



**Centro de Investigación en Alimentación y
Desarrollo, A.C.**

**AUTOPERCEPCIÓN DE OBESIDAD Y PRÁCTICAS DE
HIGIENE AL COMER DE LOS ADOLESCENTES CON
OBESIDAD EN HERMOSILLO, SONORA**

Por

Paula Lucía López López

TESIS APROBADA POR LA

COORDINACIÓN DE NUTRICIÓN

Como requisito parcial para obtener el grado de

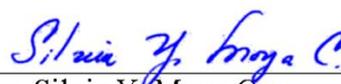
MAESTRA EN CIENCIAS

APROBACIÓN

Los miembros del comité designado para la revisión de la tesis de Paula Lucía López López, la han encontrado satisfactoria y recomiendan que sea aceptada como requisito parcial para obtener el grado de Maestra en Ciencias.


M.C. Gloria Gpe. Morales Figueroa
Directora de Tesis


Dr. Josep M. Comelles
Co-director de Tesis


Dra. Silvia Y. Moya Camarena
Integrante de comité de tesis


Dr. Luis Quihui Cota
Integrante de comité tesis

DECLARACIÓN INSTITUCIONAL

La información generada en la tesis “Autopercepción de Obesidad y Prácticas de Higiene al Comer de los Adolescentes con Obesidad en Hermosillo, Sonora” es propiedad intelectual del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (CIAD). Se permiten y agradecen las citas breves del material contenido en esta tesis sin permiso especial de la autora Paula Lucía López López, siempre y cuando se dé crédito correspondiente. Para la reproducción parcial o total de la tesis con fines académicos, se deberá contar con la autorización escrita de quien ocupe la titularidad de la Dirección General del CIAD.

La publicación en comunicaciones científicas o de divulgación popular de los datos contenidos en esta tesis, deberá dar los créditos al CIAD, previa autorización escrita del director(a) de tesis.



**CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN
ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO, A.C.**
Coordinación de Programas Académicos



Dr. Pablo Wong González
Director General

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) y al Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C. (CIAD) por el apoyo durante el posgrado.

Gracias a mi co-director de tesis el Dr. Josep Comelles, por el tiempo que dedicó a escucharnos y a guiarnos en estos dos años, por siempre hacernos ver lo relevante de nuestro trabajo, y a pesar de la distancia y las 9 horas de diferencia entre nuestros países, estar presente, gracias.

Gracias a mis asesores, Dra. Silvia Moya, por resolver mis dudas, por siempre estar al pendiente del trabajo y por regalarnos su experiencia. Dr. Luis Quihui, por ser la persona que me abrió las puertas del CIAD en 2018, y seguir apoyándome en este trabajo, gracias por sus consejos y retroalimentación.

Por último, mil gracias a mi directora de tesis, M.C. Lupita Morales, por apoyarme siempre y creer en mí. Por recibirme por segunda vez en el CIAD y aceptar trabajar juntas. Gracias Maestra por su tiempo, sus consejos, pláticas, risas y sobre todo su paciencia. Trabajar con usted fue clave para que yo me enamorara de este bonito proyecto, y quedarme con el entusiasmo para seguir dentro del camino de la investigación. Gracias por ser una excelente persona e investigadora y transmitirme confianza y seguridad en todo momento. Gracias Maestra por permitirme disfrutar estos dos años, que fueron duros pero llenos de aprendizaje, traté de absorber toda su experiencia y conocimiento. Gracias también por las llamadas de atención que siempre las tomé para mejorar como estudiante, siempre estaré agradecida con usted.

Estará en mis pensamientos y oraciones y le seguiré mandando fotos de mis aventuras por el mundo, para que no se olvide de mí.

DEDICATORIA

A Dios, que es el motor de mi vida.

A mis padres, Fernando, que desde el día que te enteraste que quería estudiar nutrición, me apoyaste y creíste en mí. Gracias a tí conocí el CIAD, me llevaste a mis 17 años a conocer la nutrición en el mundo de la investigación. Me encantó, gracias papá. Claudia, sin tu amor y apoyo no hubiera sido posible todo esto. Papá y mamá gracias por motivarme a superarme y ser mejor persona, gracias por su amor infinito y siempre estar para mí, los amo.

A mis hermanos, Paulina, mi gemela, te dedico este trabajo, ya que mis logros también son tuyos. Me haces muy feliz. Ya viene también la tuya, estoy orgullosa de ti. Santiago y Rodolfo, mis cuates, también les dedico este trabajo, que aunque no lo crean me han enseñado más a mí que yo a ustedes.

Hermanos... son mi vida, los amo.

A mis abuelos, Rodolfo y Fernando, que siempre se han enorgullecido por los logros de sus nietos, esto va por ustedes.

A mi esposo, Gregor Nikolaus, mi fan número uno en estos últimos años y que no me queda duda que para el resto de nuestras vidas. Esto lo logré gracias a tus palabras de aliento cada vez que sentía que era demasiado, gracias por hacerme sentir la persona más inteligente y decirme en todo momento que estas orgulloso de mi, por apasionarte junto conmigo cuando te contaba sobre mis avances y los planes a futuro dentro de la investigación. Eres mi motivación.

Ich Liebe dich, für immer.

A todos los jóvenes de este estudio, gracias por confiar en mí, los llevaré siempre en mi corazón.

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| APROBACIÓN | 2 |
| DECLARACIÓN INSTITUCIONAL | 3 |
| AGRADECIMIENTOS | 4 |
| DEDICATORIA | 5 |
| CONTENIDO | 6 |
| LISTA DE CUADROS | 8 |
| RESUMEN | 9 |
| ABSTRACT | 10 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 11 |
| 2. ANTECEDENTES | 13 |
| 2.1. Obesidad | 13 |
| 2.1.1. Obesidad y sus Causas | 14 |
| 2.1.2. Seguridad y Soberanía Alimentaria | 16 |
| 2.2. Obesidad en Adolescentes | 18 |
| 2.2.1. Microbiota Intestinal y la Obesidad | 18 |
| 2.3. Salud en la Adolescencia | 19 |
| 2.3.1. Conocimiento y Percepción de Salud | 19 |
| 2.3.2. Ambiente Obesogénico | 23 |
| 2.4 Higiene Personal | 24 |
| 2.4.1. Higiene del Sueño | 25 |
| 2.4.2. Enfermedades Gastrointestinales | 26 |
| 2.4.3. Lavado de Manos | 26 |
| 2.5 Alimentación y sus Prácticas en Adolescentes | 27 |
| 3. HIPÓTESIS | 29 |
| 4. OBJETIVOS | 30 |
| 4.1 Objetivo General | 30 |
| 4.2 Objetivos Particulares | 30 |
| 5. MATERIALES Y MÉTODOS | 31 |
| 5.1. Diseño del Estudio | 31 |
| 5.2. Población de Estudio | 31 |
| 5.2.2. Criterios de Inclusión y Exclusión | 31 |
| 5.3. Recolección de los Datos | 33 |
| 5.3.1. Estudio Antropométrico | 33 |
| 5.3.2. Hábitos al Comer y de Higiene Personal y Alimentaria | 34 |
| 5.4. Consideraciones Éticas | 35 |
| 5.5. Análisis de Datos | 36 |

CONTENIDO (continuación)

| | |
|--|----|
| 6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 37 |
| 6.1. Estado Nutricio de los Adolescentes | 37 |
| 6.1.1. Estudio Antropométrico..... | 37 |
| 6.2. Hábitos de Alimentación: Gustos, Preferencias y Emociones | 38 |
| 6.3. Higiene e Higiene Personal | 39 |
| 6.3.1. Higiene del Sueño..... | 40 |
| 6.3.2. Hábito del Ejercicio como Parte de la Higiene Personal | 42 |
| 6.3.3. Lavado de Manos..... | 43 |
| 6.4. Higiene Alimentaria | 44 |
| 6.4.1. Lavado de Alimentos..... | 44 |
| 6.5. Percepción Corporal y de Salud | 45 |
| 6.5.1. Percepción del Estado de Salud..... | 46 |
| 6.5.2. Percepción de la Palabra Salud..... | 47 |
| 6.5.3. Percepción y Aceptación de la Imagen Corporal..... | 48 |
| 6.6. Percepción de Hábitos Alimentarios | 51 |
| 6.6.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria | 52 |
| 6.7. Percepción de Infecciones Intestinales | 52 |
| 6.7.1. Percepción de Riesgo de Infecciones Intestinales | 54 |
| 7. CONCLUSIONES | 55 |
| 8. RECOMENDACIONES | 57 |
| 9. REFERENCIAS | 58 |
| 10. ANEXOS | 65 |
| 10.1 Guiones de Entrevistas | 65 |
| 10.2. Mi Diario de Alimentos y Bebidas..... | 71 |
| 10.3. Pseudónimo de los Participantes | 72 |

LISTA DE CUADROS

| Cuadros | | Página |
|----------------|---|---------------|
| 1 | Diagrama de reclutamiento en escuelas públicas..... | 22 |
| 2 | Diagrama de reclutamiento en escuelas privadas..... | 22 |
| 3 | Tabla de Índice de Masa Corporal para adolescentes mujeres..... | 24 |
| 4 | Tabla de Índice de Masa Corporal para adolescentes hombres..... | 24 |

RESUMEN

La obesidad ha aumentado en los últimos años, y ha afectado a un porcentaje muy importante en el grupo de los adolescentes en México. En la adolescencia los jóvenes pasan por cambios físicos, culturales, psicológicos como también cambios en sus hábitos de alimentación y de higiene personal. Durante este período, los cambios corporales influyen en la percepción del peso de los jóvenes, lo cual a su vez es un determinante de los hábitos alimentarios y de las acciones para mantener el peso. El objetivo de este trabajo fue evaluar la percepción que tienen los adolescentes sobre su obesidad y los hábitos de higiene al comer que influyen en el exceso de peso y la aparición de infecciones intestinales, respectivamente. Este fue un estudio con diseño transversal. Se realizaron mediciones antropométricas de peso y talla, así como percepción de estos, registro de alimentos y bebidas y entrevistas de higiene personal y alimentaria. Se desarrollaron 5 guiones de entrevistas abordando los temas de interés como la percepción del peso e imagen corporal, hábitos de alimentación, higiene personal, alimentaria e infecciones intestinales. Participaron 13 adolescentes entre los 12 y 17 años. Los jóvenes que participaron se reconocen de manera general como personas saludables. La percepción de los participantes sobre el peso corporal fue subestimada y sobreestimada de 20 kg y 8.5 kg respectivamente, mientras algunos refirieron desconocer su peso. Dentro de los hábitos al comer se registró el consumo de alimentos y bebidas altos en grasas y azúcares y ayunos prolongados. Por otro lado, el lavado de manos, la higiene del sueño y ejercicio no es un tema relevante para los participantes cuando se habla de la higiene personal y la prevención de la obesidad. De manera particular, los hábitos de alimentación y de higiene alimentaria, no son reconocidas como una medida que influyen en la obesidad y de prevención de infecciones intestinales, respectivamente. En conclusión, los jóvenes se perciben como personas sanas, basándose en un concepto de salud más amplio y dado que no perciben su obesidad como un problema de salud. Además, los padecimientos infecciosos intestinales no son relacionados con los hábitos de alimentación, higiene personal, y alimentaria por los participantes en este estudio.

Palabras clave: percepciones, adolescencia, salud, cultura.

ABSTRACT

Cases of obesity have notably increased in recent years, and it is affecting a significant share of the adolescent population in Mexico. During adolescence young people go through several physical, cultural, and psychological changes and develop different eating and personal hygiene habits. During this period, physical changes of their body that young people experience affect the perception of their weight, which in turn affects eating habits and the way in which they maintain weight. The goal of this work was to evaluate the adolescents' perception of their obesity and hygiene habits they follow when eating and which influence excess weight, as well as the propensity of intestinal infections. This was a cross-sectional study. Anthropometric measurements of weight and height were taken, while participants registered meals (including food and beverages) in nutritional diaries. Interviews about personal and food hygiene habits were conducted to analyze their perceptions. For this purpose, five interview scripts were developed covering topics of interest such as weight perception of weight and body image, eating habits, personal and food hygiene, and intestinal infections. Thirteen adolescents between 12 and 17 years old participated. They usually perceived themselves as healthy, and underestimations up to 20 kilograms and overestimation up to 8.5 kilograms were observed. Some reported not knowing their weight. Consumption of foods and beverages high in fats and sugars and prolonged fasting periods prevailed among registered eating habits. On the other hand, the participants stated that washing their hands, sleep hygiene and physical exercise were not relevant for personal hygiene and obesity prevention. Particularly, eating habits and food hygiene were not recognized as factors that may impact on obesity and the prevention of intestinal infections.

In conclusion, this study found that young people with obesity perceive themselves as healthy, drawing on a broader concept of health, while not perceiving their obesity as a health issue. In addition, intestinal infectious diseases were not related to eating and personal hygiene habits by the participants in this study.

Keywords: perceptions, adolescence, health, culture.

1. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, de acuerdo con la OMS (2021a) en el 2016 había más de 340 millones de niños y adolescentes entre los 5 y 19 años con sobrepeso u obesidad. En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19, reportó una prevalencia a nivel nacional de obesidad en los adolescentes, del 14.6%, mayor que la observada en 2012 de 13.3% (Shamah-Levy *et al.*, 2020). La prevalencia de obesidad en la ENSANUT 2020 sobre COVID – 19 en ambos sexos fue de un 17%. Mientras que en Sonora en el 2017 la prevalencia de obesidad en jóvenes entre los 12 y 19 años fue de 22.2% (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012; Shamah-Levy *et al.*, 2017). La prevención y el combate de la obesidad, es un reto de gran prioridad y urgencia en salud pública, por sus diversas repercusiones negativas en quienes la padecen. Se ha probado su lazo directo con enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y otros padecimientos cardiovasculares, que hoy representan algunas de las principales causas de morbilidad (Rivera-Dommarco *et al.*, 2018).

Por otro lado, la biomedicina y sus representaciones mencionan que la obesidad es conceptualizada como una crisis o epidemia, reduciendo la problemática a un modelo simplificado de causalidad de equilibrio entre lo consumido y gastado, cuando la etiología es multifactorial y multinivel. Mientras tanto, la salud, la dignidad, los derechos humanos y la calidad de vida de las personas con obesidad son dañadas por el estigma y estereotipos negativos (Bombak, 2014).

La adolescencia es una etapa crítica caracterizada por diferentes cambios tanto físicos y culturales, como psicológicos. Durante esta etapa, los cambios físicos influyen en la percepción del peso de los jóvenes, la cual a su vez es un indicador de las conductas nutricionales y de los procesos para mantener el peso (Martínez-Aguilar *et al.*, 2010). Según Paolicchi (2005), los adolescentes son personas que viven en contextos socio-históricos que están en constante cambio, en función de las representaciones del mundo y de ellos mismos, dadas por su cultura. Así mismo, los adolescentes están construyendo una historia personal de vida con un significado y valores únicos que a la hora de elegir los alimentos ganan las preferencias y el gusto, es decir, las cualidades sensoriales, psicosociales y culturales, más que lo que el alimento pueda aportar o nutrir al cuerpo (Buckroyd y Rother, 2008; Contreras y Arniz, 2005).

Los estudios tanto en Chile (Obach *et al.*, 2020) como en México (Martínez-Aguilar *et al.*, 2010),

han reportado que los adolescentes no tienen una buena percepción de su salud, o realmente no saben cómo percibirla. Además, fallan en la higiene personal, ya que no solo se trata de las prácticas para prevenir enfermedades y dentro de ellas las infecciones intestinales, sino que es un componente de un estilo de vida saludable, estrechamente relacionada con los hábitos de alimentación, ejercicio físico, higiene del sueño y estrés psicológico (Ghazoul, 2014). Por lo anterior el objetivo del estudio fue evaluar la percepción que tienen los adolescentes sobre su obesidad y los hábitos al comer, de higiene personal y alimentaria que influyen en el exceso de peso y la aparición de infecciones intestinales respectivamente.

2. ANTECEDENTES

2.1. Obesidad

La obesidad a nivel mundial ha aumentado desde hace más de 40 años. La mayoría de la población vive en países donde esta patología causa más muertes que la desnutrición (OMS, 2021a). En México es actualmente un problema de salud pública.

Según la OMS (2021b), la obesidad se define como una acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, porque no hay equilibrio energético entre las calorías consumidas y las gastadas. Este desequilibrio se da principalmente por el consumo de alimentos bajos en fibra con alta densidad energética, bebidas azucaradas y falta de actividad física (Fernández *et al.*, 2011). La obesidad es un factor de riesgo para muchas enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

En los adultos, el Índice de Masa Corporal (IMC) es uno de los indicadores más utilizados para identificar sobrepeso u obesidad y es útil para tener un mayor control de quienes pueden estar en riesgo de sufrir una muerte prematura o discapacidad. En los lactantes, escolares y adolescentes, se utilizan las curvas de crecimiento de la OMS para identificar obesidad (Onis *et al.*, 2007). El tener un indicador para conocer el estado nutricional de la población, sirve para prevenir o tratar de manera temprana estas enfermedades.

