

Representaciones sociales de médicos/as de primer nivel de atención en torno al sobrepeso y la obesidad

Donovan Casas Patiño,¹ Alejandra Rodríguez Torres²

Social representations of primary care physicians regarding overweight and obesity

Recibido: 27 de enero de 2026

Aceptado: 22 de abril de 2026

Resumen

Introducción: esta investigación de enfoque cualitativo da voz a los médicos/as de primer nivel de atención en torno al cuidado integral del paciente con Sobrepeso y Obesidad (SPyO).

Métodos: se utiliza la Teoría de las Representaciones Sociales (RS), construyendo una entrevista semiestructurada tomando como eje las categorías emergentes del grupo focal: conocimiento de la enfermedad, normas y reglamentos, tiempo de la consulta, desafíos y carencias. Ya validado el instrumento se aplicó a una muestra de 25 médicos/as.

Resultados y Discusión: las RS muestran una alta capacitación, formación y alineación para el diagnóstico y tratamiento del SPyO, comentan que existen limitantes como el breve tiempo de la consulta, la falta de equipo multidisciplinario, así como compromiso por parte del paciente y la institución en salud para abordar integralmente el tratamiento.

Conclusiones: el perfil biomédico sigue instaurado en la atención integral al paciente con SPyO si no se trasciende en atender las necesidades del primer nivel de atención, así como los determinantes sociales de salud. Esta pandemia seguirá al alza en todos los contextos de la población.

PALABRAS CLAVE

Obesidad, Sobrepeso, Representaciones Sociales, Médicos.

Abstract

Introduction: This qualitative research approach gives voice to primary care physicians regarding the comprehensive care of patients with Overweight and Obesity (OWE).

Methods: The Social Representations Theory (SR) is used, constructing a semi-structured interview taking as its axis the emerging categories of the focus group: knowledge of the disease, rules and regulations, consultation time, challenges and shortcomings. The instrument has already been validated and applied to a sample of 25 physicians.

Results and Discussion: The SRs show a high level of training, formation and alignment for the diagnosis and treatment of OWE, they comment that there are limitations such as the short consultation time, the lack of a multidisciplinary team, as well as commitment on the part of the patient and the health institution to comprehensively address the treatment of OWE.

Conclusions: The biomedical profile remains established in the comprehensive care of patients with SPyO, if we do not transcend to address the needs of the first level of care, as well as the social determinants of health, this pandemic will continue to rise in all contexts of the population.

KEY WORDS

Obesity, Overweight, Social Representations, Physicians.

¹ Universidad Autónoma del Estado de México, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>. capo730211@yahoo.es ² Universidad Autónoma del Estado de México, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2582-0625>

Introducción

El sobrepeso y la obesidad (SPyO) han ido en aumento en todo el mundo,¹ según la Organización Mundial de la Salud, en 2022, uno de cada ocho personas vive con obesidad, y hay alrededor de 2,500 millones de adultos que tienen sobrepeso; además cinco millones de muertes estuvieron asociadas con esta enfermedad.^{2,3} Los escenarios que se dibujan en torno a esta pandemia son contrastantes, por un lado, el progreso social con su estabilidad económico-político demuestra que ingresos altos es igual a mayor disponibilidad de calorías,⁴ y por el otro, la marginación social se asocia a un bajo nivel socioeconómico mostrando niveles altos de SPyO.⁵ Cabe mencionar que es un padecimiento multifactorial debido a factores ambientales, obesogénicos, culturales, psicosociales y variantes genéticas, asociados de manera directa a los determinantes sociales de la salud, que determinan algún grado de asociación entre el desequilibrio de la ingesta de energía (dieta) y el gasto de energía (actividad física).² Ante este panorama, desde 1997 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la obesidad como problema de salud pública mundial.⁶

