

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A.C.



OBESIDAD Y POBREZA EN EL MUNICIPIO DE AGUASCALIENTES: RELACIÓN  
ENTRE OFERTA Y HÁBITOS ALIMENTARIOS

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN POLÍTICAS PÚBLICAS

PRESENTA

EZEQUIEL ALEJANDRO BAUTISTA MORALES

DIRECTORA DE LA TESINA: DRA. PALOMA VILLAGÓMEZ ORNELAS

AGUASCALIENTES, AGS.

2023

## **Dedicatoria**

*Las palabras son, en mi no tan humilde opinión, nuestra más inagotable fuente de magia.  
Capaces de infligir daño y de remediarlo.*

*-Albus Dumbledore*

## **Agradecimientos**

A mis papás, por su apoyo a lo largo de mi vida sin importar la distancia a la que me encuentre.

A mi abuelita, por estar a mi lado y escucharme cuando lo necesito.

A mi tío, por mostrarme al equipo de mis amores y por ser un segundo padre.

A mi asesora, por hacerme recuperar el amor por mi licenciatura y por orientarme en la construcción de este proyecto.

A mis amigos, por las experiencias y por desestresarme del CIDE.

A mi novia, por ser la mejor compañera durante los últimos cuatro años.

A Fluffy, Nic, Mischa, Puchi, Koda y Pelu, por acompañarme en las desveladas y por prestar su lomito para ser acariciados.

## Resumen

La obesidad y pobreza están presentes en la población del municipio de Aguascalientes, y, contrario a lo que sostienen ciertos funcionarios gubernamentales, existe una relación entre la obesidad y pobreza. Particularmente, la literatura señala que, la obesidad y pobreza se vinculan a partir de la exposición a dietas de baja calidad. No obstante, las investigaciones que han explorado el vínculo entre obesidad y pobreza en México son pocas, no incluyen la experiencia de las personas y se centran más en las características del consumo que de la oferta alimentaria. Para llenar este vacío empírico, esta investigación incluye la visión de las personas y visión más amplia de la oferta alimentaria. De tal forma, la pregunta de investigación es: ¿cómo se relacionan los hábitos alimentarios de la población con obesidad y en contexto de pobreza con la oferta de alimentos disponible en el municipio de Aguascalientes? Para responder esta pregunta, se realizó un análisis cualitativo-exploratorio, y, a partir del uso de 17 entrevistas semiestructuradas a personas con obesidad, que asistan a un centro de salud y que vivan en contextos de pobreza, se recopiló la experiencia de las personas con su oferta de alimentos y su sentir respecto a la influencia de la oferta en sus hábitos alimentarios. Se encontró que los factores de la oferta de alimentos como forma de desplazamiento, tipo de comercio cerca de la persona, precio y calidad de los alimentos limitan los hábitos alimentarios de las personas y los acerca a alimentos que pueden propiciar obesidad. De estos hallazgos de investigación se derivan las siguientes implicaciones de política pública: 1) problematizar la multidimensionalidad de la obesidad, que se presenta en diversos contextos y que no depende solamente de la persona; 2) crear áreas recreativas y verdes que permitan que las personas no se tengan que desplazar tanto para realizar actividad física; y 3) controlar precios de alimentos de consumo básico saludable y productos ofertados en tiendas de conveniencia para que sea viable que las personas consuman alimentos saludables tanto por precio como por cercanía.

