



Facultad de Estudios Superiores  
**IZTACALA**

# Apoyo y barreras sociales en el comportamiento alimentario de mujeres con obesidad

## *Support and social barriers received and given in the food behavior of obesity women*

Mayra Goretti Medina Sifuentes<sup>1</sup>, Marina Liliana González-Torres<sup>1</sup>,  
Martha Leticia Salazar Garza<sup>1</sup> y Gabriela Navarro Contreras<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Aguascalientes

<sup>2</sup> Universidad de Guanajuato

**Recibido:** 30 de octubre de 2018

**Revisado:** 18 de enero de 2019

**Aceptado:** 20 de marzo de 2019

**Autora de correspondencia:** liliana.gonzalez@edu.uaa.mx (M L González-Torres)

**Financiamiento:** Ninguno

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### **Resumen**

Una de las principales causas de la obesidad es la alimentación. La alimentación forma parte del medio social, y algunas de las variables sociales vinculadas con el bienestar y la salud son el apoyo y las barreras sociales. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue analizar las diferencias en comportamiento alimentario, así como apoyo y barreras sociales recibidas y proporcionadas en mujeres con obesidad vs. normopeso en un contexto natural de alimentación. Participaron cinco mujeres con obesidad y cinco normopeso, quienes fueron videograbadas por cuatro días consecutivos durante el momento de la “comida” en su hogar. El alimento fue registrado y pesado; las conductas de alimentación, de apoyo y las barreras sociales fueron registradas a partir de catálogos de observación sistemática elaborados *exprofeso*. Los resultados mostraron que las mujeres con obesidad ingirieron más frecuentemente, y en mayor cantidad, bebidas endulzadas, antojitos mexicanos fritos y comida rápida. Además, fueron objeto de más barreras instrumentales que les impedían alimentarse saludablemente. En conclusión, es necesario abordar el medio social en el que la alimentación tiene lugar, ya que el tipo de interacciones sociales pueden jugar un papel importante en la alimentación.

**Palabras clave.** Comportamiento alimentario, Apoyo social, Barreras sociales, Obesidad

**Abstract**

One of the main causes of obesity is food. Food is part of the social environment and some of the social variables that have been linked to well-being and health are support and social barriers. Therefore, the aim was to analyze the differences on eating behavior, support and social barriers received and given between obesity women vs. normal weight women in the natural feeding context. Five women with obesity and five with normal weight participated, who were videotaped with their consent four consecutive days during the feeding time of the “food” in their home; food was recorded and weighed. We recorded eating behaviors, and behaviors of support and social barriers from a systematic observation catalog prepared *exprofeso*. The results showed that women with obesity ingested a greater frequency and quantity of sweetened beverages, fried Mexican snacks and fast food. In addition, they received a greater frequency of instrumental barriers to eat healthy. In conclusion, it is necessary to address the social environment in which food takes place, since the type of social interactions may be playing an important role in food.

**Keywords.**

Eating behavior, Social support, Social barriers, Obesity

## Introducción

La obesidad es uno de los principales problemas de salud en el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) presentar obesidad aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedades como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes, entre otras. México ocupa el segundo lugar a nivel mundial en presentar obesidad en la población adulta (OECD, 2017). El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2018) reportó, en la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad) en personas mayores de 20 años, la cual representa un 3% mayor que en la encuesta del 2016 (INSP, 2016). Los datos epidemiológicos por sexo en la misma encuesta de 2018 muestran que la prevalencia combinada es mayor en las mujeres que en los hombres (76.8% versus 73%), principalmente para el caso de la obesidad en la que la prevalencia en las mujeres fue de 40.2% mientras que en los hombres fue de 30.5% (INSP, 2018). Por consiguiente, realizar estudios científicos con esta población podría permitir identificar las variables involucradas en dicha problemática.

La OMS (2018) señala que una de las principales causas de la obesidad es la alimentación. Sin embargo, hay escasa información sobre la alimentación, y particularmente de mujeres adultas con obesidad. Solo se encontró un estudio en mujeres de origen asiático, en donde un mayor porcentaje de mujeres con obesidad reportó consumir con mayor frecuencia frutas y una extremada cantidad de alimento vs. mujeres sin obesidad (Oh y Saito, 2015).

Otros estudios sobre la alimentación de adultos con obesidad, independientemente del sexo, realizados a partir de autoreportes, han encontrado que una mayor prevalencia de personas con obesidad reportaron realizar solo dos comidas al día (Marin-Guerrero, Gutierrez-Fisac, Guallar-Castillon, Banegas y Rodriguez-Artalejo, 2008), omitir el desayuno y la comida (Berg et al., 2009), falta de constancia en el número de comidas principales por día (Saneei et al., 2016) y “saltarse” comidas (Oda-Montecinos, Saldaña y Andrés, 2015). Además, en cuanto a la cantidad de alimento, las personas con obesidad reportan ingerir porciones más grandes, aunque sin diferencia significativas en la ingesta de energía total, gramos de grasa, carbohidratos y proteínas (Berg et al., 2009), una mayor ingesta calórica, y de colesterol y sodio (Posea,

Dragomir y Radulian, 2016), mayor ingesta de bebidas entre comidas (Saneei et al., 2016), llenar mucho el plato, llenarse mucho la boca en cada bocado, comer en grandes cantidades y “repetir el plato” (Oda-Montecinos et al., 2015). Así mismo, se ha reportado más tiempo invertido en las comidas, una tasa de consumo de moderada a rápida (Saneei et al., 2016), masticar poco el alimento, y comer más rápido (Oda-Montecinos et al., 2015). En cuanto al tipo de alimentos, estos últimos autores encontraron que los participantes con obesidad reportaban elegir más colaciones hipercalóricas y seguir algún tipo de dieta. Sin embargo, aunque dichos estudios se han realizado en distintos países, ninguno corresponde a población mexicana.