En México, se tienen datos de esta transición obesogénica. En 1944 se realiza una de las primeras encuestas en salud en cuatro comunidades del Valle del Mezquital, reportando desnutrición de 72 % en personas de 16 a 50 años, y 9 % de un peso mayor al adecuado para su edad. De 1958 a 1962 se realizaron encuestas en poblaciones urbanas y rurales anexas al Distrito Federal (hoy Ciudad de México) utilizando por primera vez indicadores antropométricos, encontrando entre 5 y 15 % de prevalencia de sobrepeso en zona urbana y desnutrición en zonas rurales. En 1979 y 1989 se realizaron las Encuestas Nacionales de Alimentación (ENAL-79 y ENAL-89), enfocadas en desnutrición infantil, olvidándose del SPyO.^{7,8} En 1988 surgió la primera Encuesta Nacional en Nutrición (ENN-1988) la cual detectó 34.5 % de SPyO en mujeres. Para 1999 se realizó otra encuesta (ENN-1999) y se detectó 61 % de SPyO en mujeres, en ambas encuestas sólo se recabó información de mujeres.^{7,8}

En 2006, inicia la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT-2006), “dando lugar al surgimiento de la primera Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ya definida con una periodicidad sexenal”.⁹ En esta se reportó prevalencias de SPyO de 71.9 % para mujeres y 66.7 % para hombres.¹⁰ En 2012 hubo un incremento de SPyO tanto en hombres como en mujeres, 69.4 % y 73 % respectivamente.¹¹ Para 2016 las prevalencias siguieron incrementando en mujeres con 75.6 % y se mantuvo en 69.4 % hombres.¹² En los reportes de 2018 y 2019 se reportó 76.8 % de SPyO en mujeres y un incremento significativo en el caso de los hombres de 73 % en hombres.¹³ De las últimas encuestas realizadas en 2022 el SPyO representó un 76.8 % en mujeres y 73.9 % en hombres.¹⁴ De esta forma podemos observar que en México ha tenido un comportamiento a la alza tanto en hombres como en mujeres en el grupo etario de adultos (mayores de 18 años) y representa unas cifras alarmantes, sobre todo por la relación con las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas.

Respecto a iniciativas para el combate al SPyO en México, se pueden dividir en tres: en primer lugar, las leyes. En este sentido, la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, en el 4 artículo cita “Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará”,¹⁵ Ley General en Salud, en su artículo 3 cita “La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, sobrepeso, obesidad y otros trastornos de la conducta alimentaria”.¹⁶ De esta forma se establecen las modalidades y bases para un control del SPyO a nivel Nacional, con aplicación en toda la República a nivel público y de orden social.

En segundo lugar, normas oficiales mexicanas en salud (NOMS) y Guías de Práctica Clínica (GPC), estas son regulaciones técnicas obligatorias expedidas por las dependencias competentes: NOM-174-SSA1-1998 Para el manejo integral de la obesidad,¹⁷ NOM-008-SSA3-2010 Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad,¹⁸ NOM-008-SSA3-2017 Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.¹⁹ En estas normas se establecen las

funciones asistenciales del médico/a, nutriólogo y psicólogo, así como la infraestructura necesaria, las medidas restrictivas y las medidas preventivas para la atención del SPyO, así como la regulación de la publicidad como medidas de control. Por su parte las GPC son documentos de referencia que incluyen recomendaciones dirigidas a optimizar la atención a los pacientes,²⁰ basadas en evidencia y bajo un consenso de expertos, con el objetivo de homogeneizar y homologar las acciones en salud, pero no son de carácter obligatorio. Entre ellas se encuentran las siguientes: GPC Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad exógena 2018 y la GPC Intervención dietética: Paciente con obesidad 2013.²⁰

En tercer lugar encontramos a las políticas en salud: a) campañas educativas, orientación, promoción y educación en nutrición y estilos de vida saludables; b) impuestos fiscales (impuesto a bebidas azucaradas y alimentos no esenciales); c) regulación y control de la publicidad; d) etiquetado nutricional en alimentos y bebidas; e) modificación de entornos (regulación de venta de alimentos en entorno escolar, ciclovías, rescate de parques y bosques para recreación), f) fomentar el seno materno en los primeros meses de vida.²¹

Si bien existe todo un marco normativo y políticas públicas encaminadas a disminuir la prevalencia de SPyO, los números siguen al alza. Múltiples investigaciones apuntan a las acciones del primer nivel de atención cruciales para abatir el problema.²² Sin embargo, existe poca información que rescate el sentido común de los actores principales que ejecutan y materializan estas normativas. De ahí que esta investigación tiene como objetivo explorar la realidad de los médicos/as de primer nivel en torno a la atención de pacientes con SPyO.