Es importante implementar hábitos alimenticios sanos y realizar actividad física desde edades tempranas. Esto ayuda a desarrollar entornos saludables, además de contribuir a reducir el riesgo de malnutrición y tener una mejor calidad de vida. Todas las personas tienen hábitos alimentarios diferentes según su cultura, actividad física, grupo etario, nivel socioeconómico, y estos deben ser saludables para alcanzar un buen crecimiento y desarrollo tanto físico y económico, como social (OMS, 2021).

2.1.1. Obesidad y sus Causas

La obesidad tiene causas multifactoriales como el tipo de alimentación según la cultura del individuo o de la comunidad, así como cambios ambientales y sociales (OMS, 2021a). Además, existen condiciones prenatales como la obesidad en la madre al inicio del embarazo, que aumenta el riesgo de peso excesivo en el recién nacido y por ende, de obesidad en la infancia (Rivera-Dommarco *et al.*, 2018). Otros factores que favorecen la obesidad son la falta de actividad física y el sedentarismo (Biddle *et al.*, 2017; Hebebrand *et al.*, 2017). Todos estos factores y sus consecuencias resultan al final una carga muy importante para los servicios de salud.

En los últimos años los adolescentes han aumentado el tiempo que pasan frente a la televisión, computadoras y celulares, las cuales son formas de inactividad física y sedentarismo, que promueve la obesidad (Hallal *et al.*, 2006). La mayoría de estos jóvenes no procura tener un estilo de vida saludable, en cambio, tienden a comer desproporcionadamente. Este comportamiento se agudiza más cuando se incluye su estado de ánimo, provocando un incremento de alimentos altos en grasa y azúcar aunado al aumento en su peso y problemas a largo plazo (Saldaña y Tomás, 1999). Además, suelen padecer sintomatología depresiva, lo cual afecta su estilo de vida ocasionando pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa y otros trastornos (Mikolajczyk *et al.*, 2007). Por eso, es importante promover en los adolescentes un estilo de vida saludable y evitar el sedentarismo, para no afectar su desarrollo personal.

La actividad física de las personas puede influir por el ambiente en dónde se desenvuelven. La disponibilidad y la buena calidad de los espacios físicos, como los parques, espacios escolares y los sistemas de transporte son necesarias para poder realizar actividad física o ejercicio. Los factores sociales y culturales como la seguridad y la percepción de seguridad, el género y la educación, inciden en generar, crear y mejorar estilos de vida activos (Rivera-Dommarco *et al.*, 2018).

En México se adoptaron recomendaciones internacionales de actividad física por la OMS en el 2010. Éstas mencionan que adolescentes deben realizar al menos 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada a vigorosa. La actividad física diaria debe ser aeróbica en su mayoría, pero se deben incorporar actividades de fortalecimiento muscular al menos tres veces por semana (WHO, 2010).

Los aspectos psicológicos pueden ser otra causa de la obesidad (Unikel *et al.*, 2012). Existe una asociación de problemas de sobrepeso con trastornos como la depresión y la ansiedad, así como daños a la salud mental por la discriminación que sufren las personas con sobrepeso y obesidad. Esto se ve reflejado en los adolescentes, por eso los padres de familia deben cuidar de su salud mental.

El entorno alimentario también es una de las principales causas de obesidad, ya que incluye la facilidad de tener presentes la publicidad de alimentos y bebidas que no son saludables, a través de los medios de comunicación. Este tipo de publicidad se ha probado que afecta más a niños y adolescentes (Rivera-Dommarco *et al.*, 2018). El entorno alimentario trata sobre los ambientes, oportunidades y condiciones físicas, económicas y socioculturales. Esto implica que las personas crean sus opiniones y determinan sus preferencias y elecciones alimentarias, así como a su estado nutricional, que se reflejará en las elecciones que tomen (Panel, 2017; Swinburn *et al.*, 2014).

En el contexto alimentario, la publicidad juega un papel importante que afecta a los niños y a los adolescentes ya que es información central en la interacción entre el consumidor y su entorno. Comprar alimentos saludables u otros alimentos no tan saludables, a veces depende de la información nutrimental que los productos traen en su etiquetado frontal. Dicho etiquetado está manipulado por estrategias de comunicación y venta (Rivera-Dommarco *et al.*, 2018).

La cultura y la salud se han vuelto palabras muy importantes cuando se habla de la obesidad, nos invita a considerar una causa, experiencias y tratamientos para las enfermedades de la población. Si reconocemos que la biología y la cultura están unidas, y que hay distintas maneras de entender el funcionamiento del cuerpo humano, podríamos entender de manera amplia el contexto social en que los individuos aprenden acerca de la comida y la forma más útil para entender el fenómeno actual de la obesidad (MacLachlan, 2006). Como mencionan Buckroyd y Rother (2008), *“comer es un acto primario, alrededor del cual se desarrollan actividades sociales, desde la recolección de los alimentos, hasta reunirse con otras personas para prepararlos y consumirlos”*.

Lo social puede influir sobre el aspecto psicológico de una persona y esto es estudiado por la psicología transcultural (Berry *et al.*, 2002). Dicha perspectiva distingue el apuro de tomar en cuenta el contexto cultural al momento de querer entender lo que el individuo necesita, piensa y el por qué se comporta de cierta manera. Según Kroeber y Kluckhohn (1952): *“La cultura es a la sociedad lo que la memoria es al individuo”*. Las grandes diferencias culturales son muy extensas e intrigantes y nos invitan a poner más atención en ellas, aún más cuando se habla de la salud. Así

que podemos establecer que, como muchos otros padecimientos, la obesidad está social, cultural y económicamente asociada.

Las personas suelen asociar ciertos alimentos con recuerdos en sus vidas como alguna celebración o con placer, hasta felicidad. Los alimentos pueden significar fuerza, bienestar, salud, éxito, hasta liberación del estrés. Todo depende en qué situación se encuentren las personas, ya que la comida no solo nutre, sino que une a la familia en momentos especiales o dolorosos, es por eso que los alimentos tienen un significado muy fuerte (Buckroyd y Rother, 2008; Contreras y Arniz, 2005). Por lo tanto, se puede concluir que a la hora de la elección y compra de los alimentos ganan las preferencias y el gusto, es decir, las cualidades sensoriales, psicosociales y culturales, más que el aporte nutricional que puedan brindar.

La obesidad expresada hasta aquí es el resultado de múltiples aspectos de orden cultural, sensorial, económico, emocional, y como éstos han ido cambiando el estilo de vida de los adolescentes. Las rutinas saludables se han perdido con facilidad y han sido reemplazadas con hábitos pocos saludables, por la influencia de la publicidad, su entorno alimentario o sus creencias. Por lo tanto, esta transición debe ser estudiada para entender cómo y por qué este grupo de población ha respondido a estos cambios evidenciándose en su estado nutricional.

2.1.2. Seguridad y Soberanía Alimentaria

La seguridad alimentaria y la nutrición son dos definiciones relacionadas entre sí. Una de las características que puede explicar esta relación, son los alimentos que consumen las personas, esto quiere decir la calidad de sus dietas. Una dieta con mala calidad puede llevar a experimentar inseguridad alimentaria, y ésta a su vez a desnutrición, sobrepeso u obesidad (FAO *et al.*, 2020). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018-19), la prevalencia de inseguridad alimentaria en sus diferentes categorías (inseguridad leve, moderada y severa), fue de 55.5%, a nivel nacional. Este porcentaje de hogares con inseguridad alimentaria es alarmante. La proporción más grande en la forma más grave de inseguridad alimentaria se encuentran en un 29.3% en la región sur del país y 21.5% en la región centro (Shamah-Levy *et al.*, 2020).

La FAO define que *“Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico y económico a suficientes alimentos, inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana”*. Además, *“Un entorno político, social y económico, pacífico, estable y propicio, constituye la base fundamental que permitirá a los estados atribuir la debida prioridad a la seguridad alimentaria y la erradicación de la pobreza, a fin de alcanzar la seguridad alimentaria sostenible para todos”* (FAO, 1996).

La seguridad alimentaria involucra la posibilidad de comparar pobreza con accesibilidad o poder identificar si puede ser un problema imputable al desarrollo económico, a la política económica o a la competitividad del mercado. Ésta tiene dificultades internacionales para su persecución y cobertura interna (Torres, 2014). Por tal motivo se vuelve parte primordial de nuestra calidad de vida. Por otro lado, la inseguridad alimentaria se define como la condición de no tener un acceso seguro a alimentos nutritivos, inocuos y aceptados por la sociedad (Rose, 2010). Además de que la desnutrición, las deficiencias energéticas, el sobrepeso y la obesidad se relaciona con la falta de acceso a una alimentación saludable que ayuda a llevar una vida segura nutricionalmente (FAO y OPS, 2017).

La soberanía alimentaria se define como *“el derecho de un país a definir sus propias políticas y estrategias sustentables de producción, distribución y consumo de alimentos respetando sus propias culturas y la diversidad de los sistemas productivos, de comercialización y de gestión de los espacios rurales”* (FAO, 2013). Esto con el fin de mejorar la alimentación y sus formas de producción responsablemente.

La seguridad y soberanía alimentaria destacan la importancia de ampliar la producción y la productividad alimentaria. Estos dos conceptos concuerdan en vencer el hambre. La seguridad alimentaria como economista busca que la población esté protegida. La soberanía de tipo político apoya a que los campesinos defiendan su propia producción de los agronegocios (Mariscal *et al.*, 2017). Los cual la seguridad alimentaria y la soberanía requieren más atención para mejorar la calidad de vida de la población.

2.2. Obesidad en Adolescentes

En 2016 había más de 340 millones de niños y adolescentes entre los 5 y 19 años con sobrepeso u obesidad. Esto demuestra que la prevalencia de obesidad en este grupo de edad ha aumentado dramáticamente. A nivel mundial, este problema de salud supera en número las muertes que por desnutrición (OMS, 2021b).

Para Sonora la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012), registró en los adolescentes una prevalencia de obesidad de 20.7%, mayor en hombres que en mujeres. Ésta aumentó a 22.2% en 2018 en la población de 12 a 19 años y Sonora figuró entre de las entidades con los porcentajes más altos de obesidad. Con estos resultados se observa cómo la prevalencia de obesidad en Sonora va en aumento. Es necesario, adentrarnos en el mundo cotidiano de los adolescentes con obesidad, conocer las percepciones sobre su estado de nutrición e higiene y así atender con más elementos este tema de salud en adolescentes.

2.2.1. Microbiota Intestinal y la Obesidad

La microbiota intestinal es el conjunto de colonizadores microbianos del intestino (bacterias protozoarios y virus) (Morales *et al.*, 2010). Se ha considerado como un órgano más del cuerpo humano por las diferentes funciones adicionales que aportan y los procesos fisiológicos en los que participan (obtención de nutrientes, estado de nutrición, respuesta inmunitaria, aspectos neurológicos, reacciones alérgicas, y funciones cognitivas) (O'Hara y Shanahan, 2006). La microbiota intestinal es la suma de las bacterias que se tienen desde el nacimiento más las que se encuentran en el medio ambiente y que son consumidas todos los días a través de los alimentos y bebidas (Guarner y Malagelada, 2003).

Se conoce como disbiosis al desequilibrio que ocurre cuando hay proliferación de especies no nativas o el sobre crecimiento de las autóctonas. La alimentación es un factor importante para el desarrollo de la disbiosis junto al uso de antibióticos, estrés, enfermedades intestinales agudas y crónicas (Valsecchi *et al.*, 2016). La alimentación con alto porcentaje en grasas saturadas y

azúcares refinadas, además de la disbiosis también produce daños en la permeabilidad intestinal, lo cual favorece a la traslocación bacteriana y la entrada de metabolitos de este origen a la circulación ocasionando la endotoxemia metabólica e inflamación de bajo grado a su vez relacionados con la obesidad y otras enfermedades crónicas (Chelakkot *et al.*, 2018). Según avances científicos existen prácticas para revertir la disbiosis como la modulación de la microbiota, trasplante de material fecal hasta intervenciones dietéticas para cambiar la composición de la microbiota intestinal. Los investigadores creen que la disbiosis podría desempeñar un papel en la enfermedad inflamatoria intestinal, la fatiga crónica, la obesidad o incluso ciertos cánceres (Castañeda, 2019).

2.3. Salud en la Adolescencia

Los adolescentes conforman el 30% de la población de Latinoamérica y el Caribe con un rol importante en la sociedad. Se les considera un grupo saludable, que a veces no reconocen la importancia de su salud. En ocasiones los adolescentes adquieren hábitos dañinos a temprana edad que se convierten en problemas de salud. Por esto, la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de Salud quieren proteger la salud y el bienestar de los adolescentes (OPS, 2021a).

2.3.1 Conocimiento y Percepción de Salud

Según Oviedo (2004), la percepción determina la entrada de información, y garantiza que la información recibida permitirá formar juicios, conceptos, y opiniones diferentes. Goldstein (2005), define percepción como un proceso que va cambiando de forma continua, construyendo pensamientos diferentes en situaciones u objetos, de manera individual, por eso es subjetivo. Para Scheper-Hughes y Lock (1987), la percepción es el proceso de apropiamiento e interpretación de la información. El ambiente en el cual se desenvuelven las personas es un factor importante para

las percepciones que tengan hacia las enfermedades, esto suele depender de factores culturales, socioeconómicos y el nivel educativo de los individuos (Nichter, 2008).

La percepción del estado de salud, como también del peso e imagen corporal, puede repercutir en el estilo de vida individual haciendo que los adolescentes puedan percibir o no algún riesgo en su salud (Harris *et al.*, 2008). El percibirse a uno mismo con algún riesgo de enfermedad es favorable ya que pueden tomarse acciones preventivas (Moreno y Rosales-Nieto, 2003).

La conexión entre la percepción de tener sobrepeso u obesidad con la de encontrarse en riesgo de desarrollar diabetes o alguna enfermedad cardiovascular, se ha documentado en algunos estudios. Es así como el presentar obesidad se percibe como un estado grave que pone en peligro la salud de las personas (Darlow *et al.*, 2012; Okop *et al.*, 2016). Se debe tener en cuenta que cuando hay una correcta percepción del peso, hay una mayor posibilidad de reconocer algún riesgo a la salud y, en consecuencia, se realizan acciones para su prevención o tratamiento (Royo-Bordonada, 2013). Por eso es importante conocer la percepción de las personas sobre su peso, la obesidad y la posibilidad de desarrollarla a corto plazo.

En un estudio realizado por Uribe-Carvajal *et al.* (2018), se menciona cómo un grupo de adultos tiene una percepción errónea de su estado de nutrición y su peso corporal, principalmente los que presentan obesidad. La mayoría de las mujeres se percibió con sobrepeso u obesidad, en comparación con los hombres. Esto es un gran problema, ya que, al subestimar su estado nutricional, los hombres no son conscientes de los problemas graves de salud por la misma. Además, este estudio mencionó una relación a favor al presentar una correcta percepción del peso corporal con la percepción de la probabilidad de desarrollar obesidad a corto plazo. Por lo anterior, los participantes que no tuvieron una percepción de su obesidad y hábitos de alimentación inadecuados mostraron desinterés por su salud.

De acuerdo con la OPS (2022) los sistemas y servicios de salud, tienen como función principal reforzar los sistemas sanitarios basados en la Atención Primaria de Salud. Al respecto, en Chile se reportó que un grupo de adolescentes migrantes tienen un desconocimiento hacia el sistema de salud en general, además de tener muchos obstáculos refiriéndose a lo administrativo como del tipo de compañía para ser atendidos, otros del tipo de discriminación por no ser considerados ni adultos ni niños, según el estudio realizado por Obach *et al.* (2020). Este trabajo concluyó que es necesario generar más información sobre el acceso a los sistemas de salud accesibles a los adolescentes y que sus padres los acompañen ante cualquier eventualidad que afecte a su salud.

Por otro lado, se llevó a cabo un estudio cualitativo sobre la percepción del peso y de la obesidad en un grupo de 24 adolescentes residentes en Tamaulipas, México (Martínez-Aguilar *et al.*, 2010) que reportó dentro de los principales hallazgos los siguientes: los adolescentes con obesidad identificaron a la herencia familiar como principal causa de ésta, también minimizaron la obesidad considerándola de poca importancia. Mientras por otro lado, existen estudios donde las madres con adolescentes que tienen obesidad expresan sus creencias sobre que las dimensiones de los hijos, son predestinados por la herencia, aceptando que no pueden ser modificados (Janz *et al.*, 2000; McDonald *et al.*, 2005). Además, se identificó que la percepción de su imagen corporal es el mejor punto de partida para la incorporación de los adolescentes con obesidad a iniciar con prácticas dietéticas de acuerdo con su peso, talla y sexo o de control de peso (Minayo, 2000).

En el caso de la percepción de los padres en torno a la obesidad en sus hijos, se ha reportado en ciertos estudios que los padres no necesariamente aprecian el riesgo de salud física asociado con la obesidad en la niñez (Baughcum *et al.*, 2001). No perciben a sus niños con obesidad y pueden estar preocupados solamente por el peso del niño si se limita su actividad física porque le suelen hacer bromas o es molestado por sus compañeros. Piensan que un niño que está “gordito” es un niño sano y que cuando “crezca o se desarrolle” se arreglará el problema, sin dar importancia a los problemas de salud que se pueden producir a corto y largo plazo (Baughcum *et al.*, 2001).