### Lista de abreviaturas

Abreviatura	Significado
<i>AGEB</i>	Área Geoestadística Básica
<i>CDC</i>	Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades
<i>CONEVAL</i>	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
<i>DENUE</i>	Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas
<i>ELCSA</i>	Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria
<i>ENSANUT</i>	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
<i>FAO</i>	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
<i>FIES</i>	Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria
<i>GAM</i>	Grupo de Ayuda Mutua
<i>IMC</i>	Índice de Masa Corporal
<i>IMSS</i>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<i>ISSEA</i>	Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>TLCAN</i>	Tratado de Libre Comercio de América del Norte

## Índice

<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I: Marco Teórico .....</b>	<b>4</b>
Obesidad .....	4
Pobreza.....	7
Obesidad y Pobreza .....	9
Obesidad y Pobreza vía Inseguridad Alimentaria.....	10
Obesidad y Pobreza vía Oferta de Alimentos .....	12
Hábitos alimentarios .....	13
Conclusión Marco Teórico .....	14
<b>Capítulo II: Metodología .....</b>	<b>16</b>
Selección de técnica de recopilación de datos .....	16
Selección de sitios de investigación.....	17
Selección de escala de Inseguridad Alimentaria.....	21
Reclutamiento de participantes y recopilación de datos .....	21
Análisis de las entrevistas .....	25
<b>Capítulo III: Resultados.....</b>	<b>27</b>
Oferta Alimentaria según el <i>DENUE</i> .....	27
Entrevistas.....	35
Días y veces que adquieren alimentos.....	37
Forma de desplazamiento, ubicación de las personas y tiempo a los comercios .....	38
Tipos de comercio en los que se compra.....	38
Productos que consumen.....	39
Presupuesto para alimentos .....	40

Tiempo destinado a comprar, acompañantes y sentimientos relacionados a la adquisición de alimentos.....	41
Percepción de alimentación.....	42
Factores que determinan elección de comercios y productos .....	43
Hallazgos de las interacciones con servidores públicos .....	45
Hallazgos del Grupo de Ayuda Mutua ( <i>GAM</i> ) .....	46
Discusión .....	48
<b>Capítulo IV: Implicaciones de Política Pública .....</b>	<b>52</b>
Implicaciones de Política Pública .....	52
<b>Capítulo V: Conclusión .....</b>	<b>55</b>
<b>Referencias: .....</b>	<b>58</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>64</b>
Anexo A: Consentimiento Informado.....	64
Anexo B: Guion de Entrevista .....	65

## Índice Figuras y Tablas

### *Índice Figuras*

Figura 1. Captura de pobreza a nivel <i>AGEB</i> urbana alrededor del Centro de Salud Urbano Arboledas.....	19
Figura 2. Captura pobreza a nivel <i>AGEB</i> urbana alrededor del Centro de Salud Urbano Constitución.....	19
Figura 3. Captura pobreza a nivel <i>AGEB</i> urbana alrededor del Centro de Salud Urbano Insurgentes.....	20
Figura 4. Captura de ubicación de negocios que preparan alimentos y bebidas en las <i>AGEBs</i> alrededor del Centro de Salud Arboledas.....	29
Figura 5. Captura de ubicación de negocios que preparan alimentos y bebidas en las <i>AGEBs</i> alrededor del Centro de Salud Constitución.....	30
Figura 6. Captura de ubicación de negocios que preparan alimentos y bebidas en las <i>AGEBs</i> alrededor del Centro de Salud Insurgentes.....	30
Figura 7. Captura de ubicación geográfica de comercios minoristas de abarrotes, alimentos, bebidas, hielo y tabaco en las <i>AGEBs</i> alrededor del Centro de Salud Arboledas.....	31
Figura 8. Captura de ubicación geográfica de comercios minoristas de abarrotes, alimentos, bebidas, hielo y tabaco en las <i>AGEBs</i> alrededor del Centro de Salud Constitución.....	32
Figura 9. Captura de ubicación geográfica de comercios minoristas de abarrotes, alimentos, bebidas, hielo y tabaco en las <i>AGEBs</i> alrededor del Centro de Salud Insurgentes.....	32



