa”* *“me siento incomoda por mi peso”* *“me sentí gorda después del parto”* *“tengo sobrepeso; es mi realidad”*. Así lo dijeron en sus voces *“A veces sin necesidad de que la gente me lo diga sí me siento incomoda, por*

ejemplo hoy, hoy estaban mis compañeras divinas, con faldas, vestidos y yo no soy de faldas pues por lo mismo pues porque yo no me siento bien” (M27EMV 102-104).

Este sentimiento de incomodidad es acompañado de un sentimiento de felicidad proveniente por lograr el objetivo de bajar de peso. Las mujeres dijeron: *“bajar de peso me hace feliz” “bajar de peso quita amarguras y frustraciones” “la gente me felicita por bajar y me hace sentir bien” “bajando me siento satisfecha”*. Uno de los relatos que ejemplifican el evento es el siguiente: *“Cambia uno el ropero, emm ya todo el mundo ¡Ay como esta de delgada! ¡Ay como esta de bonita! ¡Como se ve de bien!.. Todo el mundo como que le habla bonito y uno se siente bien, ¡se siente bien!”* (M64IRM 17-19).

Las mujeres en sus relatos dan cuenta del sufrimiento relacionado con la compra, búsqueda y uso del vestuario porque: *“sufro comprando ropa” “es difícil comprar ropa” “uno tiene que comprar lo que no le gusta” y “siento frustración porque no hay ropa para gordas”*. Los relatos dicen lo siguiente *“... entonces siente una frustración de ver que en algunos almacenes no hay ropa para las gordas* (M64IRM 28-29)”

Así las presiones para verse bien estéticamente con un cuerpo delgado, conducen a las mujeres participantes a *exigirse para no verse gordas*. Esta exigencia se expresa así: *“tengo el compromiso de seguir bajando” “tengo que dar más para bajar de peso”, “debo exigirme para no verme tan obesa” “he aprendido a cuidarme” “quiero bajar unos kilos más”, “debo retomar mi compromiso con la salud”*. Además de los relatos *“En este momento me siento con el compromiso conmigo misma para seguir bajando de peso* (M64IRM 81-82)”

En los relatos también se encontró una *invisibilización de la afectación, es decir*, relatos que le restan importancia a la obesidad. Los códigos son los siguientes: *“así estoy bien” “la gente me admira por lo que soy” “no me afecta ser así, no soy obsesionada” “no me afecta mi obesidad” “en el trabajo me tratan por lo intelectual” “no me deprime estar gorda” “no tengo problema con la obesidad en la familia” “la obesidad no ha sido un problema” “creí que estaba en un buen peso” “no me preocupo por mi obesidad” “no es importante el peso para mí” “no me afecta lo que me digan los demás porque lo importante es la persona”*. Uno de los relatos en mención: *“...pues que me haya afectado*

el peso como en el colegio y eso no, siempre he sido como muy fuerte en ese sentido”
(M27EMV 2-3).

Al mismo tiempo se encuentran relatos que evidencia una vergüenza del cuerpo por no cumplir los estándares de belleza que tiene la sociedad. Los códigos que ilustran esta tendencia son: *“no me gusta mostrar mis piernas” “visto ancho por comodidad” “no me gusta la ropa apretada” “no voy donde siento comparación de cuerpo” “no tengo buen cuerpo” “sé que mi cuerpo no se acerca a un estereotipo” “no me gusta que me miren” “prefiero cubrir todo mi cuerpo” “no me gusta utilizar el vestido de baño”*. Un relato que contiene uno de estos códigos es el siguiente: *“A mí me molesta es estar en un espacio donde todo el mundo se está comparando entonces por eso yo evito ciertos espacios donde hacen comparación de cuerpos sí, no me gusta estar en esos espacios pero tampoco es que en la familia nos reunamos y comencemos a medirnos y tu como estas, no nada de eso, nunca se dice nada, somos conscientes que ellas están buenonas y yo no, y listo ya”*.
(M39PFR 147-151)

Las mujeres participantes también relataron que han recibido burlas en el sentido de que no son hábiles físicamente y también por su apariencia física. Los códigos que sustentan lo anterior son *“burlas por poca habilidad con el deporte” “burlas por apariencia física” por el maltrato rompí con la actividad física” “me maltrataron por mi aspecto” “rompí con la actividad física por burlas”*. El relato nos muestra lo siguiente *“tuve un profesor de educación física que era perverso, era un desgraciado que se burlaba mucho de nosotras pero muy especialmente de mí, Yo tuve unas épocas de la vida de ser muy muy muy flaca entonces los dientes te sobresalen, fui flaca en el colegio y luego en buena parte de la universidad fui muy muy flaca, así en los huesitos. Entonces este profesor, se burlaba mucho y nos llamaba “invalida” a mí y a otras muchachas del curso que no éramos las más hábiles, no jugábamos baloncesto, no jugábamos futbol, no jugábamos nada y a mí tampoco me interesaba, ese plan, o sea desde ahí nada que sea deporte y más si es deporte colectivo”*(M39PFR 24-34).