En México existen pocos estudios acerca de los hábitos alimentarios en población con obesidad, en mujeres adultas en edades con mayor prevalencia de obesidad, entre los 40 y 50 años (INSP, 2016). En un estudio realizado por Reséndiz, Hernández, Sierra y Torres (2015), personas con obesidad mórbida reportaron dejar el plato vacío, comer más rápido que la mayoría de las personas, realizar ayunos prolongados, comer “antojos” dulces o salados, tomar refrescos, comer entre comidas, “picar” alimentos y comer sin hambre. Sin embargo, este estudio no comparó con respecto a personas no obesas.

La evidencia empírica sugiere que existen ciertos comportamientos alimentarios específicos que se han identificado en las personas con obesidad; estos relativos a la frecuencia de ingesta de alimentos durante el día, la cantidad y los tipos de alimento, así como la duración y la velocidad de la ingesta. Por lo tanto, es necesario considerar dichas variables para el estudio de la alimentación.

Por otro lado, Osorio, Weisstaub y Castillo (2002) señalan que la alimentación no se da de forma aislada, sino que tiene lugar en un contexto social. Por consiguiente, en el estudio de la alimentación es necesario considerar además el medio social en el que esta tiene lugar. Una de las variables sociales que se ha vinculado con el bienestar y la salud es el apoyo social (Barrón, 1996), definido como la recepción real de un recurso útil para el individuo, a través de un intercambio de conductas en las relaciones sociales (Schwarzer y Leppin, 1991). Cabe señalar que, de acuerdo con Barrón, la persona que proporciona el apoyo puede no saber

cuál es la conducta adecuada en una situación y, de esta forma, el apoyo que se ofrece puede no ser útil o hasta perjudicial para el individuo, a lo que hemos denominado barreras sociales. Con base en lo anterior, se han realizado estudios sobre el apoyo y las barreras sociales en el comportamiento alimentario a partir de autoreportes, en los que se ha encontrado que tanto la familia como los amigos apoyan o desalientan una alimentación saludable (Johnson, Carson, Affuso, Hardy y Baskin, 2014). Sriram, Morgan, Graham, Foltz y Seguin (2018) reportaron, en un estudio cualitativo con grupos focales, que algunos hombres atribuyeron sus hábitos alimentarios saludables a la adquisición y la preparación de los alimentos por parte de sus esposas, en tanto que varias mujeres refirieron tener el apoyo de compañeras como un principal motivador para mantener hábitos alimentarios saludables; por otro lado, en las reuniones sociales las personas se sentían obligadas a comer lo que se ofrecía, propiciando que estas reuniones sabotearan los esfuerzos para mantener una alimentación saludable debido a la calidad y cantidad de alimentos disponibles. Sin embargo, cabe mencionar que estudios no se realizaron en población con obesidad.

Winston et al. (2015) realizaron un estudio con participantes con sobrepeso y obesidad, encontrando que las personas que reportaron que en su red social había comportamientos perjudiciales o ninguna ayuda para el logro de tener una alimentación saludable, aumentaron de peso; mientras que aquellos participantes que reportaron tener ayuda de niños para el logro de sus objetivos, tuvieron una mayor pérdida de peso. Por tanto, las investigaciones referidas permiten dar cuenta de que el contexto social juega un papel importante en la alimentación de las personas; más específicamente, el apoyo social puede favorecer una alimentación saludable y, por el contrario, las barreras sociales pueden propiciar una alimentación no saludable.

El apoyo social se ha clasificado en tres tipos (Barrón, 1996): 1) instrumental, 2) informativo y 3) evaluativo. El primero se define como acciones o servicios tangibles, así como materiales proporcionados por otras personas, a fin de resolver problemas o facilitar la realización de una tarea. El segundo consiste en dar retroalimentaciones que sean útiles para

promover la autoevaluación del sujeto respecto de su situación actual. Finalmente, el tercero se refiere al proceso a través del cual las personas reciben información, consejos o guía al servicio de las necesidades particulares. Como resultado de lo anterior, se han realizado estudios en los que se ha evaluado algún tipo de apoyo con relación a la alimentación saludable. Hoerster, Wilson, Nelson, Reiber y Masheb (2016) encontraron una mejor calidad de la dieta asociada al reporte de que otra persona consumía alimentos saludables junto con ellos, animaba a comer alimentos saludables y compartía ideas sobre una alimentación saludable. Por su parte, Baruth, Wilcox y Condrasky (2011) encontraron que el apoyo informativo, tanto escrito como hablado, se asoció con un mayor consumo de frutas y verduras, así como alimentos ricos en fibra, y únicamente el escrito se asoció con el consumo de alimentos bajos en grasa; sin embargo, no encontraron relación del apoyo instrumental con el consumo de frutas y verduras. Asimismo, en los hombres se ha reportado que recibir apoyo social instrumental de la pareja, favoreció la intención de comer una dieta baja en grasa (Schulz, Ochsner, Hornung y Knoll, 2013). Los hallazgos previos permiten dar cuenta que no solo el apoyo social favorece la ingesta de alimentos saludables, sino que existen diferentes tipos de apoyo, los cuales tienen una mayor influencia que otros sobre ésta.

Dada la carencia de estudios en México de mujeres adultas con obesidad en donde se haya evaluado el comportamiento alimentario, el apoyo y las barreras sociales, el objetivo de la presente investigación fue analizar las diferencias en cuanto al tipo, frecuencia y cantidad de alimentos ingeridos, el apoyo y la barrera social recibidos para alimentarse saludablemente en mujeres con obesidad y normopeso durante el momento de la alimentación en una comida del día en el contexto natural. La hipótesis planteada, de acuerdo con la revisión anterior, fue que el grupo con obesidad mostraría una mayor ingesta de alimentos y específicamente de los alimentos no recomendables para consumo cotidiano, así como una mayor duración y velocidad de la ingesta de alimentos, menor apoyo social y mayores barreras sociales para una alimentación saludable en comparación con el grupo normopeso.