## *Índice Tablas*

Tabla 1. Datos Generales de entrevistas.....	24
Tabla 2. Cantidad de negocios en las <i>AGEBs</i> alrededor de los Centros de Salud según su tipo.....	28
Tabla 3. Cantidad de tipos de locales de preparación de alimentos y bebidas en las <i>AGEBs</i> alrededor de los Centros de Salud.....	29
Tabla 4. Comercios minoristas de abarrotes, alimentos, bebidas, hielo y tabaco en las <i>AGEBs</i> alrededor de los Centros de Salud.....	31
Tabla 5. Conteo de respuestas afirmativas y negativas a escala de inseguridad alimentaria por pregunta.....	36

## Introducción

A partir de la firma en 1994 del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (*TLCAN*), México determinó que Estados Unidos y Canadá serían sus principales socios comerciales. Particularmente, desde el ámbito alimentario, la forma de alimentarse de los mexicanos cambió radicalmente a partir de la firma del *TLCAN*. Andrea Santos (2014), en su libro *El patrón alimentario del libre comercio*, ejemplifica el cambio en la forma de alimentarse en México de 1992 (antes del tratado) a 2010, entre las que destacan las siguientes variaciones: 1) aumento en el porcentaje de ingreso per cápita destinado a alimentos fuera del hogar; 2) aumento en el consumo semanal per cápita de carne procesada, jamón, embutidos y refrescos; y 3) reducción en el consumo de cereales, leguminosas, frutas y verduras. Ahora bien, aunque se podría argumentar que dichas variaciones en el consumo pudieran ser explicadas por el cambio en las preferencias, es importante mencionar que al igual que la demanda, la oferta de alimento también cambió. Santos (2014) menciona las siguientes variaciones en la oferta de alimentos, específicamente en las importaciones y producción para suministro interno. Por un lado, con respecto a las importaciones se puede mencionar que en materia de res, cerdo, ave, arroz, maíz y trigo aumentaron; mientras que, las importaciones de frijol y leche se redujeron (Santos, 2014). Por otro lado, con respecto al suministro interno, se puede mencionar que la producción de res, cerdo, ave, huevo, leche y arroz aumentaron; mientras que, la producción de maíz, trigo y frijol se redujo (Santos, 2014). De igual forma, y a manera de profundizar el cambio en la oferta de alimentos, Alysha Gálvez (2022) menciona que el precio de las tortillas ha aumentado en 279% desde 1994 (año en que entró en vigor el *TLCAN*). Con esto en mente, es claro que la alimentación en México, tanto en la oferta como en la demanda cambió.

Ahora bien, este cambio representa algo más que una simple variación en la alimentación de las personas. Gálvez (2022) señala que, los países de ingresos medios y bajos (como México), transitaron a una época de enfermedades degenerativas relacionadas con la dieta y a condiciones correlacionadas con dichas enfermedades, como la obesidad. No obstante, no solo es el hecho de que se pueden consumir más calorías, sino que se pueden consumir a un menor costo, lo que

resulta en que la obesidad se pueda hacer presente tanto en contextos de abundancia como en contextos de escasez. Con esto en mente, vale la pena abordar los porcentajes de obesidad y pobreza en México, así como en el estado y municipio de Aguascalientes, para ver si ambas están presentes en el contexto de interés y si es posible relacionarlas.

Por un lado, con respecto a los porcentajes de obesidad, se puede señalar lo siguiente. En primer lugar, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (*ENSANUT*) 2018 mostró que 36.1% de la población mexicana mayor de 20 años tenía obesidad (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020). En segundo lugar, la misma *ENSANUT* 2018 mostró que 32.6% de las personas mayores de 20 años del estado de Aguascalientes tenían obesidad (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020). En tercer lugar, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020), señala que 31.5% de la población mayor de 20 años del municipio de Aguascalientes tiene obesidad. Ahora bien, con base en los datos anteriores, es posible señalar que la obesidad está presente tanto en México, como en el estado y municipio de Aguascalientes.