Aunado a las situaciones ya mencionadas se suman otras dos tendencias. La primera hace referencia a sentirse juzgada por el aspecto físico con códigos como: *“no me gusta que me digan que no se hacer algo” “me molesta que me digan torpe” “cuando me siento juzgada*

dejo de hacer las cosas” “no me gusta que me digan lenta”. Uno de los relatos evidencia lo anterior: *“... alguna vez he querido irme a correr o irme a caminar pero cuando ya aparece otro regañando y diciendo es que usted no lo sabe hacer, es que usted es muy lenta entonces hasta ahí, siempre y cuando no haya nada ni nadie diciéndome cual es el modo correcto de hacerlo porque ahí llego”* (M39PFR 61-64). La segunda y última tendencia que hace referencia al autoconcepto personal-emocional hace referencia a la *indiferencia de lo que dicen los demás*, es así como los códigos lo muestran: *“no me afecta que me digan gorda” “no me dejo afectar por los comentarios de mis compañeras” “hago de cuenta que la gente no existe”*. El siguiente relato lo muestra más claramente: *“... Tengo bikini, vestido de baño, o sea, normal, como si nada, hago de cuenta que no existe la gente* (M27EMV-18)”

Los códigos anteriores hacen referencia solamente a las emisiones valorativas y descriptivas en que las mujeres enuncian su situación de obesidad con respecto a la dimensión emocional-personal. En cuanto a la dimensión social: esta consiste en relaciones interpersonales que se establece el individuo con los padres, la familia y los pares que dependen de los significados que ejercen los otros. De esta manera la autopercepción como ser social se ve claramente influenciada por las interacciones en los diversos entornos donde se desarrolla el individuo.

Esta dimensión fue la más reducida en relatos pero la más contundente en su expresión, es así como las mujeres se describen como *de pocos amigos* gracias a los siguientes códigos: *“con poca gente estoy tranquila” “soy una mujer de pocos amigos” “tengo relaciones sociales limitadas” “tengo pocas relaciones sociales” “con poca frecuencia me reúno con amigas”*. Uno de los relatos que sustentan estos códigos son: *“...Yo soy una mujer de pocos amigos, con los que cuento, hablo con muchos, soy muy sociable, salgo, voy a rumbear, a paseos, o sea no me pierdo nada.”* (M27EMV 42-43)

Finalmente el autoconcepto físico se identifica como dimensiones del mismo la actividad física y la apariencia física, es la autovaloración del sujeto sobre su cuerpo, incluye además las prácticas de estilos de vida saludable. De esta manera se evidencio sentimiento de desinterés por lo estético por a los siguientes códigos encontrados: *“Lo estético no me interesa”, “La belleza no me afecta”, “No me preocupaba mi aspecto físico”, “Los*

estereotipos físicos no son importantes para mí” y *“No le rindo culto al cuerpo”*. Uno de los relatos que muestran esta tendencia es el siguiente: *“...Físicamente, digamos en la parte estética y de belleza no me afecta”* (M64IRM 3)

También emergió otra tendencia en los relatos donde prevalecieron *sentimientos por el deterioro del cuerpo por la obesidad*. Los códigos mostraron: *“Me veo lenta”, “No me puedo mover con agilidad”, “Siento dificultades físicas”, “Me preocupan las limitaciones físicas por obesidad”, “Me dolían las rodillas y la columna por el peso”, “He empezado a sentir el deterioro de mi cuerpo”, “No es solamente estar pasada de peso”* y *“Me preocupa el deterioro del cuerpo”* además del relato a continuación que explicito frente a esta tendencia: *“... pero en la parte de salud sí, porque cuando ya no me puedo agachar a amarrarme, a acomodarme un zapato, cuando ya no me puedo agachar yo a recoger un objeto con agilidad, cuando ya no me puedo arrodillar en la iglesia y me veo lenta”* (M64IRM 4-6)

Siempre he sido gorda es una manera donde las mujeres tienden a justificar su afectación. Los códigos fueron: *“Siempre fui rellenita”, “Nací pasada de peso”, “En mi familia somos de contextura gruesa”, “Soy una gorda maciza”*. Esta tendencia es bastante clara y se ve reflejada en el relato: *“... pero yo jamás, jamás, jamás fui flaca o muy delgada. Siempre, siempre era con un cuerpecito más tendiente a ser rellenita que a ser flaca.”* (M64IRM 7-9)