## Método

### Participantes

A partir de un muestreo no probabilístico por conveniencia se seleccionó a cinco mujeres con obesidad, con edad promedio de 39.2 años ( $DE = 1.4$ ) e índice de masa corporal (IMC) promedio de  $33.55 \text{ kg/m}^2$  ( $DE = 0.69$ ); y a cinco mujeres normopeso con edad promedio de 41.2 años ( $DE = 1.35$ ) e IMC promedio de  $22.68 \text{ kg/m}^2$  ( $DE = 1.03$ ). Ambos grupos estuvieron pareados por variables sociodemográficas, tales como: edad, escolaridad, estado civil, número de hijos y localidad (ver Tabla 1). Los criterios de inclusión fueron: a) participación voluntaria, b) IMC para obesidad (igual o mayor a  $30 \text{ kg/m}^2$ ) y normopeso ( $18.5 - 24.9 \text{ kg/m}^2$ ), c) no estén llevando un régimen de alimentación en el momento del estudio, y d) no presenten una enfermedad que sea la causa de la obesidad.

### Instrumentos

a) Formato de ficha de identificación e historial clínico, b) formato de registro del tipo y cantidad de alimentos ingeridos, c) balanza móvil seca 876 y estadiómetro móvil seca 213, d) cámara de videograbación CANON Vixia HF R700, e) báscula para alimentos, f) dos catálogos de observación sistemática elaborados *exprofeso*: uno para registrar la ingesta de alimentos recomendables y no recomendables, de acuerdo con la clasificación de la ENSANUT, 2016; y otro para evaluar las conductas de apoyo y las barreras sociales: 1) instrumental, 2) evaluativo y 3) informativo que recibe el sujeto focal en el momento de la alimentación. Ambos catálogos fueron elaborados a través del proceso de observación sistemática propuesto por Bakeman y Gottman (1989) y las categorías propuestas se relacionan con las categorías de tipos de apoyo propuestas por Barrón (1996). Las categorías del catálogo observacional se muestran en la Tabla 6 junto con ejemplos de lo que se observó en las videograbaciones.

### Procedimiento

Se estableció contacto con las cinco mujeres con obesidad y las normopeso, a quienes de manera particular se les entregó el formato de consentimiento informado, cuyo objetivo fue dar a conocer a las participantes

las actividades a realizar en el estudio, el manejo de la información y el solicitar su autorización para participar de manera voluntaria en la investigación, contemplando los artículos 1, 8, 15, 16, 17, 47, 48 y 49 del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009), además se contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Posteriormente se les tomaron datos de la ficha de identificación, historial clínico, se obtuvo el IMC, se acordaron las fechas y horarios en la que los investigadores realizarían el estudio.

El estudio se llevó a cabo con cada participante por un periodo de cuatro días consecutivos en el contexto natural de la alimentación, siendo este su hogar en el periodo de alimentación de la “comida”, es decir, en el periodo de alimentación principal del medio día, en el que se llevaron a cabo las siguientes actividades: 1) cada día uno de los investigadores llegaba al domicilio de la participante 15 minutos antes del momento en que iniciaba el periodo de “comida”, para colocar la cámara de videograbación en el lugar que habitualmente ingerían sus alimentos; 2) se registró el tipo de alimento y se pesó la cantidad que la participante ingeriría en ese periodo de alimentación; 3) una vez iniciado dicho periodo la videograbación abarcaba desde el momento en que se disponían los alimentos y hasta el término de todos los miembros presentes. Se les decía a las personas “continúen con su rutina habitual”, y posteriormente el investigador se retiraba del lugar; 4) una vez finalizado el periodo de la alimentación, el investigador regresaba a apagar la cámara y, en caso de que sobrara alimento, este era pesado. Después dos observadores realizaron el registro de las videograbaciones a partir del *software* de registro Lince, en el cual se introdujeron los catálogos de observación sistemática para realizar el registro codificado de las conductas. La confiabilidad entre observadores se obtuvo a partir del coeficiente Kappa de Cohen, siendo en promedio 0.87 (DE 0.07) para el registro de conductas de apoyo y barrera social y de 0.89 (DE 0.17) para el registro de conductas alimentarias.

### Análisis de datos

Se realizó un análisis por grupo, de las mujeres con obesidad y de las normopeso, en cuanto a frecuencia, el tipo y la cantidad de la ingesta de alimentos, la

duración del periodo de alimentación, el número de bocados y los sorbos por minuto. Asimismo, se analizó la frecuencia absoluta de las conductas de apoyo y de barreras, tanto global como por tipos (instrumental, informativo y evaluativo). Enseguida se realizó una comparación entre ambos grupos a partir de la prueba estadística *U* de Mann-Whitney, y algunas comparaciones intragrupo fueron realizadas con la prueba de Wilcoxon, con el *software* SPSS v. 20.

## Resultados

Las características sociodemográficas de la muestra se presentan en la Tabla 1.

### Conducta alimentaria

Al inicio de cada grabación fue investigado el tiempo de ayuno de la comida anterior (desayuno) a la comida que grabaría (comida principal de medio día). Se observó que el grupo con obesidad reportaron en promedio mayor tiempo de ayuno ( $272 \pm 29$  min) que el grupo normopeso ( $220 \pm 30$  min), cerca de 50 minutos de diferencia, aunque la diferencia no fue significativa.

La frecuencia relativa de ingesta de alimentos recomendables y no recomendables, calculada para cada grupo, reveló que el grupo normopeso ingirió significativamente mayor frecuencia de bebidas no endulzadas ( $p = .001$ ), y en menor frecuencia bebidas endulzadas ( $p = .001$ ), antojitos mexicanos fritos y comida rápida ( $p = .014$ ), ver Tabla 2. Así mismo, se observó una mayor variedad de alimentos que proporcionan proteína, ya que, si bien se observó una frecuencia de consumo similar en cuanto a carnes procesadas y no procesadas, el grupo normopeso, ingirió además otros productos como lácteos y huevo que no se observaron en el grupo con obesidad. Se puede observar además en la Tabla 2, que las mujeres normopeso ingirieron cerca del 90% de las veces verduras y en esta comida no consumieron frutas, mientras que las mujeres con obesidad sólo el 65% de las veces consumieron verduras y en un 10% consumieron frutas durante esta comida, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

En cuanto a la cantidad total de alimento ingerido (excluyendo las bebidas), se encontró que no hubo