Por otro lado, con respecto a los porcentajes de pobreza, de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (*CONEVAL*), se encuentran los siguientes datos. En primer lugar, el porcentaje nacional de personas en condición de pobreza en 2020 era de 43.9% (*CONEVAL*, s.f). En segundo lugar, en el estado de Aguascalientes el 27.6% de la población estaba en condición de pobreza (*CONEVAL*, s.f). En tercer lugar, el *CONEVAL* (2020) encontró que 23.7% de la población del municipio de Aguascalientes estaba en condición de pobreza. Con esto en mente, se puede señalar que ambos aspectos (obesidad y pobreza) están presentes en proporciones importantes en el municipio de Aguascalientes. Por lo cual, es necesario cuestionar si es posible relacionar la obesidad con la pobreza.

Shamah et al. (2014) encontraron, a partir de datos de la *ENSANUT* 2012, que uno de cada cinco menores con inseguridad alimentaria tenía sobrepeso. De igual forma, Shamah et al. (2019) señalan que, entre 2012 y 2018 la obesidad en menores en edad escolar y adolescentes que no recibían apoyos alimentarios aumentó 97% y 60% respectivamente; mientras que, la obesidad abdominal en adultos con inseguridad alimentaria moderada aumentó 10%. Con los ejemplos anteriores es posible visualizar que la obesidad puede estar presente en contextos de inseguridad alimentaria, y al ser la inseguridad alimentaria una característica asociada a la pobreza, el vínculo entre obesidad y pobreza es viable, pero necesita ser estudiado.

Lamentablemente, los estudios anteriores son parte de los pocos estudios que han investigado el vínculo entre obesidad y pobreza en México, en las cuales, desafortunadamente no se ha incluido la experiencia de las personas.

Con esto en mente, y para intentar llenar el vacío anteriormente señalado, la presente investigación incluye la experiencia de las personas y una visión más amplia de la oferta de alimentos a partir de la siguiente pregunta de investigación: ¿cómo se relacionan los hábitos alimentarios de la población con obesidad y en contexto de pobreza con la oferta de alimentos disponible en el municipio de Aguascalientes? En este mismo sentido, para responder la pregunta, se utiliza una metodología cualitativa-exploratoria en la cual, a partir del uso de 17 entrevistas semiestructuradas a personas con obesidad y en contexto de pobreza, que asisten a los centros de salud estatales, se recopilan las experiencias de las personas respecto a su relación con la oferta de alimentos que tienen a su disposición, y, la influencia que tiene esta oferta en sus hábitos alimentarios. Para analizar la información que se recopila de las entrevistas, la investigación realiza un análisis temático-deductivo. Lo que se encuentra es que los factores de precio, calidad, forma de desplazamiento y tipo de comercio alrededor de la persona influyen y limitan los hábitos alimentarios de la población con obesidad y en contexto de pobreza en el municipio de Aguascalientes.

El presente trabajo consta de cinco capítulos. En primer lugar, se hace una revisión de literatura para profundizar en los conceptos de obesidad y pobreza, y cómo se puede explicar el vínculo que se plantea. En segundo lugar, se aborda la metodología que utiliza el presente trabajo y el análisis que se realizó para responder la pregunta de investigación. En tercer lugar, se presentan los resultados y hallazgos de la investigación que muestran como la oferta de alimentos, a partir de los precios, calidad, tipos de comercio alrededor y forma de desplazamiento, limita los hábitos alimentarios de las personas con obesidad y en contexto de pobreza en el municipio de Aguascalientes. En cuarto lugar, se discuten las implicaciones de política pública, entre las que destacan problematizar la multidimensionalidad de la obesidad, creación de áreas verdes y recreativas, y controlar precio de alimentos de consumo básico saludable. En quinto lugar, se presentan las conclusiones de la investigación, así como sus limitaciones y futuras líneas de investigación.