En esta situación de obesidad de las mujeres participantes afirman que deben *practicar muchos métodos para adelgazar* de tal forma que se estableció un afán por hacer las dietas que existan. Los códigos correspondientes son los siguientes: *“Dieta “H” baje de peso”, “Logre bajar de peso”, “Tuve problemas de salud por dieta “H””, “Hice muchas dietas”, “Decidí volverme a engordar”, “He usado fajas”, “He hecho dietas terribles”* y *“Utilicé pastas para adelgazar”*. Los relatos muestran lo siguiente: *“...Dietas muchas, muchas dietas, que tome agua de té, que hierba de no que más, hasta unas pastillas para quemar grasa, que tal cosa.”* (M64IRM 62-63)

El ejercicio y la buena alimentación fue lo que relataron las mujeres para bajar de peso afirmando que es el mejor método al que han podido acogerse para obtener resultados. Es

así como se pudo identificar por los siguientes códigos abiertos: *“Cerrar la boca y hacer ejercicio, bajo de peso. Cuido mi alimentación para bajar”, “He mejorado mis hábitos alimenticios”, “Estoy haciendo ejercicio”, “Mis hábitos alimenticios son buenos”, “Me cuido en las comidas”, “Tomo mucha agua”, “Trato de cuidas mis hábitos alimenticios” y “Siempre he caminado mucho”*. Así es como lo relatan las mujeres: *“... en la mañana ejercicio, más o menos hora y media de ejercicio: combinado caminata, semitrote y abdominales con aparatos ayudándome a tonificar.”* (M64IRM 78-80)

En los relatos se encontró una preocupación constante por *no lucir el vestuario que desean*, mostrando que en el mercado no hay ropa para gordas. ésta pudo ser evidente por los siguientes códigos: *“No hay ropa para gordas”, “A los gordos nada les queda bien”, “Uno debe aprenderse a vestir de acuerdo al cuerpo”, “Compro mi ropa en sitios específicos”, “La ropa para gordas es más costosa”, “Mando a hacer mi ropa cuando no encuentro talla”, “La ropa viene muy pequeña”*. Para poder idéntica esta tendencia se utilizó el siguiente relato, además de otros: *“... que a veces vienen las blusas en talla única y yo entro en la blusa pero me eso me quedan todas ceñidas entonces nahh, o sea para mí”* (M27EMV14-16). En todas las dimensiones se pudieron hacer evidentes situaciones que responden a una necesidad de cumplir un mandato estético que define las proporciones del cuerpo, en ese sentido se empiezan a realizar unas conductas para lograr cumplir con aquellos estándares, pero en el proceso hay algunas dualidades en las que en primer lugar niegan la afectación y en segundo lugar se avergüenzan de su cuerpo.

La interpretación de las nociones de sí

Siguiendo a Strauss y Corbin, 2002 la construcción de las categorías axiales implico trascender la perspectiva empírica de las notas de campo y permitió ejercitar la sensibilidad conceptual para “ver” a través de los relatos. Estas categorías muestran las tendencias interpretativas en relación con los contenidos expresados por las mujeres participantes para ello se agruparon los códigos y siguiendo los elementos del muestreo teórico se identificaron relaciones entre los mismos. Las categorías axiales que emergieron se muestran en la siguiente tabla:

Categoría Axial	Código Abierto
	✓ Me siento mal por gordita

Necesito alcanzar mandato estético	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bajar de peso quita amarguras ✓ He hecho dietas terribles ✓ Bajando me siento satisfecha ✓ He aprendido a cuidarme ✓ No hay ropa para gordas
Categoría Axial	Código Abierto
Ser gorda es inaceptable	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No reconocimiento de la obesidad ✓ No me afecta que me digan gorda ✓ No tengo tabúes ✓ No me afecta mi aspecto físico ✓ Hago de cuenta que la gente no existe
Categoría Axial	Código Abierto
Me avergüenzo y me aísto	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Siento deterioro de mi cuerpo por obesidad ✓ Sufro comprando ropa ✓ Hay gente que me menosprecia ✓ Soy de pocos amigos ✓ Siento vergüenza de mi cuerpo ✓ Burlas por mi cuerpo ✓ Me siento juzgada

Fuente: Elaborada por el autor para este trabajo (2018)

Los cuerpos en la amazonia globalizada

La globalización es un modelo económico que rige a todo los países del mundo. Es promovido por los países con altos niveles de desarrollo. Estos se favorecen por la integración económica debido al beneficio industrial y financiero. Esta integración mundial también trae aspectos sociales, políticos y culturales. (Giraldo, 2002).

La integración mundial se convierte en una imposición del sistema, debido a que obliga a todos los países a estar en ella dejando con menos posibilidades a aquellos denominados subdesarrollados o menos industrializados y favoreciendo a países con mejores economías.