La percepción del peso influye en la percepción de la silueta corporal de uno mismo como una magnitud primordial de la imagen corporal que juega un papel importante en conductas alimentarias que pueden inducir a trastornos de la conducta alimentaria. Los efectos psicológicos malos de una baja imagen corporal y de la percepción distorsionada del peso, tales como autoestima, ansiedad y depresión, han sido reportados en algunos estudios (Hautala *et al.*, 2008; Olaiz-Fernández *et al.*, 2006). Las personas que se perciben a sí mismos con obesidad suelen ser las que se sienten más aislados o discriminados en situaciones familiares o sociales.

En otro estudio realizado por Cardona-Torres *et al.* (2018), con una muestra de 98 adolescentes y sus respectivos padres, 57 con obesidad y 41 sin obesidad, se comparó la percepción de calidad de vida relacionada con la salud. La percepción en las dimensiones físicas y psicosociales, emocionales y sociales tales como el IMC, desempeño escolar, calidad de vida relacionada con la salud, de los adolescentes sin obesidad y la de sus padres fue mejor que la percepción de los adolescentes con obesidad y sus padres. En este estudio también se resalta que la dimensión más afectada en los adolescentes con obesidad es la física, seguida de la dimensión psicosocial.

Las percepciones de los adolescentes sobre su estado nutricional han llevado a varios investigadores a explorar más sobre el tema. En la Universidad de Alicante, España se hizo un estudio transversal descriptivo con una muestra aleatoria de 395 estudiantes, de los cuales 254 fueron mujeres y 139 hombres. En el estudio se utilizó un cuestionario autoadministrado con el fin de valorar el estado nutricional y actividad física determinando peso y talla autopercebidos además de horas de ejercicio físico a la semana. Cuando se analizaron los datos sobre la percepción del estado nutricional, éste fue diferenciado entre mujeres y hombres, ya que las mujeres fueron las que se percibieron más delgadas o con sobrepeso de lo que en realidad eran de acuerdo con los resultados que su IMC indicó. Respecto a la obesidad ninguna mujer declaró sentirse como una persona con obesidad, aunque tres de ellas lo eran (Zaragoza y Ortiz-Moncada, 2012).

Las personas con sobrepeso u obesidad suelen preocuparse más o sentirse incómodas con su propio cuerpo. Esto reportó un estudio realizado por Kakeshita y Almeida (2006), en Brasil con 106 estudiantes universitarios, donde el objetivo del estudio fue evaluar la relación entre el IMC y la autopercepción de la imagen corporal. Para evaluar la percepción de la imagen corporal se utilizó la Escala de Calificación del Dibujo de Contornos y la Escala Visual Analógica. Además, se utilizó un cuestionario de imagen corporal para evaluar el componente subjetivo de la imagen corporal. Los resultados revelaron que la mayoría de las mujeres con peso normal o con sobrepeso (87%) sobreestimó su tamaño corporal, mientras que las mujeres con obesidad y todos los hombres, independientemente de su IMC, subestimaron su tamaño corporal.

Las percepciones de la imagen corporal entre hombres y mujeres del estudio fueron diferentes, así como la insatisfacción general de su cuerpo. Aquí se puede ver claro cómo tanto los hombres como las mujeres universitarias tienen una autopercepción distorsionada de su imagen corporal. Esto reafirma que la autopercepción corporal es un tema por abordar ya que desconocemos el por qué de esta imagen no real puede inducir a los trastornos de alimentación, y aumentar las presiones de la imagen corporal idealizadas.

La “autopercepción” o “percepciones”, desde el punto de vista de implementación de programas de intervención han dado resultados limitados (Hernández *et al.*, 2020). El punto de la autopercepción dentro de los programas de intervención es que las personas reconozcan que tienen un problema de salud, y así estarán dispuestas a lograr un cambio en su estilo de vida. Una intervención nutricional, por más apoyo económico que tenga y con un equipo multidisciplinario perfectamente capacitado, no llegará a un cambio permanente si las personas no se consideran con

la posibilidad real de contraer alguna enfermedad, por el sobrepeso y la obesidad. Por otro lado, desde la teoría de las representaciones de la enfermedad, la percepción hace uso de nuestros sentidos; de tal forma que tanto la salud como la enfermedad son percibidas de forma cognitiva como visceral (instintiva), ya que está encarnado en su interior y que escapa a la razón o la lógica, las dos a menudo ocurren simultáneamente y son percibidas por un “cuerpo consciente”. Por ejemplo, un individuo que tenga una alimentación inadecuada y con obesidad no percibida, probablemente no cambiará su manera de alimentarse porque ganen las cualidades sensoriales, entornos sociales y culturales. Ya que la percepción errónea de su imagen corporal, lo puede poner en riesgo de desarrollar alguna enfermedad asociada con la obesidad y por tanto afectar su prevención (Contreras y Arniz, 2005; Nichter, 2008)

2.3.2. Ambiente Obesogénico

Se habla de un ambiente obesogénico cuando en un entorno se promueve la obesidad. Entre sus elementos se encuentra la publicidad de alimentos con alto contenido de azúcares, grasa, sodio, el etiquetado nutricional difícil de entender, la falta de educación nutricional en la población y la venta excesiva de comida “chatarra”. Otros elementos son el abandono de la actividad física y el sedentarismo, por la falta de espacios seguros para realizar actividad física. Todo ello aumenta la prevalencia de obesidad y enfermedades crónicas (El Poder del Consumidor, 2007).

La obesidad no se trata solo de comer más de lo requerido, también es el resultado de modificaciones ambientales. *“Engordar es la respuesta fisiológica normal de gente normal a un ambiente anormal donde se producen volúmenes cada vez mayores de alimentos procesados, asequibles en todas partes y promovidos por sofisticados mecanismos de comercialización”* (Swinburn *et al.*, 2011).

El ambiente obesogénico se puede ver cómo el promover productos y marcas de mercados transnacionales en microambientes como las escuelas, hogares y comunidades, así como el consumo excesivo de alimentos procesados (Muñoz-Cano *et al.*, 2012). Al mismo tiempo no solo habla de qué tan buenos son los alimentos, o qué tantos alimentos procesados se están vendiendo cerca de las escuelas o de los hogares. Se trata de la falta de espacios seguros para realizar actividad

física, a pesar de que en las escuelas cuentan con un tiempo designado al ejercicio máximo 2 horas (Valencia-Agudelo, 2014). Por eso es importante, ofrecerles a las comunidades espacios libres y seguros para que los jóvenes puedan pasar tiempo y hacer ejercicio como parte de su higiene personal diaria.

2.4 Higiene Personal

La higiene personal son las normas de aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo, para crear y mantener condiciones óptimas de salud (Abad *et al.*, 2007). La higiene personal además de tratar sobre las conductas en la limpieza del cuerpo es uno de los elementos de un estilo de vida saludable y está relacionado con las conductas alimentarias, el ejercicio físico y la salud mental. La higiene ayuda a mejorar la salud y en la comodidad de la persona o de una comunidad. Además de evitar la presencia y aumento de enfermedades, como mejorar las relaciones interpersonales, y contribuye a la formación de una imagen buena de sí mismos (Ghazoul, 2014).

La higiene personal cumple con una parte fundamental ya que existen diferentes microorganismos (bacterias, hongos, virus y parásitos) que se encuentran en cada rincón como en el aire, en la tierra, en el agua, en el cuerpo y en lo que comemos. Los microorganismos pueden vivir en diversos lugares como en los baños, en la basura, el agua no potable o no limpia, frutas y verduras que no están lavadas, carnes crudas, en los animales, en las patas de los insectos y en los objetos que tocamos. Los microorganismos son seres vivos en constante movimiento. Pasan de una persona, un animal o un alimento a otro, siempre que se tengan las condiciones adecuadas para poder reproducirse, dando la entrada a diferentes enfermedades. Por eso, es importante además de la higiene personal, la constante limpieza dentro del hogar (Ghazoul, 2014).

Los hábitos de alimentación y de higiene personal tienen una historia familiar definida, influenciado por el entorno sociocultural (Moreiras y Carbajal, 1992). Esto se vio en un estudio realizado por Moreno *et al.* (1996), al reportar los datos de hábitos dietéticos y de higiene personal en 376 adolescentes de una población rural en España. Menciona primero la higiene bucal, donde el porcentaje de adolescentes que se cepilla los dientes todos los días al menos una vez es mayor en el grupo de enseñanzas medias (EM) que en el de educación general básica (EGB). Enfatizando

que en los hombres es más deficiente esta práctica de higiene. Por último, el estudio de Moreno *et al.*, (1996) reportó que el 10.2% en el grupo EGB y 15.75% de EM no se lava las manos antes de cada comida y el 30.9% y 18% respectivamente no lo hace después de ir al baño.

2.4.1. Higiene del Sueño

La mala calidad del sueño puede asociarse con la obesidad mediante diversos mecanismos, como la modulación neuroendocrina del hambre y el gasto energético, por lo cual se han investigado hormonas como la grelina y el cortisol. La primera es una hormona que se sintetiza en el estómago y dentro de sus principales funciones esta generar la sensación de hambre (Zanchi *et al.*, 2017). En cambio, el cortisol es una hormona esteroidea que se producen en respuesta al estrés y es regulador en el metabolismo de la glucosa y de los lípidos, niveles altos del cortisol se asocia a una adiposidad central. Además, se ha reportado que el cortisol, junto con la grelina y la leptina, pueden alterarse en personas que tienen una privación de sueño, y aumentar su peso corporal (Geiker *et al.*, 2018). Dentro de la higiene del sueño, los pacientes estudian y practican sobre hábitos de sueño saludables y se les motiva el seguir una serie de recomendaciones para que el sueño mejore como; el evitar el consumo de cafeína, realizar ejercicio regularmente, al momento de dormir estar dentro de un ambiente sin ruido y tener un horario fijo de sueño. Según Merino-Andréu *et al.* (2016), la educación del sueño en la monoterapia no basta para el tratamiento del insomnio y es importante y necesario acompañarlo con estrategias cognitivo-conductuales. Esto ayudaría a que la higiene del sueño sea de gran influencia en el ámbito de la salud pública.

Los problemas que existen dentro de la higiene del sueño son una preocupación que va en aumento para la salud pública, aunado a que la falta de sueño se asocia con daños en la motivación, la emoción y el funcionamiento cognitivo, y con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer (Merino-Andréu *et al.*, 2016).

2.4.2. Enfermedades Gastrointestinales

Las infecciones gastrointestinales a nivel mundial son una de las causas más importantes de morbimortalidad entre los lactantes y niños. En Asia, África y Latinoamérica, la probabilidad de que un niño muera antes de los 5 años por alguna infección gastrointestinal puede llegar a 50%. Hay que tener en cuenta que esto depende también de factores socioeconómicos y nutricionales (Vila *et al.*, 2009).

Las infecciones son causadas por bacterias como *Escherichia coli*, *Salmonella* y *Shigella*, parásitos como *Giardia lamblia* y amibas, y virus como el virus Norwalk, al consumir alimentos y agua contaminados (Hernández *et al.*, 2011). De todos, los virus causan el 90% de las enfermedades infecciosas intestinales, frecuentemente por rotavirus. Éste es muy común y peligroso, ya que causa deshidratación extrema, provocando más de 114 millones de episodios de gastroenteritis cada año (Esparza-Aguilar *et al.*, 2009).

Las enfermedades gastrointestinales se encuentran en los primeros lugares como motivo principal de consultas en la población mexicana, y los adolescentes representan el 7.1% de la población (Shamah-Levy *et al.*, 2020). Las enfermedades gastrointestinales afectan a cualquier grupo social o edad, pero suele ser más común en los niños de 0 a 4 años.

2.4.3. Lavado de Manos

El lavado de manos con agua y jabón es una de las formas más útiles y ahorrativas para evitar enfermedades infecciosas, así como se mencionó anteriormente, son una de las principales causas de morbimortalidad infantil. Lavarse las manos es una forma importante de supervivencia de millones de personas, principalmente para los grupos de edad más vulnerables (Curtis y Cairncross, 2003; Fewtrell *et al.*, 2005).

Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes que perjudican la salud. Diariamente mueren miles de personas a causa de infecciones contraídas mientras reciben atención sanitaria. Por esto, la OMS solicita a todo profesional o dispensador de servicios de atención sanitaria, o a

cualquier persona que participe en la atención de un paciente, mantener la higiene en sus manos y saber cómo lavarlas correctamente (OMS, 2021c). Estas recomendaciones se dirigen a toda la población, ya que el lavado de manos puede salvar vidas.

La higiene personal en adolescentes es uno de los puntos básicos de una forma de vida sana, como la dieta, ejercicio físico y bienestar psicológico. Es un compromiso que tenemos que hacer que los adolescentes comprendan la importancia de una buena higiene personal y que conozcan los beneficios a futuro que tienen en la salud. De esta manera el que se preocupen por su bienestar, no solo ayudará a tener un mejor estilo de vida, sino a prevenir muchas enfermedades de origen infeccioso o crónico degenerativas.

2.5 Alimentación y sus Prácticas en Adolescentes

La adolescencia es una etapa en la vida donde los jóvenes empiezan a buscar su propia identidad. Uno de los primeros cambios que algunos adolescentes toman en cuenta son sus hábitos de alimentación y el estilo de vida (Lázaro *et al.*, 2018). Los principales problemas nutricionales a los que los adolescentes se enfrentan son: el consumo excesivo de alimentos procesados, consumo en lugares de comidas rápidas y adoptar de dietas no saludables. Además del alto consumo de alcohol, y los trastornos de la conducta alimentaria, son mucho más comunes de lo que parecen y es importante tratarlos (Miñana *et al.*, 2016).

La alimentación es un hábito primordial para la conservación de la vida. El desenvolvimiento de las actividades diarias de los seres humanos no se pudiera llevar a cabo sin una alimentación ya que está unida a todos los procesos vitales, condicionando su salud y su calidad de vida.

La alimentación se ha tratado desde el punto de vista biológico, en la cual predomina la explicación del consumo de alimentos y su resultado en el estado nutricional y en la salud. Dejando a un lado la comprensión de dirección que guían las prácticas, como son los significados que las personas les dan a los alimentos, a veces las personas no solo se alimentan para nutrirse, sino que existen recuerdos, momentos especiales, detrás de una comida familiar. La alimentación se ha tomado como un aspecto prioritario para la salud y la vida de los adolescentes. Se han estructurado diferentes programas de promoción e intervención para orientar a los adolescentes a formar hábitos

alimenticios saludables. En algunas de estas intervenciones se han visto éxitos parciales, ya que sobresale la ingesta de alimentos no propios, transformándose en una causa de riesgo para enfermedades por el aumento o por la disminución de nutrientes (Mahon *et al.*, 2003).

En resumen, de acuerdo con lo anteriormente mencionado podemos hipotetizar que la población de adolescentes con obesidad no se percibe como personas con exceso de peso. Además, desconocemos cómo son construidos sus hábitos de alimentación y de higiene personal que pudieran estar influyendo en problemas nutricionales y de salud en este grupo de estudio.

3. HIPÓTESIS

Los adolescentes con obesidad no tienen la percepción de que sus hábitos al comer y de higiene personal y alimentaria influyen en la obesidad e infecciones intestinales respectivamente.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Evaluar la percepción que tienen los adolescentes sobre su obesidad, los hábitos de alimentación y de higiene personal y alimentaria que influyen en el exceso de peso y la aparición de infecciones intestinales, respectivamente.

4.2 Objetivos Particulares

1. Evaluar el estado de nutrición a través de peso y talla de los adolescentes en estudio.
2. Determinar cuáles hábitos al comer, de higiene personal y alimentaria pudieran influir en el exceso de peso y la aparición de infecciones intestinales, respectivamente de los adolescentes del estudio.
3. Analizar las percepciones que tienen los adolescentes sobre su obesidad, hábitos alimentarios e infecciones intestinales.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. Diseño del Estudio

El estudio es transversal sobre la autopercepción de obesidad y hábitos al comer, de higiene personal y alimentaria en adolescentes.

5.2. Población de Estudio

5.2.1. Sujetos de Estudio y Reclutamiento

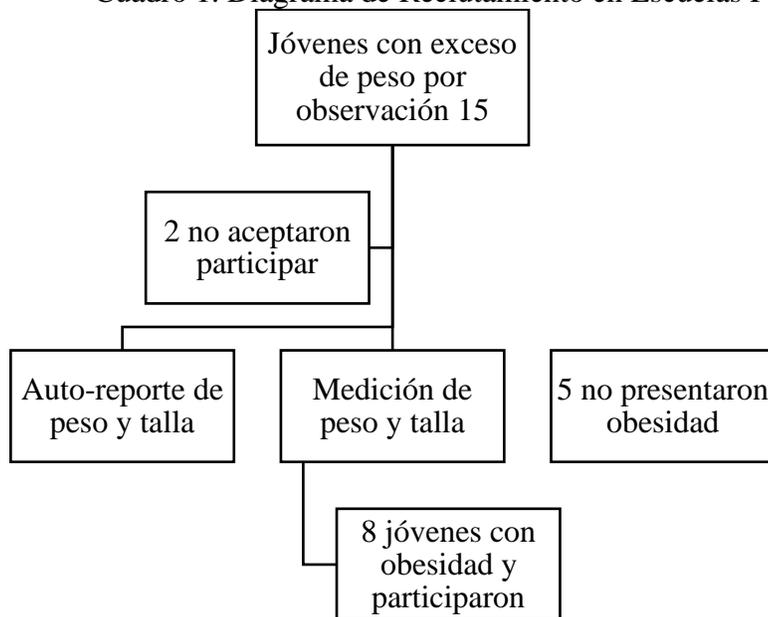
Los sujetos de estudio fueron adolescentes de 12 a 17 años con obesidad. Se visitaron a los directores de educación secundaria obligatoria (ESO) y de bachillerato públicas y privadas de Hermosillo; se les explicó los objetivos de la investigación para la autorización del acercamiento con estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión. Además, con previa autorización de los padres de familia, las autoridades escolares compartieron los números telefónicos de los tutores de los adolescentes y para su posterior visita, se les explicó los objetivos del estudio y preguntó si tenían interés en la participación de sus hijos.