## Capítulo I: Marco Teórico

La obesidad y la pobreza son dos condiciones que podrían parecer estar más alejadas de lo que en realidad están. Como se mencionó anteriormente, la presente investigación plantea una relación entre obesidad y pobreza a partir de relacionar la oferta de alimentos disponible con los hábitos alimentarios. Ahora bien, para que dicho vínculo tenga sentido es necesario abordar la obesidad y pobreza por separado, para después llegar a los factores que les podrían vincular. Con esto en mente, la siguiente sección abordará la obesidad, pobreza, el vínculo a partir de la inseguridad alimentaria, el rol de la oferta de alimentos en dicho vínculo, y lo que son los hábitos alimentarios.

### *Obesidad*

La obesidad se puede definir como la “acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (Organización Mundial de la Salud, 2021). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (*OMS*) (2021), la causa principal de la obesidad es el desbalance energético entre las calorías consumidas y las calorías gastadas. Particularmente, la *OMS* (2021) señala que, durante los últimos años, dicho desequilibrio energético se ha visto influenciado por dos factores: 1) un incremento en la ingesta de alimentos con alto contenido calórico; y 2) un descenso en la actividad física de las personas. Por otra parte, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (*CDC* por sus siglas en inglés) (2022) señala que, las principales consecuencias de la obesidad son la hipertensión, diabetes tipo 2, apnea del sueño, depresión, ansiedad, e incluso, la muerte.<sup>1</sup> Más allá de las consecuencias en salud, existe otra visión de las consecuencias de la obesidad, enfocada en el aspecto económico, entre las que destacan el mayor gasto del erario para tratar las enfermedades asociadas a la obesidad, la menor

---

<sup>1</sup> El portal del *CDC* es el que señala que la muerte es consecuencia de la obesidad, sin mencionar las variables intermedias de dicha relación.

productividad laboral, mayores gastos para la población, y pérdida en la calidad de vida (Instituto Mexicano para la Competitividad, 2015).

Ahora bien, retomando la definición de obesidad, es posible identificar que las palabras claves son la acumulación anormal o excesiva de grasa, lo que quiere decir que la dimensión relevante de la obesidad es la grasa corporal (CDC, 2022) o adiposidad (Guthman, 2011). A partir de esto, para medir la obesidad es necesaria la existencia de un método para la medición de la grasa corporal. Algunos de estos métodos son: grosor de pliegues cutáneos, pesaje bajo el agua, impedancia bioeléctrica,<sup>2</sup> y absorciometría dual de rayos X (CDC, 2022).<sup>3</sup> No obstante, los métodos anteriores tienen la problemática de ser caros, y de necesitar de un especialista que los aplique por su complejidad (CDC, 2022). Ante dichas dificultades, la OMS decidió tomar el Índice de Masa Corporal (IMC) como método para medir la obesidad puesto que es muy fácil de calcular y no conlleva un alto costo económico (CDC, 2022). El IMC se construye a partir de la división del peso (en kilogramos) sobre la altura de la persona (en metros cuadrados) (OMS, 2021). A partir de lo cual, existen cuatro categorías para clasificar a las personas adultas conforme al IMC: 1) menor a 18.5 es bajo peso; 2) entre 18.5 y 24.9 es normal; 3) entre 25 y 29.9 es sobrepeso; y 4) mayor a 30 es obesidad (CDC, 2022).

No obstante, más allá de la elección del IMC por su facilidad y su bajo costo, es necesario cuestionar si el IMC es una buena referencia de la salud de las personas. La respuesta es no, porque el IMC no deja de ser una relación entre el peso y altura de la persona, (Guthman, 2011). En este mismo sentido, el IMC no da una buena referencia de la salud de las personas porque, de acuerdo con la profesora Kendrin Sonneville (BBC, 2022), el IMC fue diseñado para caracterizar poblaciones, y únicamente es una herramienta para señalar potenciales riesgos en la salud, pero no para asumir cosas sobre la salud. Además de no representar una buena referencia de la salud de las personas, el IMC tiene otras problemáticas que se necesitan abordar. En primer lugar, la información para calcular el IMC suele venir de auto reportes, lo que puede ocasionar la subestimación o sobrestimación del peso o altura de la persona (Guthman, 2011). En segundo lugar, Guthman (2011) señala que el IMC no solo puede ser arbitrario con los cortes

---

<sup>2</sup> “Consiste en calcular el porcentaje total de grasa corporal según las propiedades eléctricas de los tejidos biológicos” (Quirónsalud, 2023).