En este proceso de homogenización cultural que trae consigo la globalización, las formas de vida –otras- son subalternizadas ante la imposición de formas hegemónicas de existencia –ligadas al consumo-. Estas formas hegemónicas circulan y se reproducen gracias al sistema de producción y acumulación capitalista convirtiéndose, junto con el consumo en una estrategia de integración social. Es en este lugar donde las prácticas están

ligadas a la estimulación de la belleza física y la estética, y al consumo como fines. (Sossa, 2011)

Colombia no ha sido la excepción frente a los cambios sociales, culturales y políticos de la globalización. Florencia⁵, en los últimos 20 años ha evidenciado cambios en su configuración espacial, relacionados no sólo con la expansión física, sino también con elementos de orden cultural evidenciados en la transformación de los espacios, modos de relación y la aparición de nuevas maneras de consumo las cuales generan nuevos modos de representación de sí. Estas transformaciones son evidentes en la imposición de centros comerciales, almacenes de cadena, restaurantes de comida rápida, el auge de los salones de belleza, la aparición de centros de estética y la incorporación de expresiones lingüísticas que se han convertido en lenguajes cotidianos como: dieta, cirugías, estéticas, liposucción, obesidad, sobrepeso, mercados fit, centro de acondicionamiento físico o gimnasios. Todas estas transformaciones implican transformaciones de orden cultural mediante las cuales se incorporan nuevas formas de ocupación-consumo las cuales dan cuenta de la inserción de este territorio al mundo global. No obstante tal inserción es parcial. Siendo así, evidente la preocupación de las personas por mantenerse en los estándares de belleza, pero más en las mujeres y es que estadísticamente el sexo femenino es más propenso a tener exceso de peso. Sin embargo en los hombres también existe esta preocupación acogiéndose a estas transformaciones.

La obesidad y la manera de percibir los cuerpos ha sufrido cambios con el transcurrir del tiempo, es así como a finales del siglo XIX y comienzos del XX los ideales de cuerpo correspondían a una figura masculina “robusta, fuerte y varonil” y una femenina estaba dada por el “exceso de gordura” (Barran 2009).

El impacto de la globalización en la subjetividad de las mujeres participantes, se evidenció en la manera como ellas se relatan en su situación de obesidad. Su autoconcepto está atravesado por ejercicios de poder los cuales imponen estándares de belleza y estética a los que ellas no se ajustan dando como resultado poca aceptación por no estar acorde y la

⁵ capital del departamento del Caquetá situado en la amazonia colombiana

ejecución de conductas encaminadas al cumplimiento de aquellos ideales para tener un bienestar “impuesto” en sus vidas.

Las mujeres han estado más sometidas a su imagen corporal, inicialmente por los cambios que ha experimentado la concepción del cuerpo femenino que finalmente promueve la delgadez y la obtención de medidas muy reducidas para así estimular el consumo. Por otro lado la fuerte crítica de la sociedad que las obligan a cumplir para ser aprobadas por los demás, por lo que terminan presenciando manifestaciones de violencia por su exceso de peso (Martínez, 2008). Así se incorporan nuevas formas de ocupación-consumo las cuales dan cuenta de la inserción de este territorio al mundo global. No obstante tal inserción es parcial.

Es evidente que la globalización se instaura a través de dispositivos de poder los cuales ocupan y se ocupan de los cuerpos mediante la implantación de preferencias, hábitos, formas de representación y modos de relación. Así siguiendo a Foucault (1998) “el cuerpo está ...inmerso en un campo político; las relaciones de poder operan sobre él ...lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo fuerzan a unos trabajos, lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos”(p 32)

Estas relaciones de poder se hacen patentes en los lenguajes y formas estéticas sobre el cuerpo que moldean el autoconcepto de las mujeres participantes en este trabajo. Los nuevos lenguajes y formas estéticas construyen-refuerzan un ideal estético: los cuerpos delgados.

Las participantes en este estudio muestran alguna preocupación por el tamaño de sus cuerpos relacionada con la salud. Es decir, la obesidad es objeto de preocupación en tanto limita su salud. Esta preocupación podría decirse que también ha sido inoculada a través de “ un "saber" del cuerpo que no es exactamente la ciencia de su funcionamiento, y un dominio de sus fuerzas que es más que la capacidad de vencerlas: este saber y este dominio constituyen lo que podría llamarse la tecnología política del cuerpo" (Foucault, 1998 p 33). En los relatos de las mujeres aparece esta tecnología política del cuerpo propuesta por Foucault (1998) la cual obra como un mecanismo de disposición del cuerpo para ser cuidado y seguir cumpliendo las funciones de poder que le son otorgadas por el sistema.