Método

Utilizaremos la teoría de las representaciones sociales (RS) al ofrecernos un acercamiento a la realidad social a través del otro que sustentan determinadas problemáticas sociales y culturales, a fin de elaborar estrategias para modificarlas o transformarlas (23). El enfoque utilizado es el de tipo estructural a fin de obtener un núcleo representativo y periférico de un grupo relativamente homogéneo de profesionales médicos en un entorno institucional y explorar el conocimiento, la aplicabilidad, la factibilidad y reproducibilidad de las acciones encaminadas a la atención del paciente con SPyO.

Metodología

Este estudio tiene un diseño del tipo cualitativo transversal con interpretación hermenéutica, para este fin se realizó una entrevista semiestructurada a partir de las siguientes etapas:

1. Inicialmente se realizó un trabajo de campo mediante un grupo focal de N5 médicos/as en el cual se obtuvieron palabras clave en referencia a la atención de pacientes con SPyO.
2. Se organizaron categorías analíticas derivadas de las palabras, frases o ideas relacionadas con la atención del SPyO.
3. Se construyó una entrevista semiestructurada tomando como eje las categorías emergentes del grupo focal: conocimiento de la enfermedad, normas y reglamentos, tiempo de la consulta, desafíos y carencias. Estas preguntas fueron valoradas y evaluadas en pertinencia por expertos en el área de la investigación cualitativa para dar validez de contenido y constructo. El instrumento se piloteó en N5 médicos/as, se adecuó el instrumento, en sintaxis y tiempo de entrevista; posteriormente, se procedió a su aplicación en una muestra N 25 mediante bola de nieve, en unidades de medicina familiar de primer nivel de atención de la zona oriente del Estado de México. El estudio se llevó a cabo del 01 de enero de 2023 al 31 de agosto de 2024.

- Una vez obtenidos los discursos se procedió al análisis de datos por categoría, conformación del núcleo y periferia de las RS con respecto a la atención del SPyO utilizando el programa IRaMuTeQ.

Resultados

A continuación, se realiza la descripción de las representaciones sociales de cada categoría analítica y su respectiva representación esquemática obtenida por IRaMuTeQ. Dentro de cada categoría se hace un contraste analítico de los discursos con bibliografía científica para reinterpretar las representaciones obtenidas. La muestra esta caracterizada por 18 mujeres y 7 hombres, la edad media es de 49 años, 20 casados, 3 divorciados y 2 solteros, 25 con grado máximo de estudios posgrado especialidad médica.

Conocimiento de la enfermedad

Esta categoría explora la información en relación con creencias, simbolismos y significaciones que poseen los médicos/as en torno al SPyO. En esta categoría los discursos muestran E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E10, E11, E13, E15, E18, E19, E20 E21, E22, E25 “es una enfermedad [...] por acumulación de grasa en el cuerpo [...] padecerla aumenta el riesgo a desarrollar múltiples patologías [...] es crónica [...] mortal [...] un gran porcentaje de la consulta tiene SPyO [...] México es uno de los países con mayor prevalencia en el mundo [...] de 10 pacientes 7 tienen SPyO [...] puede ser de origen genético [...] de origen social [...] de origen familiar [...] de origen complejo [...] de comportamiento alimentario [...] se diagnostica de manera indirecta [...] la OMS recomienda el cálculo del IMC [...] es prevenible, reversible y modificable [...] hay múltiples tratamientos [...] lo mejor dieta y ejercicio [...] cambios en los estilos de vida actuales”. Estos discursos remiten a una integración de los saberes en torno al SPyO, que transitan en torno a un origen de la patología, una epidemiología letrada, con un diagnóstico y un tratamiento, todo anclado en un modelo biomédico curativo.