**Tabla 1. Características de la muestra**

Variable	Subcategorías	Obesidad Media (±ES)	Normo peso Media (±ES)
n		5	5
Sexo		Femenino	Femenino
Edad media		39.2 (±1.42)	41.2 (±1.35)
IMC media		33.55kg/m2 (±0.69)	22.68 kg/m2 (±1.03)
Localidad		Urbana	Urbana
Escolaridad máxima		Preparatoria	Preparatoria
Ocupación	Ama de casa/ comerciante	2	1
	Ama de casa	0	1
	Empleada	2	2
	Estilista/ modista	1	1
Estado civil	Soltera (n)	2	1
	Casada (n)	3	3
	Divorciada (n)	0	1
Número de hijos	1	1	0
	2	2	1
	3	2	3
	4	1	1

Nota: Las características sociodemográficas de los participantes de cada grupo fueron pareadas

diferencias significativas entre el grupo con obesidad y normopeso (Tabla 3). Sin embargo, al realizar el análisis de la cantidad total por tipo de alimento (recomendable y no recomendable), se encontró que las mujeres con obesidad ingirieron significativamente mayor cantidad de alimentos no recomendables ( $p = .034$ ), principalmente “antojitos mexicanos” fritos y comida rápida ( $p = .015$ ).

Respecto al análisis de la cantidad total de bebida ingerida, no se encontraron diferencias significativas. Sin embargo, al realizar el análisis de la cantidad total por tipo de bebida (recomendable y no recomendable), se encontró que las mujeres normopeso ingieren más cantidad de bebidas no endulzadas ( $p = .01$ ), mientras que las mujeres con obesidad fueron

**Tabla 2. Frecuencia relativa de la ingesta de alimentos**

Tipos de alimentos de acuerdo con categorización de la ENSANUT	Obesidad	Normopeso
	Media (±ES) (%)	Media (±ES) (%)
<b>Alimentos recomendables</b>		
Fruta	10 (±.06)	0 (±.00)
Verdura	65 (±.10)	90 (±.06)
Leguminosas	15 (±.08)	10 (±.06)
Carnes no procesadas	60 (±.11)	60 (±.11)
Bebidas no endulzadas	15 (±.08)	65 (±.10)*
Huevo	0 (±.00)	5 (±.05)
Lácteos	0 (±.00)	10 (±.06)
Cereales	90 (±.06)	85 (±.08)
<b>Alimentos no recomendables</b>		
Carnes procesadas	15 (±.08)	15 (±.08)
Antojitos mexicanos fritos y comida rápida	45 (±.11)	10 (±.06)*
Botanas, dulces y postres	5 (±.05)	15 (±.08)
Bebidas endulzadas	85 (±.08)	35 (±.10)*

Notas. \*  $p < .05$  con la prueba U de Mann Whitney, ± ES representa el error típico de la media.

quienes ingirieron más bebidas endulzadas ( $p = .022$ ), ver tabla 3.

La duración de ingesta de alimento, desde que se ingirió el primer bocado y hasta el último, no arrojó diferencia significativa entre las mujeres con obesidad y las normopeso tardando en promedio 13 minutos, lo que indica que ingieren sus alimentos en un periodo de tiempo similar (ver Tabla 4). No obstante, esta duración para ambos grupos es menor a las recomendaciones pues las primeras señales de saciedad provenientes del estómago son identificadas hasta que han transcurrido entre 20 y 30 minutos desde el comienzo del comer (De la Cruz-Guillén, Zenteno-Díaz, Toledo-Meza, 2015). Tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto al número de bocados y de sorbos por minuto entre ambos grupos (Tabla 4), lo que indica una velocidad de la ingesta semejante entre los grupos.

**Tabla 3. Cantidad ingerida de alimentos y bebidas**

Tipo de alimentos y bebidas ingeridas	Obesidad	Normopeso
	Media (±ES) (Gr)	Media (±ES) (Gr)
<b>Cantidad total de alimento ingerido</b>	<b>400.45 (±31.59)</b>	<b>338.3 (±20.36)</b>
<b>Cantidad total de alimento recomendable</b>	<b>295.4 (±44.3)</b>	<b>299.2 (±27.1)</b>
Fruta	19.1 (±13.3)	0 (± 0)
Verdura	69.35 (±15)	112.2 (± 17.6)
Leguminosas	14.8 (±8.9)	10.15 (± 7.1)
Carnes no procesadas	67.1 (±14)	59.8 (± 12.9)
Huevo	0 (± 0)	1.45 (± 1.4)
Lácteos	0 (± 0)	9.55 (± 7)
Cereales	125.05 (± 25.5)	106.05 (± 14.7)
<b>Cantidad total de alimento no recomendable</b>	<b>105.05 (±24.5)</b>	<b>39.1 (±15.2)*</b>
Carnes procesadas	14.7 (± 8)	7.35 (± 4.3)
Antojitos mexicanos fritos y comida rápida	87.15 (±25.4)	18.95 (±14.6)*
Botanas, dulces y postres	3.2 (± 3.2)	12.8 (± 7)
<b>Cantidad total de bebida ingerida</b>	<b>329 (±49.9)</b>	<b>346.15 (±30.18)</b>
<b>Cantidad total de bebida no endulzada</b>	<b>38.8 (±23.02)</b>	<b>222.35 (±42.22)*</b>
<b>Cantidad total de bebida endulzada</b>	<b>290.2 (±56.08)</b>	<b>123.8 (±39.55)*</b>

Notas. \*  $p < .05$  con la prueba U de Mann Whitney, ± ES representa el error típico de la media.