Estos dispositivos de poder que moldean el autoconcepto de las mujeres hasta hacerlas buscar un ideal estético, se instauran también en las relaciones cotidianas donde las mujeres son vigiladas, juzgadas por su apariencia y su comportamiento. Es el mundo de las relaciones donde somos moldeados de acuerdo con las expectativas, los roles y los modos hegemónicos de ser y estar en el mundo, además somos observados y evaluados por padres, cónyuges, compañeros de trabajo, jefes, entre otros quienes opinan constantemente sobre nuestra apariencia física. Foucault (1978) denominó panoptismo a estas formas de vigilancia y propone que esta:

“...se ejerce sobre los individuos a la manera de vigilancia individual y continua, como control de castigo y recompensa y como corrección, es decir, como método de formación y transformación de los individuos en función de ciertas normas. Estos tres aspectos del panoptismo -vigilancia, control y corrección- constituyen una dimensión fundamental y característica de las relaciones de poder que existen en nuestra sociedad”. (Foucault, 1978: 117)

Siendo así, en las mujeres participantes se identificó una preocupación por alcanzar un mandato estético que consiste en la delgadez del cuerpo. Esta preocupación estuvo presente en las tres dimensiones del mismo. El cuerpo ha empezado a ganar importancia a tal punto que se convierte en el protagonista de las sociedades modernas, en salud, en belleza, en identidad. El ideal estético del que las mujeres hablan, es el ideal de los cuerpos femeninos flacos, delgados, armoniosos. Este cuerpo debe ser lindo a la vista, proporcional y en algunos casos voluptuosos. Además ajustarse a la moda imperante (Sossa, 2011)

Por lo tanto, como las mujeres con obesidad no son estéticamente “normales”, pues no funcionan de acuerdo con el sistema disciplinar imperante experimentan sentimientos de malestar por su aspecto físico e inician prácticas también instituidas desde el sistema en mención como las dietas con el fin de alcanzar el ideal. . Cuando estas prácticas empiezan a tener el resultado óptimo, afloran sentimientos de felicidad y de bienestar. Un ejemplo de esto es el siguiente relato: *“experiencias positivas; cuando he logrado bajar significativamente de peso, emm porque he hecho dietas o porque he consumido alimentos*

complementarios como por ejemplo cuando estuve como 7 u 8 años consumiendo “H”⁶bajaba mucho, bajé bastante y yo me miraba al espejo y me sentía feliz, nooo bueno como satisfecha, como optimista, más contenta, como con más motivos para estar feliz” (M64IRM 12-17)

Para Foucault (1998) citado por Sossa (2011) los pensamientos básicos de las personas que consideran como verdades arraigadas sobre si y sobre el mundo, logran controlar y ordenar la sociedad creando un sistema de realidades atravesadas por las culturas. De esta manera el cuerpo es donde escribe la realidad social, por lo tanto hay formas de gobernar encaminadas a vigilar y a orientar el comportamiento individual. Es así como se ha impuesto estas verdades que también responden a unos juegos de poder. Lo anterior es justamente lo que obra en las mujeres participantes con obesidad, consideran que deben estar y mantenerse en el ideal estético para poder alcanzar el bienestar personal y social, aunque estas necesidades sean impuestas por el sistema.

Dentro de los juegos de poder también están incluidos la publicidad y los medios de comunicación que están enunciando y proclamando todo el tiempo hacer parte de un mundo fit, del ejercicio, de los suplementos alimenticios, cosméticos, máquinas para hacer ejercicio, centros de belleza, cirugías estéticas, etcétera.

Se puede afirmar entonces que la biopolítica, esto es el sistema de control de la vida que se construye de control sobre las concepciones de si y las prácticas trasciende barreras económicas y sociales.

Así además de decirnos como hay que llevar el cuerpo o como mantenerlo estéticamente presentable también nos indican como valorarlo. No poder cumplir con las exigencias del mundo hace que para las participantes sea inaceptable ser gorda por lo que empiezan a tener un proceso de invisibilización de su afectación de tal manera que intentan creer o hacer creer que no ha sido difícil sobrellevar la obesidad.

Todo este mundo de verdades construidas desde el biopoder empieza a circular en la sociedad y a volverse el fin a donde todos deben llegar, empiezan a crear conflicto en la noción de sí con las personas que por alguna razón no logran ajustarse. Y simultáneamente

⁶ Suplemento alimenticio utilizado para bajar de peso controlando niveles de ansiedad. Marca comercial

a ello las personas con obesidad terminan avergonzándose y aislándose del mundo más próximo, se dedican a sus trabajos y dejan las relaciones interpersonales anuladas porque empiezan a sentirse juzgadas y burladas. Es importante resaltar que todos los aspectos de la sociedad funcionan con este ideal y por lo tanto hasta la cultura empieza a verse atravesada por este. En el siguiente relato ejemplifica lo que se ha querido indicar: *“es que a uno gordo nada le queda bien, es muy difícil encontrar algo que le quede bien. Este ha sido mi peso máximo”* (M27EMV135-137)

La armonía del cuerpo delgado y las prácticas del ejercicio y estar a la moda son tecnologías del yo (Foucault, 1998), que son aceptadas por la sociedad y forman parte de las lógicas del mercado sobre las prácticas de cuidado, el mercado ha utilizado esta nueva forma de belleza para convertirlo en mercancía. Las mujeres que no se acercan a ese ideal, el bajar de peso empieza a volverse el eje de central de vida, para buscar verse mejor, más bello y sentirse feliz y aceptada.