5.2.2. Criterios de Inclusión y Exclusión

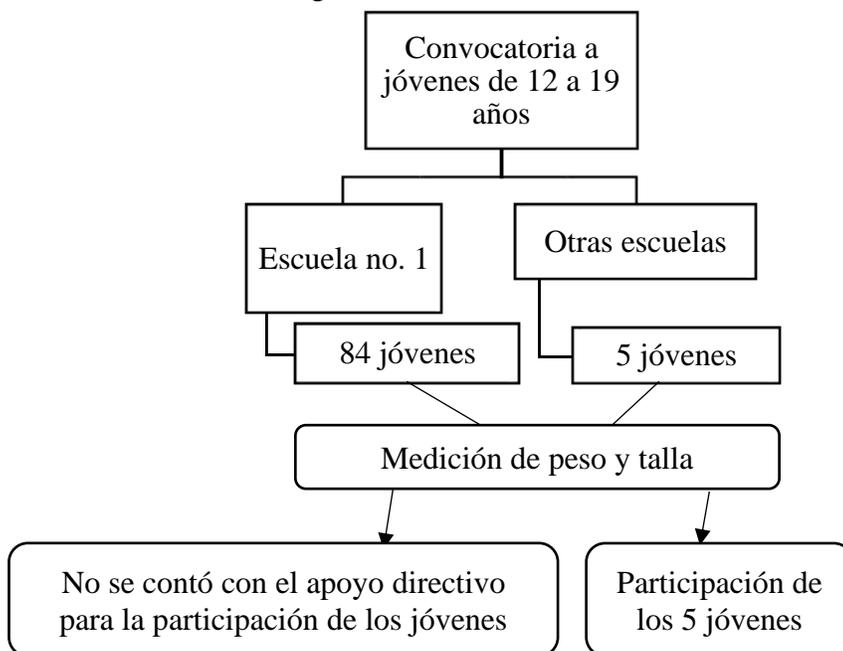
Para la selección de los adolescentes se tomó en cuenta como criterio de inclusión tener 12 – 19 años, vivir en Hermosillo, tener un IMC (kg/m^2) con obesidad según edad y sexo (Gibson, 2005), y aceptar participar de forma voluntaria. Se excluyeron adolescentes embarazadas o con patologías

que pueden afectar el peso corporal tal como desordenes hormonales (hipotiroidismo).

Cuadro 1. Diagrama de Reclutamiento en Escuelas Públicas



Cuadro 2. Diagrama de Reclutamiento en Escuelas Privadas



5.3. Recolección de los Datos

5.3.1. Estudio Antropométrico

El estado nutricional de los participantes del estudio fue obtenido por un auto-reporte a través de un breve cuestionario preguntando sobre su edad, peso y talla. Adicionalmente fue registrado con balanza y estadiómetro siguiendo las instrucciones estandarizadas (Gibson, 2005) que se describen a continuación.

Para medir adecuadamente la talla de los participantes, se les pidió a los adolescentes que se quitaran los zapatos y que se retiraran cualquier objeto que tuvieran en la cabeza que interfiriera con la medición. Después se colocaron delante del estadiómetro con los pies juntos, talones contra el estadiómetro y las rodillas rectas. Los participantes dirigieron su mirada hacia enfrente, asegurando que los ojos estuvieran a la misma altura que las orejas, de esta manera se empezó la medición y se le pidió al participante que aspire y se mantuviera lo más recto posible.

Para medir adecuadamente el peso de los participantes de estudio, se les pidió que se quitaran su calzado y se subieran a la báscula con un pie a cada lado. Los adolescentes tenían que permanecer en su lugar, con su mirada hacia adelante, manteniendo sus brazos a cada lado de su cuerpo, hasta que el evaluador les indique que pueden bajarse. Con los datos de peso y la talla se obtuvo el IMC (Gibson, 2005).

El IMC se calcula con el peso de una persona en kilogramos dividido entre la estatura en metros, elevada al cuadrado. Se utiliza para la clasificación del estado nutricional de las personas como bajo peso, peso saludable, sobrepeso y obesidad (OMS, 2021). El IMC se interpretó utilizando la clasificación de la Organización Mundial de la Salud 2007 según edad y sexo para jóvenes entre los 12 y 19 años (Cuadro 1 y 2) (OMS, 2022)

Cuadro 3. Tabla de Índice de Masa Corporal para Adolescentes Mujeres.

| Edad (años) | Bajo peso | Normal | Sobrepeso | Obesidad |
|--------------------|------------------|---------------|------------------|-----------------|
| 10 | 12.4 – 13.4 | 13.5 – 19.0 | 19.1 – 22.6 | 22.7 o más |
| 11 | 12.7 – 13.8 | 13.9 – 19.9 | 20.0 – 23.7 | 23.8 o más |
| 12 | 13.2 – 14.3 | 14.4 – 20.8 | 20.9 – 25.0 | 25.1 o más |
| 13 | 13.6 – 14.8 | 14.9 – 21.8 | 21.9 – 26.2 | 26.3 o más |
| 14 | 14.0 – 15.3 | 15.4 – 22.7 | 22.8 – 27.3 | 27.4 o más |
| 15 | 14.4 – 15.8 | 15.9 – 23.5 | 23.6 – 28.2 | 28.3 o más |
| 16 | 14.6 – 16.1 | 16.2 – 24.1 | 24.2 – 28.9 | 29.0 o más |
| 17 | 14.7 – 16.3 | 16.4 – 24.5 | 24.6 – 29.3 | 29.4 o más |
| 18 | 14.7 – 16.3 | 16.4 – 24.8 | 24.9 – 29.5 | 29.6 o más |
| 19 | 14.7 – 16.4 | 16.5 – 25.0 | 25.1 – 29.7 | 29.8 o más |

Cuadro 4. Tabla de Índice de Masa Corporal para Adolescentes Hombres.

| Edad (años) | Bajo peso | Normal | Sobrepeso | Obesidad |
|--------------------|------------------|---------------|------------------|-----------------|
| 10 | 12.8 – 13.6 | 13.7 – 18.5 | 18.6 – 21.4 | 21.5 o más |
| 11 | 13.1 – 14.0 | 14.1 – 19.2 | 19.3 – 22.5 | 22.6 o más |
| 12 | 13.4 – 14.4 | 14.5 – 19.9 | 20.0 – 23.6 | 23.7 o más |
| 13 | 13.8 – 14.8 | 14.9 – 20.8 | 20.9 – 24.8 | 24.9 o más |
| 14 | 14.3 – 15.4 | 15.5 – 21.8 | 21.9 – 25.9 | 26.0 o más |
| 15 | 14.7 – 15.9 | 16.0 – 22.7 | 22.8 – 27.0 | 27.1 o más |
| 16 | 15.1 – 16.4 | 16.5 – 23.5 | 23.6 – 27.9 | 28.0 o más |
| 17 | 15.4 – 16.8 | 16.9 – 24.3 | 24.4 – 28.6 | 28.7 o más |
| 18 | 15.7 – 17.2 | 17.3 – 24.9 | 25.0 – 29.2 | 29.3 o más |
| 19 | 15.9 – 17.5 | 17.6 – 25.4 | 25.6 – 29.7 | 29.8 o más |

5.3.2. Hábitos al Comer y de Higiene Personal y Alimentaria

Para conocer qué hábitos al comer y de higiene personal y alimentaria tienen los participantes se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas, donde se les preguntó lo siguiente: ¿qué comen?, ¿qué comen/toman entre comida, en la calle, con su familia, con los amigos, en las fiestas y cuando cursan por diferentes estados emocionales?

También se les preguntó qué significado tiene para los participantes del estudio y qué entienden

por higiene. Además, si relacionaban el llevar buenas prácticas de higiene personal como una medida de prevención de enfermedades y de qué tipo; si perciben como un riesgo el comer sin lavarse las manos, y si perciben a las frutas y verduras que se consumen en la calle como algún riesgo en la salud. Por otro lado, se les entregó un diario para que registraran durante 10 días su consumo de alimentos y bebidas, para conocer sus prácticas alimentarias y consumo de alimentos altos en carbohidratos, grasas y azúcares.

Las entrevistas estuvieron conformadas por preguntas abiertas para conocer cómo percibe el adolescente su peso corporal y la obesidad, motivando a los participantes a expresar libremente sus opiniones. Las entrevistas se realizaron en el lugar que ellos eligieron, un área que presente un ambiente de confianza y cordialidad, que permitirá a los adolescentes expresarse con libertad, todas las entrevistas fueron grabadas previa autorización a través del consentimiento informado de los participantes de este estudio (ver anexos 1).

Por último, las percepciones se obtuvieron utilizando el análisis de contenido temático, que tiene como objetivo presentar los elementos clave de lo que cuentan los participantes y el enfoque sobre significados y entendimiento, empleando un análisis narrativo para describir las historias que cuentan sobre sus experiencias (Green y Thorogood, 2018). Estos datos serán presentados de manera descriptiva.

5.4. Consideraciones Éticas

El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del CIAD, previo al inicio de esta investigación. En el caso de los menores de edad, los padres firmaron la carta de consentimiento informado, mientras que los de 18-19 años ellos mismos la firmaron, en caso de estar de acuerdo en participar en el estudio.

El consentimiento informado, detalla los objetivos del estudio, la confidencialidad y privacidad de la información, así como el derecho de retirarse en cualquier momento del estudio. Contiene también los beneficios y posibles riesgos potenciales por participar.

5.5. Análisis de Datos

Para el análisis y el entendimiento de las percepciones tanto de obesidad como de hábitos al comer e higiene personal, alimentaria e infecciones intestinales en los adolescentes, se escucharon las grabaciones y se volvieron a leer notas que se hayan obtenido en el estudio de campo o transcripciones. A su vez para conocer los hábitos de alimentación de los adolescentes, se analizaron los diarios de alimentos y bebidas. Con el fin de realizar una sistematización, clasificación, reflexión y análisis de la información.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio incluyen la participación de 13 adolescentes: diez mujeres y tres hombres, con edades entre los 12 y 17 años. Cuatro adolescentes cursaban la secundaria y nueve la preparatoria. Ocho jóvenes asistían a escuelas públicas y cinco a escuelas privadas, en Hermosillo, Sonora. Adicionalmente, se contó con la participación de las madres de los jóvenes. Los resultados se presentan de acuerdo con los objetivos planteados. Toda la información de campo fue organizada, sistematizada y clasificada, utilizando el análisis de contenido temático, resaltando los puntos importantes para esta investigación.

La numeración en superíndice que aparecen en esta sección son frases extraídas de los discursos de cada uno de los participantes, para los cuales se estableció un pseudónimo para ellos y que aparecen en el anexo 10.3.

6.1. Estado Nutricio de los Adolescentes

Evaluar el estado nutricional de un individuo o grupos poblacionales implica la interpretación de información proveniente de estudios dietarios, laboratorios, signos clínicos y antropométricos (Gibson, 2005). Para esta investigación, se utilizó el antropométrico a través del registro de peso, talla, edad y sexo por autoreporte, pero también tomando las mediciones siguiendo el protocolo estandarizado. Además, los participantes registraron el consumo diario empleando un diario de alimentos y bebidas por diez días. La información de cada uno de estos estudios se presenta en diferentes apartados para dar respuesta a cada uno de los objetivos.

6.1.1. Estudio Antropométrico

Todos los adolescentes clasificaron en algún grado de obesidad, requisito establecido como criterio

de inclusión para participar en este trabajo. El IMC para mujeres y hombres estuvo entre 28.3 a 35.4 y 30.9 a 35.6 kg/m², respectivamente.

6.2. Hábitos de Alimentación: Gustos, Preferencias y Emociones

Dentro de los factores que afectan el estado nutricional de las personas se encuentran los hábitos de alimentación. Estos son desarrollados con el tiempo y relacionados con diversas condiciones y situaciones de tal forma que la elección de los alimentos responde a ciertas preguntas como al qué, cómo, cuándo, con quién son consumidos. Los participantes registraron en el Diario de Alimentos y Bebidas todos los alimentos consumidos, bebidas tomadas, ubicación, estado de ánimo y compañía al momento de consumirlas. Los adolescentes consumieron una gran diversidad de alimentos y bebidas ultraprocesadas como: botanas con picante, galletas, pastelitos comerciales, refrescos, jugos envasados; alimentos altos en carbohidratos, por ejemplo refrescos, jugos, té, malteadas, galletas, pizza, hot-dog, hamburguesa con papas fritas, pastas instantáneas tipo ramen, repostería, sushi; y alimentos altos en grasas/comidas rápidas, tales como: pizzas, tortillas de harina, comida china, quesos altos en grasa en forma de quesadillas, chorizo, boneless (trozos de pechuga de pollo empanizado y frito) y mantequilla de maní. El gran consumo de estos alimentos ultraprocesados registrado por los adolescentes fue en “juntadas” o reuniones con los amigos: *“Voy a comer comida chatarra. ¿Ni modo que nos juntemos para comer cosas saludables?”*¹. Esta expresión es parte del discurso para justificar estos hábitos en el marco de la convivencia y cultura entre amigos. Esto coincide con lo reportado por Miñana *et al.* (2016), donde menciona que los principales problemas nutricionales que enfrentan los adolescentes son: el consumo excesivo de alimentos procesados, consumo en lugares de comidas rápidas y el consumo de dietas no saludables que abonan en la obesidad de los jóvenes. Además, los adolescentes están en un constante desarrollo personal, creando significados y valores únicos y también a la hora de elegir los alimentos ganan las cualidades sensoriales, psicosociales y culturales, más que lo que el alimento pueda aportar o nutrir (Buckroyd y Rother, 2008; Contreras y Arniz, 2005).

También se identificó que los jóvenes entre semana consumen sus alimentos en casa, solos o en compañía de hermanos, personal de servicio y abuelos; pero durante el fin de semana éstos son

compartidos con sus padres o amigos. Este aparente cambio de compañía al comer daría la impresión de que se mostraría en el tipo de alimentos consumidos; sin embargo, también registraron el consumo de comida rápida ordenada a domicilio, que ya era costumbre y por la pandemia por COVID-19 la reforzaron.

Dentro de los múltiples factores socioculturales de la alimentación se encuentran el de satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo, además de que los alimentos son utilizados para enfrentar el estrés psicológico o emocional de diverso origen, así como una forma de expresión de sentimientos morales (Contreras y Arniz, 2005). Al respecto, estos adolescentes tuvieron diferentes estados de ánimo dependiendo de la compañía y donde comían. Las principales emociones fueron estar felices, seguros, cansados, con sueño, sentir culpa y tristeza. La culpa y tristeza al consumir ciertos alimentos, estuvo relacionada con la forma en que son juzgados por sus familiares: *“Siempre cuando visitaba a mi abuela me servía muy poca comida porque pues me decía que era una persona con sobrepeso. Me inculcó mucho miedo y mucha inseguridad, al punto de dejar de ir a su casa porque me daba vergüenza que ella me viera y me juzgara”*². Por otro lado, la felicidad y seguridad fueron relacionadas al comer en compañía, ya que podían entablar una conservación y disfrutar aún más de los alimentos, pero también al comer solos, ya que podían elegir libremente qué y cuánto comer durante el día, sin necesidad de que hubiera un control por parte de algún familiar. Este control de la alimentación por parte de algún miembro de la familia, de manera particular el de las madres (y más si trabaja fuera del hogar), va disminuyendo conforme los jóvenes crecen. Ellos empiezan a tener más libertades a la hora de elegir sus alimentos, formando nuevos hábitos o reforzando los de sus familiares. Además, esta libertad se va permeando a otros aspectos de sus vidas que también tienen que ver con su salud, como son los hábitos de higiene e higiene personal.

6.3. Higiene e Higiene Personal

El concepto de higiene aborda los cuidados, prácticas o técnicas empleadas para la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades; por extensión, higiene se relaciona con la limpieza y aseo de viviendas y lugares públicos. Sin embargo, el concepto de la biomedicina sistematiza su práctica con el objetivo de evitar enfermedades producto de condiciones insalubres. Al respecto,

los adolescentes del estudio definieron higiene como el cuidado general del cuerpo, el ser limpio, el poderse cuidar solos, el bañarse diariamente, el cuidar la limpieza de los dientes junto con la limpieza y el cuidado de la cara, evitando consumir alimentos que propician el acné y comiendo saludablemente. Es notable, que ningún joven relacionó este concepto con las condiciones de limpieza de los lugares privados o públicos en los cuales se desenvuelven; de manera directa asumen que el concepto de higiene se refiere exclusivamente al de higiene personal.