### Apoyo y barreras sociales recibidas

Tanto las mujeres con obesidad y normo peso ingirieron sus alimentos en mayor frecuencia en compañía de sus hijos a diferencia de los otros miembros de la red social; particularmente en el grupo normo peso el 100% de las veces comió con miembros de su familia nuclear, sus hijos principalmente, mientras que en el de obesidad el 70% de las veces estuvieron con sus hijos, y se incluyen en otras ocasiones otras personas como sobrinos, madre y amistades. Sólo una

**Tabla 4. Duración de la ingesta de alimentos**

Variable	Obesidad	Normopeso
	Media (±ES)	Media (±ES)
Duración de la ingesta (min)	13,37 (± 2.81)	13,62 (± 1.40)
Numero de bocados por minuto	4,09 (±0.31)	3,72 (± 0.48)
Numero de sorbos por minuto	0.41(±.060)	0.66 (± .063)

Notas. \*  $p < .05$  con la prueba U de Mann Whitney, ± ES representa el error típico de la media.

participante en una ocasión comió sola. Por lo que se puede señalar que tanto el apoyo como las barreras sociales fueron recibidos principalmente por los hijos de las mujeres participantes. Además de que fue más inconsistente el ambiente social de alimentación en el grupo con obesidad que en el de normo peso.

No obstante, las participantes reportaron en la entrevista inicial de cada sesión que la mayoría de las veces son ellas las que eligieron sus alimentos tanto las participantes con obesidad como las normo peso (80% y 75%, respectivamente), y un mayor porcentaje de las observaciones de mujeres con obesidad prepararon sus alimentos en comparación con mujeres normo peso (85% versus 65%, respectivamente). Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Este dato indica que ellas son las principales encargadas de la selección y preparación de sus alimentos, pero esto no impide la identificación de conductas de apoyo y barrera social que puedan estar recibiendo de las personas que las acompañan a comer.

Respecto a la frecuencia absoluta de conductas de apoyo y barrera social que recibieron y que proporcionaron las participantes en relación a sus acompañantes, se observó que en general las mujeres del estudio realizaron más conductas tanto de apoyo y barrera hacia sus acompañantes de las que ellas recibieron. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en el apoyo y barrera global recibido. Sin embargo, el grupo con normo peso proporcionó una mayor frecuencia de conductas de apoyo en comparación al grupo de obesidad ( $p=.022$  con U de Mann

Whitney) y proporcionaron un mayor porcentaje de conductas de apoyo que de barrera (90% versus 10%, respectivamente,  $p = 0.001$  con Wilcoxon). En cambio, el grupo con obesidad proporcionó una mayor frecuencia de conductas de barrera en comparación al grupo con obesidad ( $p = 0.013$  con U de Mann Whitney), pero proporcionaron el mismo porcentaje de conductas de apoyo que de barrera (47% versus 53%,  $p > 0.05$  con Wilcoxon).

Al realizar el análisis de las frecuencias por tipo de apoyo y de barrera, se encontró que las mujeres con obesidad recibieron más barreras instrumentales ( $p = 0.031$ ), tales como: ofrecer, disponer y ayudar para ingerir un alimento no recomendable, así como menos conductas de apoyo informativo para alimentarse saludablemente ( $p = 0.009$ ), como son: instrucciones sobre qué alimento es recomendable comer, qué alimento no es recomendable, la cantidad de alimento recomendable, limitaciones sobre la cantidad de ingesta de alimento no recomendable, información positiva de las propiedades organolépticas y nutricionales de los alimentos recomendables, información negativa sobre las propiedades organolépticas y nutricionales de los alimentos no recomendables, e información sobre el contenido del alimento recomendable. Para ver los ejemplos de las conductas observadas ver tabla 6.

Así mismo, se observó que las mujeres con normo peso proporcionaron mayor apoyo de los tres tipos, aunque sólo fueron estadísticamente significativos

el apoyo evaluativo y el informativo (ver Tabla 6 para detalle de las conductas) y significativamente menor frecuencia de conductas de barrera tanto instrumentales, evaluativas e informativas en comparación con las conductas proporcionadas por las mujeres con obesidad ( $p < 0.05$  con U de Mann Whitney).

## Discusión

El objetivo de la presente investigación fue analizar las diferencias en cuanto al tipo, frecuencia y cantidad de alimento ingerido en una comida del día, el apoyo y la barrera social recibidos y proporcionados para alimentarse saludablemente en mujeres con obesidad y normopeso durante el momento de y la alimentación en el contexto natural. La hipótesis se corrobora parcialmente. En la presente investigación se encontró que tanto las mujeres con obesidad como las normopeso ingirieron una cantidad total similar de alimentos y bebidas, contrario a lo reportado en otros estudios (Oda et al., 2015; Oh y Saito, 2015; Saneei et al., 2016). Esta diferencia puede estar vinculada a que en esta investigación se realizó una medición directa de los alimentos, a diferencia de los estudios previamente citados (Oda et al., 2015; Oh y Saito, 2015; Saneei et al., 2016), los que se basaron en la percepción del individuo sobre la cantidad de alimento ingerida. Lo mismo ocurrió respecto a la duración y la velocidad

**Tabla 5. Frecuencia absoluta apoyo y barreras sociales recibidas y proporcionadas durante la alimentación cotidiana de las participantes en la interacción con sus acompañantes**

Categoría de conductas	Frecuencia de conductas recibidas		Frecuencia de conductas proporcionadas	
	Obesidad	Normo peso	Obesidad	Normo peso
Apoyo global	2.6 (± 0.53)	5.6 (± 1.79)	6.2 (± 1.71)	17.2 (± 3.43)*
Barrera global	4 (± .86)	2.4 (± .80)	7.86 (± 1.94)	1.73 (± 0.5)*
<b>Tipo de apoyo / barrera</b>				
Apoyo instrumental	2.8 (± 2.26)	3.2 (± .96)	12.2 (± 3.70)	22 (± 6.45)
Barrera instrumental	2.8 (± .48)	0.8 (± .48)*	12.6 (± 4.11)	2.6 (± 1.16)*
Apoyo evaluativo	1 (± .20)	0.2 (± .44)	0.8 (± 0.37)	4 (± 0.89)*
Barrera evaluativa	1.4 (± .24)	0.4 (± .67)	0.6 (± 0.24)	0 (± 0.00)*
Apoyo informativo	4.2 (± 1.98)	13.6 (± .73)*	5.6 (± 0.67)	25.6 (± 3.77)*
Barrera informativa	8 (± 1.15)	6.2 (± 1.04)	10.4 (± 1.53)	2.6 (± 0.40)*

Notas. \*  $p < .05$  con la prueba U de Mann Whitney, ± ES representa el error típico de la media.