Es importante aclarar que si bien cuidar la salud física es vital debido a los efectos en las condiciones de vida de las personas que la padecen porque pueden llegar a ser nefastas. También resulta que somos sujetos políticos por naturaleza de tal manera que respondemos de alguna manera a esta naturaleza y desde Foucault se puede entender del proceder de las acciones y por qué damos importancia a determinadas cosas o situaciones.

La biopolítica es la manera como se emplean formas políticas de administración de la vida de una población (Sossa 2017). Las lógicas del consumo imperantes en la sociedad contemporánea y ligadas a todo el proceso de globalización a cosificado los cuerpos, instaurado ideales y generado caminos para llegar a ellos.

La globalización ligada al consumismo, impone ideales impuestos los cuales responden precisamente las necesidades del sistema. Siguiendo esta línea, estas necesidades pasan de ser vitales a impuestas entonces el individuo transita en la necesidad de comer pero productos determinados (light, baja en grasa, baja en calorías, baja en sodio, etc) con el fin de mostrar al consumo como la única vía para alcanzar la perfección y el éxito social. (Sossa, 2017)

Así es como el sistema capitalista nos obliga mediante formas de política y tecnologías a responder a sus intereses mediante el ejercicio de un poder que impone necesidades artificiales y determinando las acciones para suplir estas necesidades de tal forma que se invita al consumo de lo que posiblemente no sea necesario.

Consideraciones finales

- El autoconcepto en las mujeres participantes con obesidad tiene tres características principales, el primero y sobre el que se articulan los otros dos denominado: necesidad de cumplir un ideal estético. El segundo refiere a: ser gorda es inaceptable y finalmente el tercero: me avergüenzo y me aílo. Estas tres categorías corresponden a la contundencia en los relatos que terminaron por determinarlas.
- La necesidad de cumplir un ideal estético, es una de las grandes preocupaciones de las mujeres con obesidad. Esta necesidad guarda relación con la globalización y con el concepto de Biopolítica de Foucault.
- La homogenización cultural que llega con la globalización se ha encargado del cambio de percepciones y sentimientos de las personas frente a sus necesidades. En este cambio el cuerpo humano ha tenido gran importancia, catalogándose como el protagonista. La biopolítica de Foucault funciona en los relatos de las mujeres con obesidad en el sentido que mientras el sistema de encarga de proporcionar necesidades e ideales falsos, las personas terminan por hacerlas verdaderas y propias. De esta manera se identifican conductas direccionadas al cumplimiento del ideal.
- El tema estético y de la belleza tiene vital importancia en el autoconcepto de las mujeres en situación de obesidad. Es el aspecto fundamental y por el cual se empieza a construir su autoconcepto. El no cumplimiento de las reglas de la sociedad emergen sentimientos de minusvalía y menosprecio por su aspecto físico además de todas las implicaciones que trae tener obesidad en todos los campos sociales, culturales y de salud.

- Las nuevas formas de percibir el cuerpo de la mujer que se inclinan por la delgadez también producen una ambigüedad de la aceptación, de tal forma que tratan de invisibilizar su situación pero junto a eso buscan de muchas maneras la reducción de peso.
- Finalmente el autoconcepto de las mujeres en situación de obesidad está atravesado por la cultura. De tal forma que inician transformaciones en el momento donde el ideal está cerca o en proceso de alcanzar.

El trabajo de investigación aporta a la interpretación de la constitución de la subjetividad de las mujeres adultas. También aporta elementos de orden cultural que caracterizan la población en cuanto a los ideales de estética, sin embargo hubo limitaciones con respecto a la pequeña población del estudio de tal forma que se abre una puerta para nuevas investigaciones que se interesen por el tema.

Referencias bibliográficas

- Achor, M. S., Benítez Cima, N. A., & Brac, E. S. (2007). Obesidad Infantil. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*(168), 34-38.
- Acosta, K. (2013). La obesidad y su concentración según nivel socioeconómico en Colombia. *Revista de Economía del Rosario*, 171-200.
- Acosta-López, M. (2005). La estética como puente: La belleza como encuentro entre la libertad y la naturaleza. *Saga*, 9-30.
- Amador Rodero , E. M., & Montealegre, L. P. (2011). Sobre peso y obesidad infantil: Una mirada desde la fisioterapia . *Academia Libre*, 129-134.
- Bersh, Sonia La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXV, núm. 4, 2006, pp. 537-546 Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia
- Carmona Blanco, V. (2009). *La obesidad como problema de salud pública y su representación en el periódico el tiempo (2007 a 2009)*. Bogotá D.C: Pontificia Universidad Javeriana.