Al utilizar el programa IRaMuTeQ, encontramos un núcleo de RS basado en el origen de la enfermedad desde lo genético hasta lo social como simbolismo representativo de esta categoría, en la dinámica de esta RS encontramos aspectos biomédicos curativos del tipo patología, prevenible, modificable, consulta, crónica, alimentación y muerte, lo que muestra una RS basada en el modelo biomédico curativo como organizador de los discursos de médicos/as.

Normas y reglamentos

En esta categoría exploramos los discursos en torno al comportamiento de la atención al paciente con SPyO dentro de la institución en salud por parte de médicos/as. De esta forma los discursos manifiestan que E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E20 E21, E22, E25 “conozco todas las normas oficiales para el tratamiento del SPyO [...] llevo a cabo la guía de práctica clínica [...] tomé todos los cursos para tratamiento del SPyO, a nivel institucional [...] en la nota médica coloco el diagnóstico de SPyO porque revisan las notas [...] nos vigilan por las notas [...] nos vigilan por el expediente [...] por eso me apegó al reglamento institucional [...] nos dieron un curso breve para diagnóstico y, tratamiento [...] tengo un diplomado para diagnóstico y tratamiento del SPyO [...] siempre realizo el diagnóstico como lo

Figura 1

Conocimiento de la Enfermedad (esquema realizado por el sistema IRaMuTeQ)



Fuente: Elaboración propia.

pide la norma oficial [...] he tomado más de tres cursos en este año de SPyO [...] nos impartieron un diplomado de embarazo y obesidad [...] fui a un congreso de SPyO [...] vino un laboratorio a darnos una plática del SPyO [...] nos capacitaron en nutrición [...] en psicología [...] *coaching* [...] *coaching* en salud”.

Al utilizar el programa IRaMuTeQ, encontramos un núcleo de RS el SPyO materializado en discursos que se dinamizan hacia una atención basada en tratamiento, diagnóstico, diplomado, capacitación, psicología, *coaching*, congresos, guías, lo que muestra que estos discursos se encuentran normados sobre el eje biomédico curativo donde las pautas clínicas están dictadas para dar seguimiento y supervisión de esta atención al paciente con SPyO.

Tiempo de la consulta

En esta categoría exploramos al tiempo como un eje discursivo de la atención médica. Los discursos remiten que E1, E2, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E20 E21, E22 “no tengo tiempo para estar asesorando a un paciente con SPyO [...] no hay tiempo para prescribir una dieta [...] son muchos pacientes en tan corto tiempo [...] tengo que ver más de 24 pacientes en 6 horas [...] el tiempo de la consulta es muy breve [...] corto [...] debo llenar más de cinco formularios [...] realizar interrogatorio [...] exploración física [...] escribir la nota [...] ahora dicto a un programa, pero hay que revisar la nota [...] imprimir formularios [...] en qué momento puedes explicar al paciente la importancia del SPyO [...] si vienen por otras patologías también [...] el tiempo es insuficiente [...] tengo entre 10 a 15 minutos para atender [...] ese tiempo, no me alcanza para concientizar en paciente con SPyO [...] nunca alcanza el tiempo de la consulta”.

Al utilizar el sistema IRaMuTeQ encontramos un núcleo de RS donde el tiempo se organiza a través del paciente y el SPyO vemos que los procesos administrativos en salud –formularios, consulta, prescribir, explicar, escribir, dictar, entre otros–, se mezclan con los procesos clínicos –exploración, interrogatorio, dieta, concientizar, entre otros–, así, el tiempo nunca alcanza, este factor constituye un limitante y obstáculo para la atención del paciente con SPvO.