Al abordar el tema de higiene personal, la mayoría de los jóvenes cuidan su higiene personal bañándose y lavándose los dientes todos los días. Otros adolescentes incluyeron otros hábitos según su condición de salud y hábitos de higiene personal: *“Uso lentes de contacto, entonces soy muy limpia. Además, a mí siempre me gusta oler bien. Siempre me pongo perfume y así siento que tengo una buena imagen e higiene personal”*³, mientras que otros refieren: *“yo puedo durar hasta 3 días sin bañarme la verdad <<se ríe con tono de burla>>. ¿Cuándo estoy en mi casa quién me va a oler?”*¹. Para algunos jóvenes tener una buena imagen es igual a una buena higiene personal, mientras que para otros no es relevante hasta que despiertan los sentidos sensoriales de otras personas. Los adolescentes tienen un conocimiento amplio sobre la higiene personal, sin embargo, las prácticas que utilizan para el cuidado de esta se encuentran limitadas.

Actualmente, el concepto de higiene ha evolucionado a tal punto que es aplicable para muchos ámbitos de la vida humana. La higiene personal además de tratar sobre prevención de enfermedades y mantenerse saludable, requiere de la suma de elementos de un estilo de vida saludable como son el cuidado de la dieta, realizar ejercicio físico y la salud mental, así como la higiene del sueño que ninguno de los jóvenes lo relacionó con la higiene personal.

6.3.1. Higiene del Sueño

La higiene del sueño se refiere a las prácticas que permiten asegurar un descanso mayor y efectivo para el rendimiento diario, además de prevenir ciertos trastornos del sueño y enfermedades metabólicas. Los jóvenes a lo largo de la entrevista mencionaron dormir entre 8 y 9 h, otros entre 4 y 5 h diarias. Es importante mencionar que el trabajo de campo fue realizado durante el confinamiento por la pandemia por COVID-19 y algunos de los adolescentes aún tomaban clases

en línea, lo que les permitió trasladar sus horas de sueño a otras actividades y por ello dormir menos o bien, iniciar su descanso en la madrugada (2 am) y levantarse cerca del mediodía.

Por otro lado, los adolescentes refirieron que la higiene del sueño no puede relacionarse con la salud, expresándolo de la siguiente manera: *“No sé la verdad. Nunca he visto a la gente afectada por su forma de dormir”*⁴; *“según yo no, pero si te desvelas pues creo que sí. O sea, pero si duermes las 8 horas ahí está confuso”*⁵. Aquí se observó que no existe un conocimiento de cómo la higiene del sueño puede influir en el exceso de peso de los jóvenes. La higiene del sueño en general para ellos no existe o mostraron indiferencia ante este tema. El dormir para los jóvenes es descansar y la higiene es otro punto totalmente diferente. Solo el dormirse “sucio” pudieran relacionarlo con la higiene del sueño y la salud. Sin embargo, en el análisis de los discursos se encontró que no dormir suficiente puede desarrollar depresión y ansiedad y por consecuencia tener antojos en las noches y tener preferencia por alimentos azucarados: *“Es por eso por lo que yo empecé con los antojos. Pues estar despierto tan tarde empiezan mis horas de ocio”*². Los antojos se convierten en atracones, seguidos por ayunos prolongados, terminando en un círculo vicioso que influyen para subir de peso.

Al respecto, se tiene el estudio de Spiegel *et al.* (2011), donde reportaron que a jóvenes sanos se les privó del sueño, por solo cinco días (dormir 4 horas) y como resultado se tuvo un aumento en los niveles de grelina, hormona estimulante del apetito, y una disminución en los niveles de leptina, que induce la saciedad. Además, los cambios en estas hormonas que regulan el apetito se reflejaron con mayor sensación de hambre en los participantes privados del sueño y la preferencia de consumir alimentos altos en carbohidratos y grasas. Sin intentar poner toda la responsabilidad del exceso de peso sobre los hombros de los jóvenes de este estudio, queda manifiesto el desconocimiento, la poca atención o relación que hacen nuestros participantes a las horas de sueño y que esto puede desencadenar enfermedades metabólicas medidas por una alteración del apetito, como la obesidad, entre otras. Además, el cuidado del sueño ayudaría a tener energía para realizar ejercicio en caso de que quisieran dedicarla a esta actividad, que sirve para mejorar la salud y evitar un aumento en el peso.

6.3.2. Hábito del Ejercicio como Parte de la Higiene Personal

El ejercicio es cualquier actividad física que mejora y mantiene la salud del corazón, el cuerpo y la mente, además de asegurar el crecimiento y el desarrollo saludable de los jóvenes. En sí, la actividad física mejora el bienestar en general (OMS, 2020). Los adolescentes reportan el ejercicio físico como parte de una rutina diaria. La mayoría de los adolescentes realizan ejercicios como practicar fútbol, ir al gimnasio, hacer crossfit, y realizar rutinas de ejercicio en casa como levantamiento de pesas, saltar la cuerda y bailar. Aún mencionando estas actividades también comentaron no hacerlo todos los días, ya que existían obstáculos que afectaban las decisiones para hacerlo. Entre los impedimentos que mencionaron para la creación del hábito del ejercicio está el **mentalizarse**: *“Me tengo que mentalizar. Tengo que pensar seriamente lo que tengo que hacer, pero en mi mente dice vamos a hacerlo. Pasan 3 días lo hago, sigo una rutina todo bien y ya después digo, ayyy es que me da flojera. Y no regreso a hacer ejercicio, hasta que llega un día en el que ya no me gusta como estoy y empiezo con lo mismo”*⁶. Otras trabas mencionadas fueron **la falta de condición física** al iniciar rutinas de ejercicios manifestada por la falta de respiración o sentirse cansados. También resultaron más atractivas **las actividades lúdicas** como pasar tiempo frente a las pantallas, como la computadora, el móvil, la televisión; así como preferir salir con los amigos, o visitar a familiares que hacer ejercicio. Saben que es importante para mejorar la salud física y mental, desde el discurso teórico de la salud y nutrición, pero reconocen que es un hábito que no pueden tener a corto o a largo plazo, por los obstáculos anteriormente mencionados. Hacer ejercicio en este momento no es una actividad recreativa que les proporcione placer y desarrollo de la personalidad. Lo ven como obligatorio si desean salud, pero como se verá más adelante el exceso de peso no lo relacionan con esto, y mejor se decantan por actividades lúdicas que requieran menor esfuerzo físico, en el cual el gasto energético por movimiento es bajo y por tanto contribuye a la ganancia de peso adicional. Además del ejercicio como parte de una buena higiene personal, los jóvenes desconocieron el lavado de manos como punto importante, para la prevención de enfermedades.

6.3.3. Lavado de Manos

Uno de los hábitos de higiene que más se ha promovido en el mundo es el lavado de manos, como punto clave de una cultura en el autocuidado y prevención (OPS, 2021b). Al profundizar sobre este tema con los voluntarios, todos refieren saber que el lavado de manos ayuda a prevenir enfermedades. Reconocen y entienden la importancia del lavado de manos y, además, mencionaron realizar esta práctica todos los días. Sin embargo, se encontraron ciertas particularidades. Mencionaron no hacerlo a la hora de cenar cuando no están en casa por sentir pereza de lavarse las manos en otro lugar, o lavarse las manos solo después de ir al baño. Además, refrenan de lavarse las manos por desconocimiento de la importancia de hacerlo antes de ir al baño, o como refirió otro participante: *“de todas formas me las voy a ensuciar después”*⁵. Este tipo de conocimientos sobre el lavado de manos al mencionar que es solo importante antes de comer y después de ir al baño, tiene sentido según las percepciones de riesgo que van desarrollando los adolescentes de relacionarlo o no, con el padecer ciertas enfermedades.

Por otro lado, el conocimiento que tienen los adolescentes sobre el lavado de manos como la prevención de enfermedades se vio limitado, cuando varios adolescentes refirieron no saber por el momento qué enfermedades se pueden evitar con esta práctica. Otros adolescentes lo relacionaron con enfermedades como el COVID-19, la gripe o el resfriado; en cambio, hubo casos en donde los adolescentes no conocían ninguna enfermedad, simplemente se expresaban de la siguiente manera: *“Me han dicho que es importante lavarse las manos porque se quedan muchas bacterias ahí y necesitamos eliminarlas, como enfermedades infecciosas que se pueden transmitir por un beso en la mejilla o un estornudo”*⁷. Además, esta la siguiente respuesta: *“sí, por ejemplo, no sé si sea verdad, pero leí que... una persona se había mordido mucho las uñas y pues no sé si en las uñas se almacenan muchas bacterias que desarrolló muchas enfermedades en el estómago y no sé si exista un cáncer de uñas o algo así”*¹⁴. Los jóvenes mencionaron lavarse las manos entre 5 y 11 veces, esto por contar las veces que comen en el día y también incluyen las veces que van al baño, aunque algunos mencionaron que cuando entran al baño en su escuela, no suelen lavarse las manos por pereza o simplemente no les daban ganas. La mayor frecuencia de lavado de manos fue motivada porque sentían que sus manos ya habían tocado muchos objetos dentro o fuera de casa. Tenían las ganas de lavarse las manos por el simple hecho de que se sentían limpios y seguros. La

diversidad de respuestas, desde el deber ser de una acción sencilla, como es el lavarse las manos hasta solo mencionar enfermedades respiratorias y el COVID-19, e inferir un diagnóstico de cáncer provocado por tener las uñas sucias, da idea de la poca asociación que hacen entre tener las manos limpias a la hora de comer como medida preventiva de infecciones intestinales, entre otras.

6.4. Higiene Alimentaria

6.4.1. Lavado de Alimentos

Una de las principales vías de entrada de microorganismos al cuerpo es a través de los alimentos contaminados. El lavado de alimentos o la higiene en los alimentos es una actividad que se realiza en los hogares de los adolescentes. Mencionaron limpiar antes de su consumo solo las frutas y las verduras, práctica que en su mayoría es realizada por las madres de los jóvenes por conocer mejor las maneras de como desinfectar los alimentos. Además, comentaron que desde antes de la pandemia por el COVID-19 sus madres ya lavaban las frutas y las verduras antes de cada consumo. La única diferencia que refirieron es que ahora también limpian sus alimentos antes de guardarlos en el frigorífico. Para esta actividad, sus madres utilizan agua y jabón para los trastes y aerosoles. Cuando el lavado de los alimentos es realizado por alguno de los jóvenes lo refieren de la siguiente manera: *“Lavo las verduras cuando tengo que picarlas, las frutas cuando me las voy a comer. No lavo ningún tipo de carnes, no se si sea algo malo, pero no lo hago. Al pollo sí le paso con agua, pero no sé si eso está bien”*⁶.

La mayoría de los jóvenes conocen que es importante el lavar los alimentos, pero no conocen el por qué. También se encontró cierta diferenciación por edad al poner en práctica esta actividad ya que los adolescentes que se encuentran entre los 12 y 15 años refirieron que son las madres las únicas responsables del lavado de los alimentos, mientras que en los de edad mayor (17 años), los limpian antes de consumirlos. Ninguno de los jóvenes mencionó o relacionó que esta práctica que la mayoría de las madres realiza es para prevenir posibles contaminaciones en los alimentos y evitar infecciones transmitidas por los mismos. Solo lo relacionaron con una higiene dentro del hogar, no

como medida preventiva de infecciones intestinales. Infecciones intestinales recurrentes pueden ocasionar disbiosis que es producto de un desequilibrio en la flora intestinal, causado por componentes ambientales como la dieta, toxinas, patógenos (Carding *et al.*, 2015) y endotoxemia, término que se refiere a las manifestaciones clínicas que se relacionan con una reacción inflamatoria (Moore y Barton, 2003), interviniendo como componentes inflamatorios que se han asociado con el desarrollo de resistencia a la insulina y el incremento del peso corporal.

6.5. Percepción Corporal y de Salud

Una percepción equivocada del peso corporal hace referencia a la distorsión entre el peso real que tiene un individuo y la percepción de su estado de salud. La percepción que se tenga ante el peso puede influir o no en los comportamientos saludables que las personas adoptan (Pasch *et al.*, 2011). La autopercepción del peso de los adolescentes se vio subestimada entre los tres hasta 20 kilogramos. Esto coincide con lo reportado por Martínez-Aguilar *et al.* (2010), donde menciona que adolescentes con obesidad en Tamaulipas, México tendieron a subestimar su peso, información obtenida a través de una entrevista semiestructurada. Por otra parte, hubo adolescentes que sobreestimaron entre los cinco hasta los ocho y medio kilogramos su peso. Otros participantes no conocían o decían no conocer su peso. Dentro del conocimiento que tenían los adolescentes acerca de su peso, solamente uno de ellos mencionó los kilogramos que realmente pesaba. En los jóvenes se identificó sentir temor al expresar el conocimiento que tenían hacia su peso, parece que el hablar del peso entre los adolescentes no es algo común ya que se sienten juzgados en este caso por ser jóvenes con exceso de peso. El estigma y estereotipos negativos que caen sobre las personas con obesidad están ampliamente permeados en la sociedad y son dañinos para la salud, la dignidad, derechos humanos y calidad de vida de estas personas (Bombak, 2014). Estos jóvenes están expuestos a estas presiones y sus consecuencias, presiones que llegan desde el círculo familiar, de sus amistades, el contexto escolar, reduciendo la etiología de la obesidad a un modelo de causa y efecto en referencia al balance de energía, cuando la etiología es multifactorial y multinivel. Por otro lado, algunos prefieren invisibilizarse, probablemente porque las presiones de su entorno los han rebasado: *“La verdad no le doy importancia a mi peso, o sea cómo le explico, no es algo*

que yo pienso la verdad”⁴. Es importante destacar que, a pesar de la diversidad en el autoreporte de su peso y talla, ninguno de los adolescentes se refiere a ellos mismos como personas con obesidad durante todo el tiempo de la entrevista. En cuanto a la percepción de la talla, mencionaron una talla que osciló entre 2 a 5 cm más alta que al medirlos de forma estandarizada, y finalmente una talla baja fue percibida como un aspecto relacionado con obesidad.

6.5.1. Percepción del Estado de Salud

La percepción del estado de salud, el peso y la imagen corporal, pueden influir en el estilo de vida de las personas, haciendo que perciban o no algún riesgo en su salud (Harris *et al.*, 2008). Los adolescentes en general se definen como personas saludables porque lo relacionan con la realización de algún tipo de actividad física, ir con el psicólogo o el reconocer sus sentimientos y cuidar su salud mental, tener el hábito de tomar agua y no enfermarse tan seguido. También, algunos jóvenes perciben su obesidad, pero con conceptos como tener exceso de peso o estar “llenito”, omitiendo el concepto de obesidad (unida regularmente al riesgo de alguna enfermedad), que es lo que influye para considerarse como personas saludables. Uno de ellos va más lejos al llevar un registro de indicadores bioquímicos en sangre cada seis meses y dado que sus resultados están dentro de los rangos normales es interpretado y se clasifica como una persona saludable sin importar su peso corporal. Refiere que tener exceso de peso no significa que automáticamente se convierta en una persona enferma, agregando que “*existen personas delgadas con muchos problemas de salud*”⁷. En el otro extremo se encontraron casos con evidencia física de resistencia a la insulina diagnosticada por médicos. No obstante, después del diagnóstico, no se ha realizado ninguna modificación en el estilo de vida de los voluntarios.

Los participantes que no se consideraron personas sanas, lo relacionaban con tener una estatura baja, que esto acentuaba el exceso de peso y es el motivo por el cual presentan insatisfacción y se perciben como personas no sanas. Por otro lado, algunos vinculan ser personas no saludables desde lo tradicional como tener dolores en el cuerpo (rodillas, espalda), falta de respiración que les impide realizar ejercicio, movimientos hormonales o de higiene personal propios de la edad como presentar acné, hasta hábitos de alimentación como el comer alimentos chatarra. También

encontramos que los adolescentes emplean la clasificación “medio sana” con referencia a cuando tratan de llevar una dieta balanceada de acuerdo con su conocimiento por temporadas, pero fracasar en el intento ya que ganan el gusto y las preferencias por alimentos hipercalóricos (Buckroyd y Rother, 2008; Contreras y Arniz, 2005; Paolicchi, 2005). Por último, se identificaron como personas saludables, por una variedad de indicadores que van desde los emocionales hasta los físicos: *“Creo que sí, pues siento que personalmente soy una persona feliz, acompañada, amada y físicamente pues si muevo mi cuerpo, hago ejercicio y trato de comer lo más saludable que se pueda”*³. Esta descripción de persona saludable nos hace recordar que la salud también se basa en un bienestar mental, y al parecer dentro de las respuestas que dieron los jóvenes el cuidar de su salud mental es primordial en este grupo de edad.

Los jóvenes que se percibieron saludables, hacen sus propias asociaciones con el concepto de salud, relacionándolo con hábitos de alimentación, de higiene personal y emocional. No perciben que su exceso de peso con el tiempo afectará su salud, mientras que algunos ya padecen dolores que les impide llevar una vida más activa. Además, los participantes que se percibieron como personas saludables, tienen una red de apoyo más amplia manifestada como una mejor comunicación dentro del hogar, y son menos juzgados o no reciben comentarios negativos.