- Cazalla Luna, N., & Molero, D. (10 de Julio de 2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 43 - 64.
- Cazalla Luna, N., & Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 43-64.
- Chang Magallanes, M. G., & Correa Placencia, J. K. (2017). Moda casual urbana para mujeres talla plus aplicando técnicas de transformación textil. *EPISTEME TECSU*, 87-93.
- Chavarria Arciniega, S. (2002). Definición y criterios de obesidad. *Nutrición Clínica*, 236 -240.
- Clinicasesteticas. (16 de 04 de 2018). *Clinicas Esteticas*. Obtenido de <https://www.clinicasesteticas.com.co/>
- Cornejo, M., Mendoza, F., & Rojas, R. C. (2008). La investigación con relatos de vida: Pistas y opciones del diseño metodológico. *PSYKHE*, 29-39.
- Díaz-Guzmán, M., & Díaz-Guzmán, M. (2008). Obesidad y Autoestima. *Enfermería Global*, 1-10.
- Esnaola, I., Goñi, A., & Madariaga, J. M. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1), 179 - 194.
- Esnaola-Etxaniz, I. (2009). Diferencias de sexo en el autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Academic OneFile*, 365+.
- Fernández Sabala, A., & Goñi Palacios, E. (2008). El autoconcepto infantil: una revisión necesaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*(1), 13 - 22.
- Florecianos.com. (20 de 04 de 2018). *Florecianos.com*. Obtenido de <https://www.florecianos.com/denuncian-clinicas-de-garaje/>
- Galvis Ramírez, V., Bustamante García, F. A., & Sarmiento Limas, C. A. (2000). *Guía de Atención de la Obesidad*. Colombia: Ministerio de Salud. Dirección general de promoción y prevención.
- García Meraz, M., Martínez Martínez, J. P., & Guzmán Saldaña, R. M. (2010). De la imagen corporal a la discriminación: consecuencias de la obesidad sobre la sexualidad en hombres y mujeres. En J. A. Morales González, *Obesidad: Un enfoque multidisciplinario* (págs. 305-319). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- García Sánchez, M. R., Lubián García, P., & Moreno Villajos, A. (s.f.). *Universidad Autónoma de Madrid*. Recuperado el 28 de Octubre de 2016, de Universidad Autónoma de Madrid: https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/IBN_Trabajo.pdf

- García-Rodríguez, J., García-Fariñas, A., Rodríguez-León, G., & Gálvez-González, A. M. (2010). Dimensión económica del sobrepeso y la obesidad como problemas de salud pública. *Salud en Tabasco*, 891-896.
- Garrow, J. S. (1989). Obesity and related diseases. *Appetite*, 233 - 235.
- Giraldo Isaza, F. (2002). América latina frente a la globalización. *Apuntes del cenec*, 183-194.
- González Fernández, O. (2005). Estructura multidimensional del autoconcepto físico. *Revista de Psicodidáctica*, 10(1), 121 - 130.
- González, F. E., & Rodríguez, M. O. (1991). Problemática epistemológica de la investigación cualitativa. *Faces*, 95-114.
- Goñi Palacios, E. (2009). *El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad*. Vitoria - Gasteiz : Universidad del país Vasco.
- Goñi Palacios, E., & Madariaga Orbea, J. M. (2009). *El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad*. Vitoria-Gasteiz: Universidad del País Vasco.
- Goñi, E., Fernández-Zabala, A., & Infante, G. (2012). El autoconcepto personal: Diferencias asociadas a la edad y al sexo. *Aula Abierta*, 39-50.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Landeros Olvera, E. A. (2010). *Intervención de ejercicio con base en el modelo de Roy en mujeres con sobrepeso y obesidad: Efectos fisiológicos y de autoconcepto*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Leija Alva, G., Aguilera Sosa, V. R., Lara Padilla, E., Rodríguez Choreño, J. D., Trejo Martínez, J. I., & López de la Rosa, M. R. (2011). Diferencias en la modificación de hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad entre dos distintos tratamientos en mujeres adultas. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 19-28.
- Loperena Anzaldúa, M. A. (2008). El autoconcepto en niños de cuatro a seis años. *Tiempo de Educar*, 9(18), 307 - 327.
- Lugli, Z., & Gúzman, R. (2009). Obesidad y satisfacción con la vida: Un análisis de trayectoria. *Suma Psicológica*, 37-50.
- Maldonado-Gálvez, M. P. (2012). *Cambio del auto concepto en mujeres obesas posterior a tres meses de una cirugía bariátrica*. Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Marchat, L. A., & Zamorano, A. (2007). De la obesidad y su origen: genes y ambiente. *Casa del tiempo, Universidad Autónoma Mexicana*, 62-67.