**Tabla 6. Catálogo conductual y ejemplos de conductas observadas sobre apoyo y barreras recibidas de un acompañante en la alimentación de las participantes.**

Categoría	Conducta	Ejemplo
APOYO INSTRUMENTAL: Acciones y servicios tangibles proporcionados por otras personas para llevar una alimentación saludable	Ofrece alimento recomendable	-¿Quieres un vasito de agua? -¿Quieres fresas?
	Dispone alimento recomendable	-Pone el plato de fruta en el lugar de la persona.
	Ayuda para ingerir un alimento recomendable	-Calienta el caldo de pollo
BARRERAS INSTRUMENTALES: Acciones y servicios tangibles proporcionados por otras personas para llevar una alimentación NO saludable.	Ofrece alimento NO recomendable	-¿Quieres refresco? -¿Quieres galletas?
	Dispone alimento NO recomendable	-Pone el plato de papas fritas en el lugar de la persona.
	Ayuda para ingerir un alimento NO recomendable	-Le abre el refresco
APOYO INFORMATIVO: Las personas reciben información, consejos o guía para llevar una alimentación saludable.	Instruye que alimento recomendable comer	-Agarra fresas -Deberías de comer tortillas de maíz.
	Instruye que alimento NO recomendable evite comer	-No le pongas azúcar -No comas pizza
	Instruye sobre la cantidad de alimento recomendable	-Comete toda la lechuga -Dale otro traguito al agua
	Limita la cantidad de ingesta de alimento NO recomendable	-Hasta ahí con ese refresco. -Sólo poquito jamón
	Informa sobre propiedades organolépticas positivas de los alimentos recomendables	-las calabazas están buenas -Quedaron buenísimos los frijoles.
	Informa sobre propiedades organolépticas negativas de los alimentos NO recomendables	-las papas están muy saladas -las enchiladas ni sabían a nada
	Informa sobre propiedades nutricionales positivas de los alimentos recomendables	-Esta carne tiene mucha proteína
	Informa sobre propiedades nutricionales negativas de los alimentos NO recomendables	-las papas tienen mucha grasa
	Informa sobre el contenido del alimento recomendable	-Lleva queso crema, pepino y aguacate
	Apoyo social a un tercero	-M le dice a B “no le pongas tanta azúcar (el sujeto focal está presente).
BARRERAS INFORMATIVAS: Las personas reciben información, consejos o guía para llevar una alimentación NO saludable.	Instruye que alimento NO recomendable comer	-pruébala (agua de Jamaica con azúcar) -ponle cátsup
	Instruye sobre la cantidad de alimento NO recomendable	-Come más pan -Ponle más sal y otra rebanada de jamón
	Limita la ingesta de alimento recomendable	-Ya no comas jitomate
	Limita la cantidad de ingesta de alimento recomendable	-Ya no comas tanta lechuga

**Tabla 6. Catálogo conductual y ejemplos de conductas observadas sobre apoyo y barreras recibidas de un acompañante en la alimentación de las participantes.**

Categoría	Conducta	Ejemplo
	Informa sobre propiedades organolépticas positivas de los alimentos NO recomendables	-Los taquitos están deliciosos
	Informa sobre propiedades organolépticas negativas de los alimentos recomendables	-Está bien desabrida el agua
	Informa sobre propiedades nutricionales positivas de los alimentos NO recomendables	-Las papas te dan energía
	Informa sobre propiedades nutricionales negativas de los alimentos recomendables	-esta fruta no tiene nada de fibra
	Da información negativa del contenido del alimento recomendable	-la manzana tiene algo negro
	Barrera de apoyo a un tercero	-M le dice a B “no comas lechuga” (el sujeto focal está presente)
APOYO EVALUATIVO: Consiste en dar retroalimentaciones que sean útiles para promover la autoevaluación del sujeto respecto a una alimentación saludable	Elogia la ingesta de alimento recomendable	-Me da gusto que comas fruta.
	Elogia la cantidad de alimento recomendable	-Wow ya tomas más agua!! Bravo!!
	Señala la ausencia de ingesta de alimento recomendable	-No comiste tortillas -No has comido de la fruta.
	Critica la ingesta de alimento NO recomendable	- No está bien que tomes refresco
	Critica la cantidad de ingesta de alimentos NO recomendables	-Ya comiste muchas papas
	Compara las consecuencias positivas de la ingesta de alimentos recomendables	-Mi amiga ahora come brócoli y se ha sentido muy bien. -Desde que tomo agua ya no me duele la cabeza.
	Compara consecuencias negativas de la ingesta de alimentos NO recomendables	-Mariana toma refresco y ha subido mucho de peso
BARRERAS EVALUATIVAS: Consiste en dar retroalimentaciones para promover la autoevaluación del sujeto que favorece una alimentación NO saludable	Elogia la ingesta de alimentos NO recomendables	-Qué bueno que comas jamón
	Critica la ingesta de alimentos recomendables	-Otra vez vas a comer ensalada!!!
	Señala la no ingesta de alimentos NO recomendables	-Hay porque no vas a tomar refresco.
	Compara las consecuencias positivas de la ingesta de alimentos NO recomendables	-Mi amiga toma coca-cola cuando le duele la cabeza y después se siente muy bien.
	Compara consecuencias negativas de la ingesta de alimentos recomendables	-Tome agua natural en la comida y se me inflamó el estómago

de la ingesta, ya que en esta investigación no se encontraron diferencias entre los grupos, ni tampoco en el número de bocados y sorbos por minuto. Esto a diferencia de lo señalado por otros autores, quienes encontraron que personas con obesidad invierten un mayor tiempo en sus comidas, tienen una tasa de consumo de moderada a rápida (Saneei et al., 2016) o comen más rápido (Oda et al., 2015; Reséndiz et al., 2015). Igual que en el caso de la frecuencia, esto podría deberse a que en el presente estudio no se evaluó a partir de la estimación de los participantes, sino a partir de mediciones directas de la ingesta.