Desafíos y carencias

Aquí exploramos los obstáculos discursivos en torno a la atención del paciente con SPyO. Podemos observar que E3, E4, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E14, E16, E18, E19, E20 E21 “casi siempre la obesidad es la segunda o tercera patología en atender, porque acuden con diabetes, hipertensión, depresión, nefropatías descontroladas [...] por el

Figura 2

Normas y reglamentos esquema realizado por el sistema IRaMuTeQ



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3
El tiempo de la consulta realizado por el sistema IRaMuTeQ



Fuente: Elaboración propia.

cual, el SPyO no es el principal motivo de consulta, ya vienen con complicaciones, vienen con patologías asociadas al SPyO [...] no atendemos al SPyO, sino atendemos complicaciones derivadas de esta y, además, en la clínica no es prioridad el SPyO”. Refieren que la multipatología asociada al SPyO, cabe mencionar que el SPyO es un factor de riesgo para el desarrollo de Enfermedades Crónico no Transmisibles (24), lo que conlleva a que la consulta muchas de las veces no este centrada en la atención integral del SPyO, puesto que el desequilibrio de las patologías agregadas tiene mayor importancia por parte del paciente, originando que el SPyO no sea la prioridad médica en el momento de la atención médica.

Así mismo mencionan que E1, E2, E5, E6, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E20 E21, E25 “no hay medicamentos en el cuadro básico en salud para tratamiento del SPyO [...] yo puedo prescribirle medicamentos, pero es un problema para mí, institucionalmente me pueden correr [...] contamos con clínica de obesidad, en segundo nivel de atención, y tardan dos meses en atenderlo [...] no hay grupos de tratamiento de obesidad [...] los centros de control de la obesidad están en Ciudad de México [...] les queda retirado a los pacientes [...] en su trabajo no les dan permiso para acudir [...] no pueden pedir permiso [...] ausentarse del trabajo para acudir es imposible [...] si envío a un paciente debe tener ciertos criterios [...] no es para todos [...] debe valorarlo mi jefe antes de enviarlo [...] estas clínicas no son para todos [...] algunos deben comprar sus medicamentos [...] la dieta que les mandan es carísima [...] los hacen esperar mucho para darles atención [...] y al final por lo lejos y por lo tardado abandonan el ir a la clínica [...] me pregunto: ¿vale la pena enviarlos a esas clínicas? [...] siempre culpan al primer nivel de atención por no atender al SPyO [...] además, el paciente, no se compromete [...] no se hace responsable de su salud [...] el paciente obeso no le importa lo que le recomendamos [...] no ayuda en su tratamiento [...] quiere que le resolvamos todo [...] y además nos culpabiliza [...] ¿de quién es el padecer? [...] el paciente debe cooperar más [...] los pacientes no cooperan con su tratamiento para bajar de peso”. Estos discursos están cargados de obstáculos institucionales: no hay medicamentos, la clínica para obesidad es imposible lograr el envío de pacientes, además la espera como la peregrinación en salud por parte del paciente es otro obstáculo. Por otro lado, existe la culpa como eje constructivo de obstáculo, los de segundo nivel culpan al primer nivel por su baja capacidad de resolución del SPyO, y los médicos/as culpan al paciente por su nulo compromiso hacia su enfermedad.

Aunado a los discursos anteriores, encontramos que E1, E2, E3, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20 E21, E22, E23, E24 “sabemos que el tratamiento es integral pero no contamos con servicio de psicología, nutrición [...] no tenemos nutriólogos [...] no soy nutriólogo [...] no soy psicólogo [...] no tenemos apoyo de grupos especializados, aquí en primer nivel de atención [...] activación física no existe en este nivel [...] no hay danza [...] no hay caminatas [...] no hay aerobics [...] no hay gimnasios públicos [...] hay canchas deportivas sucias, alejadas de las colonias, olvidadas, sin iluminación, deterioradas, cerradas [...] las calles son inseguras para caminar [...] las banquetas son inaccesibles, para caminar”.