- Martínez Romero, S. (s.f.). Genética y obesidad. *Gaceta Urbana*.
- Martos Moreno, G. Á., Serra Juhé, C., Pérez Jurado, L. A., & Argente, J. (2017). Aspectos genéticos de la obesidad. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*, 21-32.
- Meza Peña, C., & Pompa Guajardo, E. G. (2015). Género, obesidad y autoconcepto en una muestra de adolescentes de México. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 136-148.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013). *Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes*. Argentina : Buenos Aires.
- Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica las Condes*, 124 - 128.
- Morín Zaragoza, R. (2008). Obesidad y Sexualidad. *Trabajo Social UNAM*, 4-13.
- Muñoz-Cano, Juan Manuel; Córdova-Hernández, Juan Antonio; Boldo-León, Xavier Miguel
Ambiente obesogénico y biomarcadores anómalos en escolares de Tabasco, México Salud en Tabasco, vol. 18, núm. 3, septiembre-diciembre, 2012, pp. 87-95 Secretaría de Salud del Estado de Tabasco Villahermosa, México
- Organización Mundial de la Salud. (01 de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 10 de 04 de 2016, de OMS: <http://www.who.int/topics/obesity/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). OMS. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). OMS. Recuperado el 3 de Julio de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. Alimentos y bebidas ultra-procesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. 2015. Disponible en: http://www.iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_esp.pdf. Consultado el Fecha de actualización: 14/08/17.
- Ortega Becerra, M. (2010). *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado de primer ciclo de educación secundaria de la Ciudad de Jaén*. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
- Palacios, A. (02 de 06 de 2018). *Dirección general de comunicación social*. Obtenido de http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2017_354.html
- Piña Calva, A., Álvarez González, I., Madrigal Bujaidar, E., & Espinosa, E. (2011). Revisión de los principales genes involucrados. *Revista mexicana de ciencias farmacéuticas*, 26-38.
- Quiroga de Michelena, M. I. (2017). Obesidad y genética. *Anales de la Facultad de Medicina*, 87-90.

- Ramírez López Erik, Negrete López Nohemí Liliana y Tijerina Sáenz Alexandra. EL PESO CORPORAL SALUDABLE: DEFINICIÓN Y CÁLCULO EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD *Revista de salud pública y nutrición* Volumen 13 No. 4 Octubre-Diciembre 2012. En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2012/spn124f.pdf>
- Restrepo-Ochoa, D.A. (2013). La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. *Revista CES Psicología*, 6(1), 122-133.
- Revuelta, L., Esnaola, I., & Goñi, A. (2016). Relaciones entre el autoconcepto físico y la actividad físico-deportiva adolescente. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 561-581.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Ediciones Aljibe.
- Sánchez Moros, J. (2015). *Desarrollo del autoconcepto en el niño de Educación primaria a través de un plan de acción tutorial*. Soria: Universidad de Valladolid.
- Sánchez Romero Rodríguez, M. R. (2010). Autoconcepto y autoestima: valores claves para la educación. *Recogidas*(45), 1-10.
- Savino, P. (2011). Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. *Revista Colombiana de Cirugía*, 180-195.
- Schaad, M. (2014). *Compra compulsiva y autoconcepto en mujeres adultas media*. Paraná: Universidad Católica Argentina.
- Sossa Rojas, A. (2011). Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo. *Polis*, 1-20.
- Sparkes, A., & Devís Devís, J. (2007). Investigación narrativa y sus formas de análisis: Una visión desde la educación física y el deporte. *Educación, cuerpo y ciudad: el cuerpo en las interacciones e instituciones sociales*, 43-68.
- Swinburn BA, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritising environmental interventions for obesity. *Prev Med*, 1999; 29:563-570
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1992). LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD. *Ed. Paidós*, 100-132.
- Uribe Jaramillo, T. M. (1994). La mujer obesa de los sectores populares. Una experiencia de trabajo en salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 76-95.
- Uribe Jaramillo, T. M. (1994). La mujer obesa de los sectores populares: Una experiencia de trabajo en salud. *Investigación y educación en enfermería*, 76-95.

Vega Meza, M. P. (2017). *Imagen corporal en pacientes sometidos a cirugía bariátrica*. Bogotá D.C: Universidad del Rosario.

Verdalet Olmedo, M. (2011). La obesidad: Un problema de salud pública. *La ciencia y el hombre*.

Villasmil Ferrer, J., & Anzola, M. (2010). *El autoconcepto académico en estudiantes universitarios resilientes de alto rendimiento: un estudio de casos*. Merida: Universidad de los Andes.

Zárate , A., Basturo Acevedo, L., & Saucedo Garcia, R. P. (2001). La Obesidad: Conceptos actuales sobre fisiopatogenia y tratamiento. *Facultad de Medicina UNAM*, 66 - 70.