6.5.2. Percepción de la Palabra Salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Los adolescentes perciben que la salud en general conlleva el cuidado emocional, físico y social, y suman el comer saludablemente y el tener una buena higiene personal, como el lavado de manos, del cuerpo y dientes. También perciben la palabra salud como el sentirse bien consigo mismo, no enfermarse, y tener un bienestar completo. Cuando hablaron de salud mental mencionaron: *“Mentalmente cuando piensas mal de ti, o tener ansiedad o demasiado estrés, es malo para la salud”*⁸; también el acudir con un profesional de la salud mental tal como lo refiere otro participante: *“Yo trato de cuidar de mi salud cuando voy con el psicólogo. Creo que sería lo único que hago para cuidar mi salud”*². Mientras que otro menciona la salud mental junto con un

metabolismo sano, de la siguiente manera: *“No siempre un cuerpo flaco es un cuerpo sano, sería más bien (cuidar) tu colesterol, la obesidad, y tu mente, porque la salud mental también es importante”*¹. Mencionaron frecuentemente durante las entrevistas que un cuerpo “gordo” no significa que automáticamente esté enfermo, ni que, un cuerpo delgado por regla sea un cuerpo saludable. Es destacado este argumento ya que hace referencia a que la salud metabólica no depende únicamente del peso. Sin embargo, en su discurso también aparecen frases que revalidan el modelo hegemónico de la biomedicina o de la nutrición permeado en la sociedad tales como: *“Estar en tu peso ideal y así, por eso es importante mantenerse saludable, para no desarrollar enfermedades”*⁷. Revelando que están en una lucha diaria entre lo que sienten, piensan y el discurso biomédico y nutricional que argumenta que la etiología de la obesidad es reducida al modelo de causalidad del equilibrio energético que expresa de manera limitada las trayectorias del aumento de peso (Gard y Wright, 2005).

La pérdida de la salud fue referida en diferentes dimensiones desde emocionales (diagnóstico de depresión, ansiedad), alimentarias (baja calidad en los alimentos que consumen), hábitos de higiene personal (no lavado de manos) y malos patrones de sueño afectando los horarios de alimentación. Además, mencionaron que el tener obesidad es perder su salud. Hay que destacar que los jóvenes están conscientes de los efectos dañinos a la salud que puede causar la obesidad cuando ellos mismos la padecen; es decir, los adolescentes no perciben su condición como enfermedad y por eso no le atribuyen consecuencias negativas para su salud. Podemos resaltar que estos jóvenes tienen el conocimiento de cómo cuidar o conservar la salud, pero no reconocen la gravedad de los riesgos que implica su obesidad. Adicionalmente, en el discurso de estos jóvenes con obesidad se puede observar la estigmatización y estereotipación de la obesidad en las familias y sociedad que los rodea, sobre todo para aquellos que están y se sienten bien física y emocionalmente.

6.5.3. Percepción y Aceptación de la Imagen Corporal

De acuerdo con Raich *et al.* (1996), la imagen corporal es un constructo que involucra lo que el individuo piensa, siente y como se percibe y actúa en relación con su cuerpo. Con respecto a la percepción y aceptación de la imagen corporal encontramos diferencias entre mujeres y hombres,

las mujeres tienen una dependencia en los comentarios externos hacia su físico que influyen en sus estados de ánimo y al cómo se ven a ellas mismas frente al espejo. Existe también una aceptación sólo a ciertas partes de su cuerpo (piel, ojos, cabello, piernas). En algunas adolescentes hay una aceptación acerca de su físico, dado al contexto en el que viven por los comentarios positivos que reciben dentro del hogar y las influencias sociales (ejemplo “influencers”) donde les mencionan que tienen que amarse tal y como son, pero a pesar de ello auto cuestionan su físico, pensando si realmente es “bonito” tener un cuerpo con exceso de peso.

También se encontró un total desagrado hacia su imagen corporal, reforzado por sí mismas o su entorno familiar: *“Es una inseguridad que siempre he tenido, y desde que tenía 8 años siempre hice dietas, y siempre me restringí. Entonces siento que es como un “castigo” el ser gorda. Entre más intento cuidarme, más se me antojan las cosas, entonces siempre me privaba demasiado. Llegó un punto en el que me cansé y ahora por comer tanto, pues estoy como estoy”*². La aceptación de su imagen corporal en algunos adolescentes se ve influenciada dependiendo del tipo de comentarios hacia su apariencia. Por otro lado, al explorar este tema con los hombres comentaron que al iniciar rutinas de ejercicios tales como levantamiento de pesas y cardio notaron cambios físicos tales como el marcado de ciertos músculos trabajados que los llevaron a aceptar parte de su cuerpo, como por ejemplo los bíceps. También se presentó la indiferencia hacia la imagen corporal.

Algunos participantes pensaron en bajar de peso, por comentarios que recibían por parte de sus familiares: *“Tengo una presión por parte de mi mamá, porque siempre me dice que tengo que comer saludable. Eso es un punto bueno de ella, pero aun así es una presión para mí”*⁶. Esto coincide con lo reportado por Borja y Rodríguez (2012), ya que mencionan que la familia es una parte importante para que los jóvenes empiecen a percibir de cierta forma su cuerpo, a lo que refiere también que las madres tienen el primer lugar en ejercer presión a sus hijos sobre todos a las mujeres para bajar de peso. Se identificó que se ha inculcado miedo e inseguridad en algunos adolescentes al momento de consumir alimentos. Por un lado, es entendible la preocupación de la familia, pero por otro lado es un ambiente tóxico para el adolescente: *“Siempre me decían que yo estaba gorda y por eso me servían menos comida”*², por tener kilos extras. Por otro parte, algunos de los adolescentes mencionaron que han pensado bajar de peso por salud mental y física, mientras que hay adolescentes que no han considerado bajar de peso, manifestando lo siguiente: *“En mi familia nunca nos han criado con vergüenza o sentir pena por nuestros cuerpos, todo lo contrario. Tienes que cuidar tu cuerpo, seas delgada, gordita, chaparrita, etc. Uno siempre tiene que estar*

cuidándose porque lo que está en el exterior no es lo mismo a lo que está en el interior"¹.

El ambiente escolar es un espacio donde históricamente se ha practicado el acoso hacia los estudiantes con obesidad: *"Por acoso escolar en la escuela, me hacían comentarios sobre mi cuerpo y llegaron a agredirme físicamente"*¹¹; *"En la escuela se burlan de mí por ser la única con exceso de peso"*⁶. Esto coincide con lo reportado por Bautista-Díaz *et al.* (2019), donde encontró que la familia y el ambiente escolar, son contextos en los que uno esperaría comprensión y apoyo, pero son ambientes donde se promueve y se acepta diariamente la discriminación por la condición corporal.

Los adolescentes de nuestro estudio que no tienen una cierta aceptación por su cuerpo o imagen corporal han tenido pensamientos de querer bajar de peso. Unos mencionan que tienen que mentalizarse primero que realmente quieren bajar de peso y así poder buscar ayuda con profesionales de la salud. Dentro de la diversidad de respuestas en la búsqueda de sentirse cómodos con su peso se obtuvo como solución operarse (cirugía bariátrica). Los demás adolescentes mencionaron que para bajar de peso harían más ejercicio de lo que realizan normalmente, mejorar su alimentación, tomar más agua, dejar las tortillas, y comer frutas y verduras. Estos resultados difieren del estudio de Borja y Rodríguez (2012), donde reportan que los adolescentes con un IMC mayor a 30 creen que ya no existe o ya no hay nada que puedan hacer para bajar de peso, mientras que los adolescentes de este estudio sí mencionan los siguientes pasos: estar preparados mentalmente, mejorar sus hábitos o, si se tienen los medios económicos, operarse.

Con la finalidad de saber si los participantes desde su nacimiento habían sido robustos, se preguntó a las madres si identificaban algún momento significativo para el aumento de peso en sus hijos, algunos ejemplos fueron: el divorcio de los padres, fallecimiento de seres queridos, acceso ilimitado a cooperativas o tiendas escolares, alimentos grasosos en las guarderías y restricción de ejercicio por cirugía de apéndice. Frases como *"panza llena corazón contento"*¹², fueron empleadas por las madres para manejar a través de los alimentos las pérdidas/duelos, mayor disponibilidad de golosinas y la falta de actividad física que se estableció como un hábito, fueron los principales motivos para el aumento de peso de sus hijos.

6.6. Percepción de Hábitos Alimentarios

Reconociendo que la alimentación es un hecho bio-psico-social complejo que comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes, en resumen, es un fenómeno biocultural ya que los alimentos contienen componentes indispensables para el buen funcionamiento del ser humano pero su elección no depende exclusivamente de esto, sino en respuesta a una serie de factores socioculturales en donde la población de estudio se encuentra. Generalmente los adolescentes perciben que su exceso de peso responde a diferentes causas. Primero mencionan el tipo y excesivo consumo de alimentos ultraprocesados como: la pizza, las galletas, las sabritas, la Coca-Cola y alimentos “caseros” como: los molletes, las tortillas de harina, pastas entre otros; pero también sus horarios tardíos al comer o cenar y después no realizar actividad física. En este caso, no realizar ejercicio fue ponderado con más peso que el consumir alimentos altos en carbohidratos, grasas y azúcares. Segundo aclaran que, su exceso de peso se debe a la ingesta de alimentos hipercalóricos pero asociada a transitar por tiempos de ansiedad, depresión o sentirse mal emocionalmente, causado por problemas de salud mental. Tercero, lo atribuyen a motivos genéticos. Finalmente, otros participantes no relacionan sus hábitos de alimentación con su estado nutricional actual, refiriendo; “*No creo, porque no lo hago en exceso ni todos los días*”¹³. Además, de no percibir su obesidad, no la relacionan con el tipo de alimentación que llevan ni por otra causa.

Con el diario de alimentos y bebidas diseñado para los propósitos de este estudio pudimos confirmar el consumo de los alimentos anteriormente mencionados, pero además que los adolescentes suelen tener ayunos prolongados. La mayoría de los participantes suelen tener su última comida entre las 3 o 4 de la tarde y vuelven a ingerir alimento hasta el día siguiente entre las 9 y 11 de la mañana, según reportan. De acuerdo con lo conversado con ellos, esto responde a su intención de balancear lo que consumieron durante el día, y así evitar sentimientos de culpa cuando suelen percibir que comieron en exceso. Otros participantes reportaron “*no sentir hambre*”¹⁰ durante esas horas, por haber tenido comidas copiosas en la mañana y después de clases. De acuerdo con lo anterior, este grupo hace sus propios ajustes en aspectos que perciben que pueden funcionar para tomar control de su peso corporal. Además, algunos adolescentes reconocen que su exceso de peso es reflejo de la alimentación que llevan, mientras que hay otros jóvenes que mencionan la salud mental como otro factor para su aumento de peso.

6.6.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los trastornos de conducta alimentaria inician con la distorsión de su imagen corporal, en donde su imagen en el espejo nunca corresponde a su imagen real. Fue común encontrar en los diarios de alimentos el saltarse comidas, o dejar de comer para balancear los alimentos, o tener momentos en el día donde suelen tener “atracones”. Sin embargo, solo un participante mencionó presentar bulimia, que apareció durante el encierro por el COVID-19, cuando le invadió la desesperación por no poder salir, miedo por no saber que pasaría después, y la falta de convivencia familiar. Actualmente se encuentra en tratamiento médico, psicológico y nutricional, para poder afrontar estos trastornos lo mejor posible. Mientras que los demás jóvenes con otras conductas de trastornos alimentarios no percibieron el saltarse las comidas o el ayuno prolongado como algo malo, sino como algo compensatorio para no subir de peso.

6.7. Percepción de Infecciones Intestinales

Las bacterias, parásitos y virus son microorganismos que pueden ocasionar infecciones intestinales y atacar a los intestinos. Los adolescentes no supieron identificar qué infecciones intestinales han presentado durante su vida, además que la mayoría de los adolescentes no entendían el concepto de infección intestinal, por lo cual se optó por utilizar el término, enfermedades gastrointestinales o en el estómago, conceptos que fueron reconocidos por los adolescentes. Refirieron haber presentado apendicitis, diarreas, vómitos y dolores estomacales, intoxicaciones con alimentos como el camarón, la pizza o los hot dogs y ser alérgicos a ciertos medicamentos. También expresaron otro tipo de enfermedades no relacionadas a las infecciones intestinales como las “típicas” o las “normales” refiriéndose a la gastritis, resfriados, tos, calentura y dolor de cabeza.

La extirpación de la apéndice fue expresada así: *“Me explicó la doctora que cuando alguien comía mucho picante o sodio o muchas grasas, todas esas cosas, esos desechos se iban al apéndice porque no tenían a donde irse y ahí se acumulaban. Y pues podía llegar a explotar por eso”*⁷;

“empecé un día a vomitar como 11 veces y en 3 días vomité mucho y me llevaron al médico y me operaron”⁴, mientras que otro voluntario lo manifestó de la siguiente forma: *“hace tiempo también me operaron del apéndice. El doctor dijo que fue porque consumí mucho la salsa sonora. Esa operación fue cuando tenía 8 o 9 años, y pues me gustaba mucho ponerle salsa sonora a todo”¹³*. Para los casos de diarreas, vómitos y dolores estomacales fue asociada al tipo de alimento como las salsas picantes. Estas creencias están permeadas en los ambientes familiares y reforzadas por algunos especialistas en la salud. En el caso de las intoxicaciones mencionaron que el haber consumido alimentos en la noche como camarones, hot dogs o pizzas fue causa principal de dolores abdominales y diarreas. Estos alimentos son percibidos como “pesados” para ser consumidos durante la noche, *“son malos para el estómago”⁸*. Esta creencia fue referida por varios adolescentes en repetición al sistema de creencias que manejan en los entornos en los que viven.

Por otro lado, revelan desconocimiento sobre si el consumo de ciertos alimentos son los únicos responsables de dolores de estómago a través del siguiente comentario en donde hay duda y a la vez convencimiento del factor causal: *“A veces me da por la misma comida, que te duele mucho el estómago y vas al baño y haces diarrea. ¿Ese si es un problema no? A veces me pasa eso. Siempre es por la comida”¹⁴*. A pesar de tener el conocimiento sobre cuáles alimentos son malos para ellos, mencionaron que no los evitarían, aunque los hagan sentirse mal: *“la verdad no sé, pero creo que no lo hubiera evitado «se empieza a reír» aunque yo sé que el comer alimentos en exceso me dan dolores en el estómago. Aun así, se me antojan y mi mente me dice «te hace daño ahorita no», pero siempre es así. Tengo una pelea interna en mi mente, del no querer comer, pero aun así hacerlo. La mayoría del tiempo son chips fuego, casi todas son enchilosas, sabritas moradas y así”¹*. Los adolescentes mencionaron que a pesar de haber transitado por esos síntomas no evitarían estos alimentos por los sabores tan placenteros que hacen que se sientan bien emocionalmente. En este punto, es fácil perder de vista que al margen de lo irritante que pueden ser ciertos tipos de aderezos o botanas se les atribuyen los síntomas, sin considerar que éstos acompañan a alimentos que son consumidos en ambientes de convivencia y de reglas de higiene más relajadas (como tomarlos directamente con las manos sucias) y posiblemente éstas sean el vehículo de entrada de microorganismos asociados a estas infecciones.

Entre estos cambios que pueden provocar la disbiosis se encuentra principalmente la dieta, el estrés, el uso de antibióticos, la inflamación e infecciones intestinales. Entre los mecanismos propuestos que relacionan al desequilibrio de la microbiota intestinal y el desarrollo de la obesidad está el que

atribuye al aprovechamiento de la energía proveniente de la digestión, por parte de la microbiota intestinal, de carbohidratos complejos y fibra. También se han propuesto mecanismos que involucran a los lipopolisacáridos (componentes de algunas bacterias gramnegativas) que promueven la formación de citocinas que inhiben la acción de la leptina, hormona de la saciedad (Perlmutter, 2015).

Por los elementos encontrados en nuestro estudio como las reglas de higiene laxas, el tipo de alimentación (alta en grasas y en alimentos ultraprocesados), se puede especular que en los participantes su microbiota intestinal esté contribuyendo en el exceso de peso que actualmente tienen. Sin embargo, deben diseñarse estudios para explorar esta posibilidad.

6.7.1. Percepción de Riesgo de Infecciones Intestinales

El lavado de manos y el consumir alimentos en lugares públicos son conocidos como factores comúnmente asociados al riesgo de padecer infecciones intestinales. Los jóvenes en general no perciben algún riesgo al no lavarse las manos antes de consumir alimentos. Comentaron que no les pasa por la cabeza, además de expresar lo siguiente: *“En mi casa cuando como algo sin lavarme las manos no la pienso, porque si me pasa algo me cuida mi mamá”*⁸ y *“depende si siento muy sucias mis manos, sí”*¹⁰. Aunque otros jóvenes mencionaron sí sentirse en riesgo o percibir un riesgo cuando consumen alimentos sin lavarse las manos, comer en “food trucks”, o puestos en la calle aun así refirieron comer por tener hambre o antojo: *“Sí, pero en el momento no lo pienso, ya que en ese momento solo lo que espero es comer y ya”*⁶; *“sí, pero, aunque me da asco igualmente me lo como, pues por el antojo”*². Mientras por otro lado se mencionó no sentirse en riesgo cuando van a restaurantes: *“se supone que deberían de estar limpios y tener más cuidado con la manipulación de los alimentos”*⁸. Estas percepciones en el riesgo de enfermarse al comer en un lugar fuera de casa o sin haberse lavados las manos es muy variado, puede depender hasta de los conocimientos que los padres o madres hayan transmitido a los hijos, si desde pequeños escucharon a sus madres que consideraban que el alimentarse fuera de casa generaría algún problema o en cambio otras que mencionaron que es mejor que los jóvenes se enfermen para que su sistema inmune sea más resistente.