Al utilizar el software IRaMuTeQ, encontramos un núcleo de RS donde los desafíos y carencias se organizan en un eje central basado en el tratamiento, mismo que está obstaculizado por los niveles de atención, dependientes de la administración en salud, y una periferia donde el primer nivel no cuenta con el equipo multidisciplinario para ofertar un tratamiento integral del paciente con SPyO, con lo cual la esquematización muestra al medico/a y al paciente con múltiples obstáculos.

Figura 4

Desafíos y carencias realizado por el sistema IRaMuTeQ



Fuente: Elaboración propia.

Al utilizar el programa IRaMuTeQ, en todas las categorías analíticas para esquematizar la RS total, encontramos un núcleo central basado en el SPyO como eje prioritario en la atención integral por parte de los médicos/as, donde la periferia muestra un alto grado de compromiso clínico, con alto grado de conocimientos en torno a normas, guías y alto grado de preparación académica -diplomados-, lo que demuestra que el compromiso institucional para la atención integral hacia el paciente con SPyO está implícito en la atención médica (Figura 5).

Discusión

Las RS obtenidas concuerdan con varias publicaciones que muestran una alta capacitación y formación para diagnóstico y tratamiento del SPyO en profesionales del área de la salud.²⁵⁻³⁰ Lo cual debería tener un impacto directo en la prevalencia de esta patología, al ser médicos/as de primer nivel de atención, de esta forma la capacitación continua en torno al SPyO deberá considerar otros actores en salud como alternativas de concientización en torno a esta patología.

Los discursos muestran que los médicos/as basan sus principios de atención médica para el paciente con SPyO, apegados a las normas oficiales mexicanas, las guías de práctica clínica y reglamentos internos. Los profesionales están alineados a una norma que es vigilada a través de prácticas disciplinarias institucionales,³¹ tales como: la supervisión de la nota médica, el apego a los reglamentos, normas y guías de práctica clínica, donde a través de capacitaciones y cursos se refuerzan estos controles de poder oficialista en salud. En este sentido, hay que mencionar que todo acto médico institucional está lejos de ser considerado como un acto único e irrepetible, puesto que aquí confluye una *Lex Artis Ad Hoc* cimentada en este control institucional,³² por lo cual la individualidad de la atención se desvanece por las normas y reglas de la maquila en salud, de este modo, individualizar un tratamiento al paciente con SPyO es un imposible en este contexto institucional.

Los discursos en torno al tiempo de la consulta médica conforman una limitante en torno al accionar preventivo en los pacientes con SPYO, tanto a nivel primario como secundario la prevención en la consulta médica es limitada por el corto tiempo, la sobrecarga laboral, los abundantes procesos administrativos en salud, derivados de una burocracia que mide los procesos y no la sustancia primordial de la prevención en salud,³³ cabe mencionar que múltiples entidades gubernamentales y líderes en salud, establecen la necesidad de fortalecer este nivel (34), que al parecer esta sobrepasado, sobresaturado y extralimitado en el tiempo, con lo cual podemos afirmar que el tiempo constituye un elemento fundamental en la atención integral del paciente con SPYO, el cual no ha sido objeto de análisis por ninguna política de intervención en salud.

En cuanto a los desafíos y carencias, los discursos muestran que a nivel institucional no existe el equipo multidisciplinario para atención integral del SPyO, además esta nulificada la complementación con tratamiento no farmacológico como la activación física, con lo cual las normas y guías de práctica clínica no pueden llevarse a cabo por completo, al no contar con todas las herramientas efectivas para un tratamiento integral al paciente con SPyO, a pesar de contar con evidencias científicas de la necesidad de tener estos equipos y tratamientos no farmacológicos.³⁵

Figura 5
Esquema general de la RS realizado por el sistema IRaMuTeQ



Fuente: Elaboración propia.