Por otro lado, analizar la ingesta por el tipo de alimento que las personas están ingiriendo ayudó a clarificar las diferencias en cuanto a tipo de alimento, frecuencia y cantidad ingerida en una comida del día entre personas con obesidad y sin obesidad, pues se encontró que las primeras ingirieron una mayor cantidad de bebidas endulzadas, antojitos mexicanos fritos y comida rápida, a diferencia del grupo normopeso. Estos resultados son consistentes con lo reportado por la OMS (2016), la que señala que la ingesta de azúcares libres, entre ellos los contenidos en las bebidas endulzadas, son el principal factor que da lugar a la obesidad, además del aumento en la ingesta de alimentos ricos en azúcar y grasa (OMS, 2018). Por tanto, diseñar estrategias encaminadas a la disminución del consumo de bebidas endulzadas que acompañan las comidas de forma cotidiana podría ser pauta clave para la prevención de esta problemática de salud en el país. En este sentido, en México se han hecho algunos esfuerzos, como el incremento –a partir de enero de 2014– en el impuesto a este tipo de bebidas (Colchero, Zavala, Batis, Shamah-Levy y Rivera-Dommarco, 2017). Sin embargo, en la ENSA-NUT (INSP, 2016) se reportó que 85.3% de la población adulta en México consume bebidas endulzadas de forma cotidiana, porcentaje que sigue siendo alto. Esto evidencia la necesidad de incluir otras variables relacionadas con el consumo de estos alimentos y, entre ellas, en este estudio se propuso el apoyo y las barreras sociales que se proporcionan en el ambiente cotidiano.

Al realizar el análisis global del apoyo y las barreras no se encontraron diferencias significativas entre los grupos; sin embargo, al analizar los distintos tipos, se

encontró que el entorno social podría estar asociado con el comportamiento alimentario. Específicamente, el apoyo informativo fue el más frecuente en las personas normopeso, quienes mostraron una menor ingesta de alimentos no saludables, tal como se encontró en otros estudios (Baruth et al., 2011; Hoerster et al., 2016), en donde señalaron que el apoyo informativo favoreció una alimentación saludable en los participantes, aunque en dichos estudios no consideraron el IMC, mientras que en el presente estudio a partir del IMC se observaron diferencias que sugieren más puntualmente la relación entre la alimentación saludable, el peso saludable y el apoyo social para dicha alimentación. Por otro lado, en el presente estudio, las barreras instrumentales fueron el tipo de barreras más frecuentes en aquellas personas que presentaron una mayor ingesta de alimentos no recomendables. Esto puede estar relacionado en parte porque las participantes del estudio son las que en su mayoría de las veces eligen y preparan los alimentos, lo que puede sugerir en el grupo de mujeres normopeso una mayor disposición de alimentos recomendables que a su vez favorece una menor frecuencia de barreras instrumentales que emiten los acompañantes y un mayor apoyo informativo respecto de esos mismos alimentos disponibles. A pesar de la necesidad de realizar otros estudios más de tipo experimental que prueben esta posible explicación, los hallazgos del presente estudio ponen en evidencia la necesidad de considerar el tipo tanto de apoyo como de barreras que las personas reciben en cuanto a su alimentación, en aras de clarificar qué tanto pueden estar implicadas en su comportamiento alimentario, peso y salud.

Considerando que Winston et al. (2015) encontraron que personas con obesidad que reportaban tener en su red social comportamientos perjudiciales o ninguna ayuda para lograr una alimentación saludable aumentaron de peso, el hallazgo de que las participantes obesas del presente estudio reciban mayores barreras instrumentales podría representar un obstáculo al momento de plantearse una modificación de hábitos alimentarios para perder peso y mejorar su salud. Por tanto, sería conveniente incluir a la familia en las intervenciones para la modificación de la conducta alimentaria en personas con obesidad,

en donde se pueda propiciar un aumento de las conductas de apoyo informativo y un decremento de las barreras instrumentales, como una estrategia para favorecer los comportamientos alimentarios saludables en los contextos cotidianos de alimentación.

Otro dato interesante en este estudio fue que las mujeres con obesidad proporcionaron a las personas que acompañaron el momento de la alimentación, siendo sus hijos principalmente, un mayor porcentaje de conductas de barreras y un menor porcentaje de conductas de apoyo para alimentarse saludablemente a diferencia del grupo de mujeres con normo peso. Al analizar los tipos de apoyo y barrera que proporcionaron las mujeres con obesidad y normo peso, en esta investigación se encontró que las mujeres con normo peso proporcionaron una mayor frecuencia de conductas de apoyo informativo y evaluativo a diferencia del grupo con obesidad que proporcionó una mayor frecuencia de conductas de barreras instrumentales, informativas y evaluativas para alimentarse saludablemente. Los hallazgos previos podrían indicar el rol que pueden estar jugando estas mujeres para propiciar en el caso de mujeres con obesidad la ingesta de alimentos no saludables o en mujeres normo peso la ingesta de alimentos saludables en su ambiente familiar, a partir de las interacciones sobre la conducta alimentaria dentro de los contextos de alimentación cotidianos. Estudios experimentales o clínicos que atiendan esta variable del contexto son necesarios para confirmar la participación del apoyo y barrera en el contexto familiar en la alimentación saludable.

En conclusión, los datos encontrados en el presente estudio podrían apuntar a la necesidad de abordar la frecuencia y cantidad de la ingesta de bebidas endulzadas, antojitos mexicanos fritos y comida rápida, en el diseño de intervenciones para la modificación de la conducta alimentaria en personas con obesidad. Además, los hallazgos sugieren que la salud de las personas está relacionada con las interacciones que se dan en los contextos de alimentación habitual, lo que podría constituir un factor asociado en el mantenimiento de comportamientos alimentarios saludables (Baruth, et al., 2011; Hoerster, et al., 2016). Ello demuestra la necesidad e importancia de estudiar la alimentación del individuo inserta en un contexto social, para comprender la conducta alimentaria de

las personas que padecen obesidad e involucrar a sus familias en las intervenciones planteadas.

### Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones es que solo se evaluó de forma directa una comida durante el día, por lo que se sugiere evaluar todas las comidas principales en un día, para tener el panorama completo de la ingesta alimentaria de las personas con obesidad. Además, el estudio estuvo dirigido únicamente a mujeres, y resulta necesario considerar en futuros trabajos a ambos sexos, con la finalidad de identificar si existen diferencias por sexo en cuanto a estas variables. Futuros análisis de las videograbaciones que incluyan a las personas que acompañaban a nuestras participantes durante el momento de alimentación, por ejemplo, identificando el comportamiento alimentario de los hijos de mujeres obesas y compararlo con los de mujeres normo peso podría ayudar a ampliar el conocimiento sobre el rol de las interacciones sociales en la transmisión de hábitos alimentarios. Realizar un análisis más de la interacción social durante el momento de alimentación, así como otros análisis de dicha interacción con más detalle en función de la edad de los hijos y el rol de la mujer en su contexto social podría ayudar a clarificar la relación y la direccionalidad de las posibles influencias del apoyo y barreras sociales en la alimentación saludable.

### Referencias

- Bakeman, R. y Gottman, J. M. (1989). *Observación de la interacción: Introducción al análisis secuencial*. Madrid: Morata.
- Barron, A. (1996). *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Baruth, M., Wilcox, S. y Condrasky, M. (2011). Perceived environmental church support is associated with dietary practices among African-American adults. *American Dietetic Association*. 111, 889-893. DOI: 10.1016/j.jada.2011.03.014
- Berg, C., Lappas, G., Wolk, A., Strandhagen, E., Tore'n, K., Rosengren, A. et al. (2009). Eating patterns and portion size associated with obesity in a Swedish population. *Appetite*, 52, 21-26. DOI:10.1016/j.appet.2008.07.008
- Colchero, M. A., Zavala, J. A., Batis, C., Shamah-Levy, T. & Rivera-Dommarco, J. A. (2017). Cambios en los precios

- de bebidas y alimentos con impuesto en áreas rurales y semirurales de México. *Salud Pública de México*, 59, 137-146. DOI: 10.21149/7994
- De la Cruz-Guillén, D. A., Zenteno-Díaz, A. L., & Toledo-Meza, M. D. (2015). Estado nutricional y factores de riesgo en alumnos con sobrepeso de una universidad pública del estado de Chiapas. *Medicina Interna de Mexico*, 31(6).
- Hoerster, K. D., Wilson, S., Nelson, K. M., Reiber, G. E. y Masheb R. M. (2016). *Eating Behaviors*, 23, 168-173. DOI.org/10.1016/j.eatbeh.2016.10.003
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (2016) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/informes.php>
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_informe\\_final.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf)
- Johnson, E. R., Carson, T. L., Affuso, O., Hardy C. M. y Baskin, M. L. (2014). Relationship between social support and body mass index among overweight and obese African American women in the rural deep south, 2011-2013. *Preventing Chronic Disease, Public Health Research, Practice, and Policy*, 11, E224. DOI: 10.5888/pcd11.140340.
- Marín-Guerrero, A. C., Gutiérrez-Fisac, J. L., Guallar-Castillón, P., Banegas, J. R. y Rodríguez-Artalejo, F. (2008). Eating behaviors and obesity in the adult population of Spain. *British Journal of Nutrition*, 100, 1142-1148. DOI:10.1017/S0007114508966137
- Oda-Montecinos, C., Saldaña, C. y Andrés, A. (2015). Comportamientos alimenticios cotidianos y anómalos en una muestra comunitaria de adultos chilenos. *Nutrición Hospitalaria*, 23(2), 590-599. DOI:10.3305/nh.2015.32.2.9171
- Oh, C. H. y Saito, E. (2015). Comparison of eating habits in obese and non-obese Filipinas living in an urban area of Japan. *Journal of immigrant and minority health*, 17(2), 467-473. DOI 10.1007/s10903-014-0024-9
- Organización Mundial de Salud. (2016). *La OMS recomienda aplicar medidas en todo el mundo para reducir el consumo de bebidas azucaradas y sus consecuencias para la salud*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/detail/11-10-2016-who-urges-global-action-to-curtail-consumption-and-health-impacts-of-sugary-drinks>
- Organización Mundial de Salud. (2018). *Obesidad y sobrepeso*. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2017). *Obesity update*. [http://oment.uanl.mx/descarga/obesity-update-2017\\_ocde.pdf](http://oment.uanl.mx/descarga/obesity-update-2017_ocde.pdf)
- Osorio, J., Weisstaub, G. y Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*, 29, 3. DOI.org/10.4067/S0717-75182002000300002
- Posea, M., Dragomir, A. y Radulian, G. (2016). Eating habits in normal weight and obese people. *Diabetes Nutr Metab Dis*, 23(4), 387-395. DOI: 10.1515/rjdnmd-2016-0045
- Reséndiz, A. M., Hernández, S. V., Sierra, M. A. y Torres, M. (2015). Hábitos alimenticios en pacientes con obesidad severa. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 272-681. DOI:10.3305/nh.2015.31.2.7692
- Saneei, P., Esmailzadeh, A., Hassanzadeh A. H., Feizi, A., Feinle-Bisset, C. y Adibi, P. (2016). Patterns of dietary habits in relation to obesity in Iranian adults. *Eur J Nutr*, 55, 713-728. DOI 10.1007/s00394-015-0891-4
- Schulz, U., Ochsner, S., Hornung, R. y Knoll, N. (2013). Does social support really help to eat a low-fat diet? Main effects and gender differences of received social support within the health action process approach. *Applied psychology: Health and wellbeing*, 5(2), 270-290. DOI: 10.1111/aphw.12010.
- Schwarzer, R. y Leppin, A. (1991) Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127. DOI:10.1177/0265407591081005
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Sriram, U., Morgan, E. H., Graham, M. L., Folta, S. C. y Seguin, R. A. (2018). Support and sabotage: A qualitative study of social influences on health behaviors among rural adults. *Journal of Rural Health*, 34, 88-97. DOI: 10.1111/jrh.12232
- Winston, G., Phillips, E. G., Wethington, E., Devine, C., Wells, M., Peterson, J. C. et al. (2015). *Obesity*, 23(8), 1570-1576. DOI:10.1002/oby.21155.