7. CONCLUSIONES

El discurso médico describe a la obesidad como epidemia contemporánea, reduciendo una compleja condición a un modelo de simple causalidad entre el consumo de alimentos y el poco gasto energético. No obstante, la etiología de la obesidad es multifactorial, influida por el entorno familiar y social, el estado mental y emocional y hábitos socioculturales, entre otros. Este trabajo de investigación profundizó de manera particular de qué manera perciben su exceso de peso un grupo de adolescentes con obesidad. Así cómo sus hábitos de higiene al comer y personal, influyen sobre su obesidad y la aparición de padecimientos infecciosos intestinales, respectivamente.

Después del análisis y reflexión de la información recabada podemos llegar a las siguientes conclusiones:

Los adolescentes participantes de manera general se definen como personas sanas, basándose en un concepto de salud más amplio, ya que su obesidad no es percibida como un problema de salud. Tanto los jóvenes como sus madres destacaron que los hábitos de alimentación de los jóvenes son saludables. Al respecto podemos concluir que el tipo de alimentos consumidos (hipercalóricos), los horarios de consumo (ayunos prolongados), y con quién son compartidos (convivencia familiar y amigos), es como han y están construyendo sus hábitos de alimentación. Éstos no son percibidos como un aspecto más en sus vidas que están abonando a su obesidad.

En cuanto a la higiene, únicamente reconocen las prácticas de higiene personal mientras que no consideran aspectos de higiene del sueño, higiene alimentaria y el ejercicio. Además, los participantes no relacionan la aparición de infecciones intestinales con los hábitos de alimentación e higiene al comer.

Finalmente, partiendo de una reflexión global del trabajo podemos distinguir claramente que el entorno familiar y social influyen en cómo se perciben los adolescentes a sí mismos y a su salud, dado que durante la adolescencia los jóvenes dependen de experiencias sociales en la creación de sus propios significados y valores únicos.

Este estudio ha mostrado que un mayor acercamiento en el contexto personal adentrado en el mundo de las percepciones de los jóvenes con obesidad es imprescindible para entender esta problemática desde su perspectiva, para en un futuro estar en posibilidad de diseñar programas de salud pública con los cuales se sientan incluidos e identificados y no señalados. Por lo tanto, es

digno de atender las percepciones y pensamientos que tienen los jóvenes para desarrollar intervenciones comprensivas.

8. RECOMENDACIONES

Uno de los obstáculos presentados en este estudio, fue la pandemia por COVID-19, por el cuál la parte del reclutamiento, se vio limitada por la poca asistencia de los jóvenes a las secundarias y preparatorias, los horarios que tenían los jóvenes (asistir a clases una semana sí y otra no), además de que algunas escuelas seguían cerradas.

Con respecto a las entrevistas, algunas fueron presenciales (en casa o lugares públicos) y otras en línea (videoconferencia), la decisión que tomaban los jóvenes dependía de sus medidas de prevención para evitar contagios. En ambas modalidades se vio motivación e interés durante la realización de las entrevistas.

Con base en lo anterior, la recomendación para futuros estudios es, el acercamiento 100% presencial con los jóvenes, para conocer mejor el entorno familiar, dado que no fue posible por la crisis sanitaria provocada por el COVID-19. Aún así se logro dar respuesta a los objetivos planteados en este estudio.

9. REFERENCIAS

- Abad J., Espín J., Presno C., Segredo A., Díaz G., Gener N., Sánchez L., González R., García R., et al. (2007). La higiene personal y la salud. https://www.researchgate.net/profile/Alina-M-Segredo-Perez/publication/303365752_La_higiene_personal_y_la_salud/links/573e3f3e08ae298602e6e1f8/La-higiene-personal-y-la-salud.pdf.
- Baughcum A.E., Powers S.W., Johnson S.B., Chamberlin L.A., Deeks C.M., Jain A., Whitaker R.C. 2001. Maternal feeding practices and beliefs and their relationships to overweight in early childhood. *J Dev Behav Pediatr.* 22(6): 391-408.
- Bautista-Díaz M., Márquez-Hernández A.K., Ortega-Andrade N.A., García-Cruz R., Alvarez-Rayón G. 2019. Discriminación por exceso de peso corporal: Contextos y situaciones. *Revista mexicana de trastornos alimentarios.* 10(1): 121-33.
- Berry J.W., Poortinga Y.H., Segall M.H., Dasen P.R. 2002. *Cross-cultural psychology: Research and applications.* Cambridge University Press. 651.
- Biddle S., Bengoechea E., Pedisic Z., Bennie J., Vergeer I., Wiesner G. 2017. Screen time, other sedentary behaviours, and obesity risk in adults: a review of reviews. *Current obesity reports.* 6(2): 134-47.
- Bombak A.E. 2014. The contribution of applied social sciences to obesity stigma-related public health approaches. *Journal of Obesity.* 2014(1): 267286.
- Borja B.B., Rodríguez F. 2012. La estigmatización del cuerpo obeso: Percepción en un grupo de adolescentes mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar.* 14(1): 21-27.
- Buckroyd J., Rother S. 2008. *Psychological responses to eating disorders and obesity: recent and innovative work.* John Wiley & Sons. 190.
- Carding S., Verbeke K., Vipond D.T., Corfe B.M., Owen L.J. 2015. Dysbiosis of the gut microbiota in disease. *Microbial ecology in health and disease.* 26(1): 26191.
- Cardona-Torres L.M., Centeno-Reséndiz J.V., Álvarez-Hernández A., Medina-López E. 2018. Calidad de vida relacionada con la salud: percepción de los adolescentes obesos, no obesos y sus padres. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.* 26(2): 121-28.
- Castañeda C. 2019. Trasplante de microbiota fecal. *Revista Cubana de Pediatría.* 91(3):
- Chelakkot C., Ghim J., Ryu S.H. 2018. Mechanisms regulating intestinal barrier integrity and its pathological implications. *Experimental & molecular medicine.* 50(8): 1-9.
- Contreras J., Arniz M.G. 2005. *Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas.* Ariel Barcelona. Barcelona, España. 505.
- Curtis V., Cairncross S. 2003. Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review. *The Lancet infectious diseases.* 3(5): 275-81.
- Darlow S., Goodman M.S., Stafford J.D., Lachance C.R., Kaphingst K.A. 2012. Weight perceptions and perceived risk for diabetes and heart disease among overweight and obese

women, Suffolk County, New York, 2008. Preventing chronic disease. 9(

- El Poder del Consumidor A.C. (2007). El Ambiente Obesogénico entre el poder legislativo y ejecutivo. México. D.F. Recuperado de: <https://www.elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/0712-manifiesto-salud-alimentaria.pdf>.
- Esparza-Aguilar M., Bautista-Márquez A., González-Andrade M., Richardson-López-Collada V. 2009. Mortalidad por enfermedad diarreica en menores, antes y después de la introducción de la vacuna contra el rotavirus. salud pública de méxico. 51(4): 285-90.
- FAO. (1996). Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial. Roma. Recuperado de: <https://www.fao.org/3/w3613s/w3613s00.htm>.
- FAO, 2013. Derecho a la Alimentación, Seguridad y Soberanía Alimentaria. FAO, Panamá.
- FAO, FIDA, OMS, PMA, UNICEF, 2020. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2020. Transformación de los sistemas alimentarios para que promuevan dietas asequibles y saludables. FAO, Roma.
- FAO, OPS. (2017). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34343/9789275319727_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Fernández C., Sonia B., Montoya N., Yura A., Viguri R. 2011. Sobrepeso y obesidad en menores de 20 años de edad en México. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 68(1): 79-81.
- Fewtrell L., Kaufmann R.B., Kay D., Enanoria W., Haller L., Colford J.M. 2005. Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Infectious Diseases. 5(1): 42-52.
- Gard M., Wright J. 2005. The obesity epidemic: Science, morality and ideology. Routledge. 225.
- Geiker N., Astrup A., Hjorth M., Sjödin A., Pijls L., Markus C. 2018. Does stress influence sleep patterns, food intake, weight gain, abdominal obesity and weight loss interventions and vice versa? Obesity Reviews. 19(1): 81-97.
- Ghazoul F. (2014). Guía Básica, Higiene y Cuidado del Cuerpo. . Ministerio de Salud - Mendoza. Recuperado de: https://www.mendoza.gov.ar/salud/wp-content/uploads/sites/16/2014/09/higiene_cuidado_cuerpo.pdf.
- Gibson R.S. 2005. Principles of nutritional assessment. Oxford university press, USA. Oxford. 908.
- Goldstein E.B. 2005. Sensacion Y Percepcion. International Thomson Editores, S.A. de C.V. 6844.
- Green J., Thorogood N. 2018. Qualitative methods for health research. SAGE London. 304.
- Guarner F., Malagelada J.R. 2003. Gut flora in health and disease. The lancet. 361(9356): 512-19.
- Hallal P., Wells J., Reichert F., Anselmi L., Victora C. 2006. Early determinants of physical activity in adolescence: prospective birth cohort study. Bmj. 332(7548): 1002-07.
- Harris C.V., Bradlyn A.S., Coffman J., Gunel E., Cottrell L. 2008. BMI-based body size guides for women and men: development and validation of a novel pictorial method to assess weight-related concepts. International journal of obesity. 32(2): 336-42.

- Hautala L.A., Junnila J., Helenius H., Väänänen A.M., Liuksila P.R., Rähä H., Välimäki M., Saarijärvi S. 2008. Towards understanding gender differences in disordered eating among adolescents. *Journal of clinical nursing*. 17(13): 1803-13.
- Hebebrand J., Holm J.C., Woodward E., Baker J., Blaak E., Schutz D., Farpour-Lambert N., Frühbeck G., Halford J., et al. 2017. A proposal of the European Association for the Study of Obesity to improve the ICD-11 diagnostic criteria for obesity based on the three dimensions etiology, degree of adiposity and health risk. *Obesity Facts*. 10(4): 284-307.
- Hernández C., Aguilera M., Castro G. 2011. Situación de las enfermedades gastrointestinales en México. *Enfermedades infecciosas y microbiología*. 31(4): 137.
- Hernández R., Escobedo R., De Córdova I., Ortega M. 2020. “Chécate, Mídete, Muévete”. Sólo informar no es suficiente para una mejor salud. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. 8(16): 48-54.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Cuernavaca, México. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/Sonora-OCT.pdf>.
- Janz K., Dawson J., Mahoney L. 2000. Tracking physical fitness and physical activity from childhood to adolescence: the Muscatine study. *Medicine and science in sports and exercise*. 32(7): 1250-57.
- Kakeshita I.S., Almeida S. 2006. Relationship between body mass index and self-perception among university students. *Revista de Saúde Pública*. 40(497-504).
- Kroeber A.L., Kluckhohn C. 1952. *Culture: A critical review of concepts and definitions*. Papers. Peabody Museum of Archaeology & Ethnology, Harvard University.
- Lázaro L., Rearte A., Rodríguez S., Niglia M., Scipioni H., Rodríguez D., Salinas R., Sosa C., Rasse S. 2018. Estado nutricional antropométrico, bioquímico e ingesta alimentaria en niños escolares de 6 a 14 años, General Pueyrredón, Buenos Aires, Argentina. *Archivos argentinos de pediatría*. 116(1): e34-e46.
- MacLachlan M. 2006. *Culture and health: A critical perspective towards global health*. John Wiley & Sons. West Sussex. 331.
- Mahon N., Yarcheski T.J., Yarcheski A. 2003. The revised personal lifestyle questionnaire for early adolescents. *Western Journal of Nursing Research*. 25(5): 533-47.
- Mariscal A., Ramírez C.A., ., Pérez A. 2017. Soberanía y Seguridad Alimentaria: propuestas políticas al problema alimentario. *Textual: análisis del medio rural latinoamericano*. 69): 9-26.
- Martínez-Aguilar M., Flores-Peña Y., Rizo-Baeza M., Aguilar-Hernández R., Vázquez-Galindo L., Gutiérrez-Sánchez G. 2010. Percepciones de la obesidad de adolescentes obesos estudiantes del 7° al 9° grado residentes en Tamaulipas, México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 18(48-53).
- McDonald G., Faga P., Jackson D., Mannix J., Firtko A. 2005. Mothers' perceptions of overweight and obesity in their children. *Australian Journal of Advanced Nursing*, The. 23(2): 8-13.
- Merino-Andréu M., Álvarez A., Madrid-Pérez J.A., Martínez-Martínez M., Cuesta F.J., Guerra A.J.A., Santo-Tomás O.R., Luque M.J.J., Isern F.J.S., et al. 2016. Sueño saludable:

evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. *Rev Neurol.* 63(Supl 2): S1-S27.

Mikolajczyk R., Bredehorst M., Khelaifa N., Maier C., Maxwell A. 2007. Correlates of depressive symptoms among Latino and Non-Latino White adolescents: findings from the 2003 California Health Interview Survey. *BMC Public Health.* 7(1): 1-9.

Minayo M., 2000. O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde, O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde, pp. 269-69.

Miñana V., Correcher P., Dalmau J. 2016. La nutrición del adolescente. *Adolescere.* 4(3): 6-18.

Moore J.N., Barton M.H. 2003. Treatment of endotoxemia. *Veterinary Clinics: Equine Practice.* 19(3): 681-95.

Morales P., Brignardello J., Gotteland M. 2010. The association of intestinal microbiota with obesity. *Revista medica de Chile.* 138(8): 1020-27.

Moreiras O., Carbajal A. 1992. Determinantes socioculturales del comportamiento alimentario de los adolescentes. *An Esp Pediatr.* 36(Suppl 49): 102-5.

Moreno S., Rosales-Nieto J.G. 2003. El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International journal of psychology and psychological therapy.* 3(1): 91-109.

Moreno V.M., Cabrerizo M., Rodríguez J.F., Fernández A., Valbuena J.C.L. 1996. Hábitos dietéticos y de higiene personal en adolescentes de una población rural. *Revista Española de Salud Pública.* 70(3): 331-43.

Muñoz-Cano J.M., Córdova-Hernández J.A., Boldo-León X.M. 2012. Ambiente obesogénico y biomarcadores anómalos en escolares de Tabasco, México. *Salud en Tabasco.* 18(3): 87-95.

Nichter M. 2008. *Global health: Why cultural perceptions, social representations, and biopolitics matter.* University of Arizona Press. 268.

O'Hara A.M., Shanahan F. 2006. The gut flora as a forgotten organ. *EMBO reports.* 7(7): 688-93.

Obach A., Hasen F., Cabieses B., D'Angelo C., Santander S. 2020. Conocimiento, acceso y uso del sistema de salud en adolescentes migrantes en Chile: resultados de un estudio exploratorio. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 44(

Okop K.J., Mukumbang F.C., Mathole T., Levitt N., Puoane T. 2016. Perceptions of body size, obesity threat and the willingness to lose weight among black South African adults: a qualitative study. *BMC public health.* 16(1): 1-13.

Olaiz-Fernández G., Rivera-Dommarco J., Shamah-Levy T., Rojas R., Villalpando-Hernández S., Hernández-Avila M., Sepúlveda-Amor J. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México. Recuperado de: <https://www.insp.mx/images/stories/ENSANUT/Docs/Ensanut2006.pdf>.

OMS. (1946). ¿Cómo define la OMS la salud? Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>.

OMS. (2020). Actividad física. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.

- OMS. (2021). Healthy diet. Organización de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/m/item/healthy-diet-factsheet394>.
- OMS. (2021a). Obesidad. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab_1.
- OMS. (2021b). Obesidad y sobrepeso. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- OMS. (2021c). Higiene de las manos: ¿por qué?, cómo, cuándo? Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://pediatria.gob.mx/archivos/burbuja/guia_higien.pdf.
- OMS. (2022). BMI-for-age (5-19 years). Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>.
- Onis M., Adelheid W., Borghi E., Siyam A., Nishida C., Siekmann J. 2007. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World health Organization. 85(660-67).
- OPS. (2021a). Salud del adolescente. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/salud-adolescente>.
- OPS. (2021b). La higiene de manos salva vidas. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2021-higiene-manos-salva-vidas>.
- Oviedo G. 2004. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. Revista de estudios sociales. 18): 89-96.
- Panel G. 2017. Improving nutrition through enhanced food environments. Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition: London, UK.
- Paolicchi P. 2005. Adolescencia, identidad y diversidad en la Italia de hoy. Ser adolescente hoy. 167-84.
- Pasch K.E., Klein E.G., Laska M.N., Velazquez C.E., Moe S.G., Lytle L.A. 2011. Weight misperception and health risk behaviors among early adolescents. American journal of health behavior. 35(6): 797-806.
- Perlmutter D. 2015. Alimenta tu cerebro: El sorprendente poder de la flora intestinal para sanar y proteger tu cerebro. Grijalbo. 357.
- Raich R., Clarasó J.T., Figueras M. 1996. Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. Análisis y modificación de conducta. 22(85): 603-26.
- Rivera-Dommarco J., Colchero M., Fuentes M., González de Cosío T., Aguilar-Salinas C., Hernández-Licona G., Barquera S. (2018). La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control. Cuernavaca, México. Recuperado de: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2019/Docs/190213_LaObesidadenMexico.pdf.
- Rose D. 2010. Access to healthy food: a key focus for research on domestic food insecurity. The Journal of nutrition. 140(6): 1167-69.
- Royo-Bordonada M. 2013. La alimentación y el consumidor.