Conclusión

Esta investigación nos permitió realizar un acercamiento a la realidad clínica del primer nivel de atención en torno a la atención integral del paciente con SPyO donde se materializan las normas, guías de práctica clínica y políticas públicas. Se puede apreciar que impera una mirada biomédica curativa, que aleja tanto a los profesionales médicos como a los pacientes de los aspectos socioculturales y afectivos involucrados en una atención integral de un paciente con SPyO. Se carecen de acciones multidisciplinarias, de recursos humanos, de infraestructura y de un tiempo pertinente para promover estilos de vida saludable. Educar en salud y lograr una alfabetización en salud como determinante social que modifique la pandemia del SPyO a través de intervenciones individuales, comunitarias, colectivas y sociales, sería una solución de gran valía para el combate a esta pandemia de SPyO.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés

Financiamiento

Esta investigación fue autofinanciada por los autores.

Contribuciones de autoría:

dcp y art: planteó la elaboración del artículo y redactó su versión inicial, participó en la metodología, construcción de instrumento, aplicación de entrevistas, transcripción de entrevistas, análisis, discusión y la redacción del artículo. Todos los autores aceptaron la versión final del manuscrito.

Referencias

1. Lingvay, I. et. al. Obesidad en adultos [Internet]. The Lancet. 2024; 404(10456): 972-987. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)01210-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)01210-8/abstract)
2. OMS. Obesidad y sobrepeso. Datos Clave para entender a la Obesidad y el sobrepeso [Internet]. 2024 Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. World Obesity Federation. The economic impact of overweight & obesity in 2020 and 2060, 2020 2nd ed with Estimates for 161 Countries [Internet]. World Obesity Federation. 2022. Disponible en: <https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Economic-Impacts-2-V2.pdf>
4. Laorden, C. Un problema de ricos... y también de pobres [Internet]. El País Sección Primera Línea. 2019. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2018/09/24/planeta_futuro/1537807824_950833.html
5. Claassen, M. et. al. A systematic review of psychosocial explanations for the relationship between socioeconomic status and body mass index. Appetite. 2019 Jan 1; 132: 208-221. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30217475/>
6. Haththotuwa, R. et al. Epidemia mundial de la obesidad. Obesity and Obstetrics. ELSEVIER. 2020. 2da. Ed. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780128179215000011>
7. CONEVAL. Informe de evolución histórica de la situación nutricional de la población y los programas de alimentación, nutrición y abasto en México [Inter-

- net]. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. 2009. Disponible en:
8. https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Estrategicas/Evol_historica_de_la_sit_nutricional_de_la_poblacion.pdf
 9. ENS. Encuesta Nacional de Salud 2000 [Internet]. Tomo 2. La salud de los adultos. Instituto Nacional de Salud Pública. 2003. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensa2000/doctos/informes/ENSA_tomo2.pdf
 10. Ortiz, H. et al. Las Encuestas Nacionales de Salud 1986-2021: instrumento fundamental de la Salud Pública en México [Internet]. Rev Fac Med. 2022; 3(29). Disponible en: <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/10/COVID-19-No.29-03-Las-Encuestas-Nacionales-de-Salud-1986-2021.pdf>
 11. Olaiz, G. et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2006/doctos/informes/ensanut2006.pdf>
 12. Gutiérrez, J. et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales [Internet]. 2a. ed. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2013. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>
 13. Ávila, M. et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Resultados nacionales [Internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2016. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/doctos/informes/ENSANUT2016ResultadosNacionales.pdf>
 14. Shamah, T. et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales [Internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2020. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
 15. Campos, I. Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022 [Internet]. Salud Pública de México; 65(1). Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/doctos/analiticos/31-Obesidad.y.riesgo-ENSANUT2022-14809-72498-2-10-20230619.pdf>
 16. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos. México: Diario Oficial de la Federación; 1917 (última reforma publicada DOF 31-10). Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
 17. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General De Salud. Ley General De Salud. Diario Oficial de la Federación; 1917 (última reforma publicada DOF 07-06-2024). Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
 18. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad [Internet]. Disponible en: <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>
 19. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad [Internet]. Disponible en: <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4127/Salud/Salud.htm>
 20. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad [Internet]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5523105&fecha=18/05/2018#gsc.tab=0
 21. Gobierno de México. Infografía - ¿Qué son las Guías de Práctica Clínica? 2017. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/cenetec/documentos/infografia-que-son-las-guias-de-practica-clinica#:~:text=Las%20GPC%20son%20documentos%20de,la%20atenci%C3%B3n%20a%20los%20pacientes>
 22. Barquera, S. et al. Políticas de salud para la prevención de obesidad y enfermedades crónicas en México [Internet]. En: La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control. México:

- Instituto Nacional de Salud Pública. 2018. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2019/Docs/190607_978-607-511-179-7.pdf
23. Ryan, D. et al. Guideline Recommendations for Obesity Management [Internet]. Medical Clinics of North America. 2018; 102(1): 49-63. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002571251730130X>
24. Casas, D. et al. La teoría de las representaciones sociales [Internet]. En: Investigación Cualitativa en Salud: métodos, metodología y nuevas aproximaciones. Donovan Casas Patiño; José Martín Reyes Pérez; Yuridia Sánchez Repizo [Orgs.]. Brasil: Pedro & João Editores. 2023. Disponible en: https://pedroejoaoeditores.com.br/wp-content/uploads/2023/06/EBOOK_Investigacion-Cualitativa-en-Salud.pdf
25. Kaufer, M., Pérez, J. La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos [Internet]. Inter disciplina. 2022; 10(26): 147-175. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/ceich.24485705e.2022.26.80973>
26. Raynor, H. et al. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Treatment of Overweight and Obesity in Adults [Internet]. J Acad Nutr Diet. 2016. Jan; 116(1): 129-147. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26718656/>
27. Xue, B. et al. Knowledge, attitude, and practice of obesity among university students [Internet]. Ann Palliat Med. 2021 Apr; 10(4): 4539-4546. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33966402/>
28. Agarwal, M, et al. Attitudes, Perceptions, and Practices Among Endocrinologists Managing Obesity [Internet]. Endocr Pract. 2022 Feb; 28(2): 179-184. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34748965/>
29. Ramos, J. et al. Knowledge, beliefs, and attitudes about obesity and overweight in a sample of dietitians-nutritionists in Spain [Internet]. Nutr. Hosp. 2022; 39(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000100011
30. Guglielmi, V. Knowledge, experiences, and perceptions relating to obesity management among primary care physicians in the Lazio Region, Italy [Internet]. Front Endocrinol (Lausanne). 2023 Nov 10; 14: 1249233. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38027122/>
31. Mojowska, A. et al. Medical or Common Knowledge? Knowledge of Medical Professionals on Obesity Diagnosis Criteria and Treatment [Internet]. Obes Facts. 2023; 16(3): 216-223. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36724739/>
32. Foucault, M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2002.
33. Guzmán, F. El acto médico: consideraciones básicas [Internet]. Revista MEDICINA. 2001; 23(1): 55. Disponible en: [file:///C:/Users/capo7/Downloads/Anmadmin,+Gestor_a+de+la+revista,+640-2872-1-CE%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/capo7/Downloads/Anmadmin,+Gestor_a+de+la+revista,+640-2872-1-CE%20(1).pdf)
34. Casas, D. Representaciones sociales sobre los tiempos en la consulta médica: la voz de los médicos y pacientes [Internet]. Revista de Medicina e Investigación UAEMéx. 2019; 7(1): 29-37. Disponible en: <https://medicinainvestigacion.uaemex.mx/article/view/18879/13962>
35. Banco Mundial. Comisión Lancet Américas del Banco Mundial y OPS sobre Atención Primaria de Salud y Resiliencia en Latinoamérica y el Caribe. 2024 [Internet]. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/programs/primary-healthcare-resilience-latinamerica/overview>
36. Meneses, E. et al. Multidisciplinary approach of overweight and obesity in adults [Internet]. Med Int Méx; 2023. 39(2): 329-366. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2023/mim232l.pdf>