- Saldaña C., Tomás I. (1999). Anuario de Psicología. Importancia de la alimentación en la obesidad. Barcelona. Recuperado de: <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/8891/11220>.
- Scheper-Hughes N., Lock M.M. 1987. The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical anthropology quarterly*. 1(1): 6-41.
- Shamah-Levy T., Ruiz-Matus C., Rivera-dommarco J., Kuri-Morales P., Cuevas-Nasu L., Jiménez-Corona M.E., Romero-Martínez M., Méndez Gómez I., Gaona-Pineda E.B., et al. (2017). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México. Recuperado de: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-antecedentes-2010/4669-encuesta-nacional-salud.html>.
- Shamah-Levy T., Vielma-Orozco E., Heredia-Hernández O., Romero-Martínez M., Mojica-Cuevas J., Cuevas-Nasu L., Santaella-Castell J., Rivera-Dommarco J. (2020). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México. Recuperado de: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/ensanut-2018-nacionales>.
- Spiegel K., Tasali E., Leproult R., Scherberg N., Van Cauter E. 2011. Twenty-four-hour profiles of acylated and total ghrelin: relationship with glucose levels and impact of time of day and sleep. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 96(2): 486-93.
- Swinburn B., Dominick C.H., Vandevijvere S. (2014). Benchmarking Food Environments: Experts' assessments of policy gaps and priorities for the New Zealand Government. New Zealand. Recuperado de: <https://www.fmhs.auckland.ac.nz/assets/fmhs/soph/globalhealth/informas/docs/Full%20Food-EPI%20report1.pdf>.
- Swinburn B.A., Sacks G., Hall K.D., McPherson K., Finegood D.T., Moodie M.L., Gortmaker S.L. 2011. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*. 378(9793): 804-14.
- Torres F. 2014. Seguridad alimentaria: Una explicación sobre prevalencia de los desequilibrios en México. *Estudios agrarios*. 20(57): 71-98.
- Unikel C., Vázquez V., Kaufer-Horwitz M. 2012. Determinantes psicosociales del sobrepeso y la obesidad. *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. 1(189-205).
- Uribe-Carvajal R., Jiménez-Aguilar A., Morales-Ruan M., Salazar-Coronel A.A., Shamah-Levy T. 2018. Percepción del peso corporal y de la probabilidad de desarrollar obesidad en adultos mexicanos. *salud pública de méxico*. 60(254-62).
- Valencia-Agudelo L.M. 2014. Ambientes obesogénicos: Un reto epidemiológico de talla mundial. *Gastrohnp*. 16(1): 18-23.
- Valsecchi C., Tagliacarne C.S., Castellazzi A. 2016. Gut Microbiota and Obesity. *J Clin Gastroenterol*. 50 Suppl 2, Proceedings from the 8th Probiotics, Prebiotics & New Foods for Microbiota and Human Health meeting held in Rome, Italy on September 13-15, 2015(S157-s58).
- Vila J., Álvarez-Martínez M.J., Buesa J., Castillo J. 2009. Diagnóstico microbiológico de las infecciones gastrointestinales. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. 27(7): 406-11.

- WHO. (2010). Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Global recommendations on physical activity for health. Ginebra. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>.
- Zanchi D., Depoorter A., Egloff L., Haller S., Mählmann L., Lang U., Drewe J., Beglinger C., Schmidt A., et al. 2017. The impact of gut hormones on the neural circuit of appetite and satiety: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 80(457-75).
- Zaragoza A., Ortiz-Moncada R. 2012. Estado nutricional y nivel de actividad física según percepción de los estudiantes de la Universidad de Alicante.

10. ANEXOS

10.1 Guiones de Entrevistas

Diario de alimentos y bebidas percepciones (después del diario al adolescente)

1. ¿Cómo te sentiste con el diario de alimentos y bebidas?
2. ¿Sientes que lo que comes esta relacionado con tus emociones? (solo comes cuando estas feliz, o cuando estas estresado, etc)
3. ¿Tu decides qué comer, en dónde comer y a qué hora comer? (escuchar y dejarlos hablar).
4. ¿Quién prepara tu comida la mayor parte del tiempo?
5. ¿De la comida que preparan en casa que es lo que más y menos te gusta?
6. ¿Qué hábitos realizas en tu día a día consideras que son buenos para tu salud y cuáles no son tan buenos? (durante el día que acciones crees que pueden dañar tu salud a largo plazo)
7. ¿Crees que lo que comes actualmente puede desencadenar o desarrollar algún problema de salud en un futuro? Puedes dar algunos ejemplos
8. ¿Qué necesitas generalmente para sentirte bien? (estar con la familia, con amigos, comer algo (ejemplo), leer, hacer ejercicio, jugar (qué tipo de juegos), meditar, etc)).
9. ¿Crees que dependiendo de tu estado de ánimo prefieres comer ciertos TIPOS ALIMENTOS?
¿Cuáles?
10. Previo a la menstruación explorar varios antojos (Mujeres)
11. ¿Sientes que tu alimentación ha mejorado o empeorado durante la pandemia?
12. ¿Sigues a algún influencer? ¿de qué tema hablan? ¿qué páginas visitas mas en internet?
13. ¿Conoces influencers que promuevan el consumo de ciertos tipos de alimentos?, ejemplos
¿sigues a alguno? Integras a tu vida sus recomendaciones
14. ¿Conoces influencers que promuevan hacer ejercicio, que tipos de ejercicios?, ejemplos ¿sigues a alguno? Integras a tu vida sus recomendaciones
15. ¿Me pudieras comentar un poco de su rutina diaria desde que te levantas hasta que te acuestas?

Antropometría (adolescente)

Con las preguntas que te haré a continuación es importante que contestes en el sentido de lo que crees o sientes, no si sabes con exactitud la respuesta, no hay problema no estoy juzgando si esta bien o no. ¿De acuerdo?

1. ¿Sabes cuántos kilogramos pesas?
2. ¿Cuánto mides?
3. ¿Te sientes cómodo con tu peso? ¿por qué?
4. Si tu respuesta fue no.
 - a. ¿Con cuántos kilogramos crees que te sentirías mejor?
 - b. ¿Qué harías para cambiar tu peso?
 - c. ¿Quieres cambiar tu peso, por burlas, cuidado físico, comentarios de familiares, salud mental? (Dejar que se exprese el adolescente)
5. ¿Crees que es importante cuidar tu cuerpo?
 - a. ¿Cómo cuidas tu cuerpo?
 - b. ¿Crees que eres una persona saludable?
 - c. ¿Crees que haya que mejorar algo en ti (cuerpo, peso, mentalidad) para estar más sano?
6. Tu peso corporal actual, ¿Crees que puede estar relacionado con tu estado de salud o enfermedad actual o futuro? ¿por qué?
7. ¿Qué es más importante para ti, tener un peso menor al que actualmente tienes o te sientes bien así?
8. ¿Cómo te ves a ti mismo? (¿te gusta lo que ves en el espejo?)
9. ¿Cómo es tu entorno alimentario en el hogar (familia), amigos (hacen ejercicio, cuidan su alimentación, etc)?
10. ¿Siempre has sido de esa complexión? (robusto, petite, grande)

Higiene personal (adolescente)

1. ¿Qué es prioritario para ti en este momento? (vida; amigos, familia, novio o novia, escuela, trabajo)
2. ¿Sientes que eres una persona sociable?

3. ¿Te la pasas bien en la escuela? O ¿Prefieres tomar las clases en línea?
4. ¿Cómo consideras tu salud?
5. ¿Qué entiendes por salud?
6. ¿Crees que es importante la salud?
7. ¿En qué momento crees que pierdes la salud?
8. ¿Qué haces para cuidar tu cuerpo? (alimentación, ejercicio, salud mental, dormir, prácticas de higiene).
9. ¿Qué entiendes por higiene? ¿qué incluye?
10. ¿Qué significado tiene la higiene personal para ti? ¿Crees que realmente funcionan las medidas de higiene?
11. ¿Cómo cuidas tu higiene personal? ¿Te bañas todos los días?
12. ¿Cuántas horas le dedicas en la noche a dormir? ¿Crees que la higiene personal pueda relacionarse con el tiempo que le dedicas al sueño?
13. ¿Haces ejercicio?
14. ¿Cuánto tiempo le dedicas al ejercicio? ¿Crees importante para tu salud hacer ejercicio? ¿Por qué?
15. ¿Crees que el lavado de manos sea importante para la prevención de enfermedades? ¿Qué tipos de enfermedades?
16. ¿Te lavas las manos con agua y jabón SIEMPRE antes de cada comida y antes/después de ir al baño?
17. ¿Con qué te secas las manos? ¿Qué marca de jabón usan para lavarse las manos?
18. ¿Cuántas veces al día te lavas las manos?
19. ¿Cuánto tiempo duras lavándote las manos?

Subtema. Enfermedades

20. ¿Antes de la pandemia crees que el uso del cubre bocas podía prevenir enfermedades? ¿Actualmente que piensas?, ¿ayuda a cuidar tu salud? ¿Qué tipo de cubre bocas utilizaste? (¿usó?)
21. ¿Te has enfermado alguna vez?
22. ¿De qué te has enfermado? ¿Qué has hecho para tratar la enfermedad (aliviarse)? (sobre

todo si son enfermedades gastrointestinales)

23. ¿Consideras que fuiste muy enfermizo de pequeño qué recuerdas? y ¿de qué te enfermabas?
24. ¿Crees que pudiste haber evitado enfermarte? ¿Cómo?
25. ¿El tener exceso de peso lo asocias con alguna enfermedad?
26. ¿Crees que el lavado de manos sea importante para la prevención de enfermedades? ¿Qué tipos de enfermedades?
27. ¿Tuvieron infecciones intestinales en la infancia, fueron recurrentes? (promedio por año).

Subtema. Higiene alimentaria

28. ¿Limpias tus alimentos siempre antes de comerlos? Si tu respuesta fue No. ¿Por qué? ¿Cómo lo haces? (si su respuesta fue SÍ, pedir ejemplos)
29. ¿Qué alimentos consumes directamente con las manos NO CON CUCHARA O TENEDOR?
30. ¿Crees que EL EXCESO DE PESO ESTÉ RELACIONADO CON LOS ALIMENTOS QUE MENCIONASTE ANTERIORMENTE?
31. ¿Te sientes en riesgo cuando consumes algún alimento sin haberte lavado las manos? (que puedas enfermarte)
32. ¿Te sientes en riesgo cuando consumes algún alimento fuera de casa?
33. ¿Crees que tu higiene personal y alimentaria (lavado de alimentos) ha mejorado durante la pandemia?

Enfermedades intestinales (adolescente)

1. ¿En qué fecha y por qué causa visitaste al médico la última vez?
2. ¿Cuándo fue la última vez que te enfermaste del estómago?
3. ¿Tuvieron infecciones intestinales en la infancia, fueron recurrentes? (promedio por año).
4. Número de episodios durante el 2019 y 2020: (en lo que va del 2021)
5. ¿Cuál fue el motivo? ¿Crees que algún alimento lo haya causado? (alimento, bebida, otros).
6. ¿Hubo dolor?
7. ¿Hubo temperatura? _____ Si su respuesta fue SÍ. ¿Cuánto tiempo te duró?

8. ¿Qué hizo respecto a las últimas 4 preguntas (3-6)?

9. Tuviste cualquiera de los siguientes síntomas márkelo con una X (En los últimos 15 días).

Vómito:

Diarrea (definido como más de 3 excrementos sueltos en un período de 24 horas):

Diarrea con sangre:

Dolores abdominales:

Náuseas:

Estreñimiento:

Jaqueca:

Fiebre:

Escalofríos:

Dolores del cuerpo:

Fatiga:

10. Tuviste otro síntoma no mencionado arriba, favor de especificar.

11. ¿Fuiste hospitalizado por alguna enfermedad gastrointestinal?

12. Si fue así, ¿Realizaron pruebas de laboratorio para determinar el agente causal (cuál fue la causa) de la enfermedad? ¿Y que tratamiento recibiste?

13. ¿Los episodios se han vuelto más o menos frecuentes durante el 2019, 2020 y 2021?:

14. ¿Ha presentado algunos de los siguientes síntomas? Indique SÍ ó NO

Vómitos con sangre: Heces negras: Sangre en las heces:

15. ¿Ha bajado su peso en los últimos 6 meses? En caso afirmativo, favor de indicar cuánto y la razón de ello:

16. ¿Qué tipo de alimento sientes que te cae mal y qué tipo de malestar tienes? ¿Qué haces?

17. ¿Cuándo no consumes el alimento te sientes bien?

Cuestionario a la persona encargada del adolescente

1. ¿Usted es la encargada de la alimentación en el hogar? (¿Quién es?)

2. ¿De dónde obtiene los alimentos, en qué condiciones o que características deben de tener?

3. ¿Cómo decide que alimentos preparar para la familia?
4. ¿Los adolescentes deciden qué comer?
5. ¿Cómo es la alimentación del adolescente? ¿Usted supervisa todo lo que come el adolescente?
6. ¿Qué reglas de higiene de alimentos manejan en el hogar?
7. ¿Tiene conocimiento de lo que come el adolescente fuera de casa? (Dar ejemplos)
8. ¿Considera que su adolescente es sano?
9. ¿Cómo es la salud de su adolescente en general? Si son saludables o no, ¿por qué?
10. ¿El adolescente ha padecido alguna infección intestinal o se ha enfermado del estómago?
 - a. ¿Cuál de esas dos? Como llegan a esta conclusión, ¿cómo lo trataron? Quién realizó el diagnóstico si fue algún miembro de la familia (quién de la familia) o médico.
11. ¿Qué tipos de enfermedades intestinales conoce?
 - a. ¿Cuáles ha padecido el adolescente?
 - b. ¿Cómo las identifica, con base en qué diagnostican?
 - c. ¿A qué le atribuye estas enfermedades?
 - d. ¿Cómo las clasifica?
 - e. ¿Cómo se manifiestan?
 - f. ¿Acude al médico?

La siguiente pregunta va dirigida únicamente a la persona encargada de la SALUD del adolescente.

12. ¿Cómo identifica las infecciones? Qué observa y qué hace para identificarlo, si observa las heces del adolescente...
 - a. Lo trata en casa
 - b. ¿Cómo lo trata? ¿por qué?, ¿los ha utilizado antes?, ¿le han funcionado?
 - c. ¿Qué síntomas presentan?
 - d. ¿Cuándo acude al médico?
13. ¿Relaciona la aparición de infecciones con algo específico?, algún alimento, o ¿cómo se transmiten?
14. ¿Cuáles comportamientos considera de riesgo para que se enferme el adolescente?
15. ¿Qué hábitos No saludables considera que tiene su adolescente? (¿Qué sabe o considera que come su adolescente y no debería de hacerlo?)
16. ¿Qué reglas de higiene personal manejan en el hogar? (lavado de manos, dientes, cuerpo,

etc.)

17. ¿El adolescente ha pasado por alguna enfermedad gastrointestinal (en los últimos 6 meses), antes de la pandemia?
18. ¿Qué hicieron?.

10.2. Mi Diario de Alimentos y Bebidas

Mi diario de alimentos y bebidas



Nombre del participante:



Fecha con día de la semana: _____

| Comidas (indicar la hora) | ¿Qué comió y bebió? | ¿Dónde y con quién? | Estado de ánimo: (sentimientos, ansiedad, hambre, antojo) |
|---------------------------------------|---------------------|---------------------|---|
| Desayuno | | | |
| Entre desayuno y comida | | | |
| Comida | | | |
| Entre comida y cena | | | |
| Cena | | | |
| Después de cenar | | | |
| ¿Alguien de tu familia tuvo Covid-19? | Si _____ | No _____ | |

Total, de vasos de agua al día: _____

10.3. Pseudónimo de los Participantes

1. ¹ Laura, 17 años, preparatoria pública.
2. ² Karen, 15 años, preparatoria pública.
3. ³ Patricia, 17 años, preparatoria privada.
4. ⁴ Bernardo, 12 años, secundaria pública.
5. ⁵ Elena, 17 años, preparatoria privada.
6. ⁶ Gabriela, 17 años, preparatoria pública.
7. ⁷ María, 12 años, secundaria privada.
8. ⁸ Débora, 15 años, secundaria privada.
9. ⁹ Alberto, 15 años, preparatoria pública.
10. ¹⁰ Vanessa, 15 años, preparatoria pública.
11. ¹¹ Verónica, 13 años, secundaria privada.
12. ¹² Mamá Verónica
13. ¹³ Manuel, 13 años, secundaria privada.
14. ¹⁴ Berenice, 17 años, preparatoria privada.