<sup>3</sup> “Procedimiento en el que se mide la cantidad de calcio y otros minerales que hay un hueso al pasar rayos X con dos grados diferentes de energía a través de él” (National Institutes of Health, s.f.).

entre categorías, sino que puede cambiar la narrativa por estar en una u otra categoría cuando la diferencia en realidad sea mínima (poblaciones cercanas a los umbrales). En tercer lugar, tal vez el mayor problema del *IMC* es que no permite variaciones, ya sea por densidad y masa ósea, por sexo, por etnia, y entre masa corporal sin adiposidad y grasa corporal (Guthman, 2011). En este mismo sentido, Guthman (2011) y *CDC* (2022) abordan algunos ejemplos que permiten visualizar por qué es un problema la no variación en el *IMC*. Por un lado, Guthman (2011) señala que, personas con amplios músculos y huesos, como los fisicoculturistas, tienden a tener un mayor *IMC*, especialmente porque los músculos y huesos tienen mayor densidad que la grasa corporal. Por otro lado, el *CDC* (2022) hace un listado de situaciones que ejemplifican porque es necesaria la variación en el *IMC*, entre las que destacan: 1) las mujeres tienen más grasa corporal que los hombres; 2) la cantidad de grasa corporal es diferente por grupos étnicos; 3) los adultos mayores tienden a tener mayor grasa corporal; y 4) los deportistas tienen menos grasa corporal.

Una vez abordada las problemáticas del *IMC*, también es necesario mencionar los aspectos negativos de la problematización de la obesidad. En primer lugar, retomando los problemas del *IMC*, es que existe la posibilidad de que las cifras de obesidad estén captando a personas que no tienen un exceso de grasa corporal pero sí tienen alta masa ósea (Guthman, 2011). En segundo lugar, con respecto a la narrativa de la obesidad, Guthman (2011) señala que, al tratar a la obesidad como una epidemia, ya se están incluyendo una serie de connotaciones de contagio y enfermedad hacia las personas con obesidad, lo cual puede propiciar a que se estigmatice a estas personas. En tercer lugar, con respecto a los factores de riesgo y consecuencias en la salud, Guthman (2011) menciona que no es adecuado adjudicar una relación única de lo que causa obesidad, puesto que existen múltiples factores; y, que la obesidad no es lo único que provoca las consecuencias mencionadas, sino que hay una combinación de factores que lleva a dichas consecuencias. En este mismo sentido, Guthman (2011) también señala que existe simultaneidad en los factores sociales, siendo la pobreza (la cual será abordada más adelante) un factor de riesgo para la obesidad, pero también siendo la obesidad un factor de riesgo para la pobreza. Ahora bien, este vínculo entre la obesidad y pobreza se puede explicar a partir de los altos precios de los alimentos saludables y por el bajo costo de los productos azucarados (Drewnowski, 2009), lo que lleva a la posibilidad de que personas en condición de

pobreza tengan obesidad. Con esto en mente, es necesario hablar acerca de la pobreza para desarrollar más el vínculo que se acaba de presentar.

### ***Pobreza***

Existen diversos enfoques de la pobreza que son útiles para entender el vínculo de la pobreza con la obesidad, entre las que destacan los de Amartya Sen, Peter Townsend, Fiorella Mancini, y Julio Boltvinik. En primer lugar, Amartya Sen (1999) define la pobreza como la privación de capacidades básicas. Dichas capacidades básicas, Sen (1999) las define como la libertad que tienen las personas de dirigir su vida en las formas en las que ellas lo valoren.

En segundo lugar, Peter Townsend (1962) define la pobreza desde un ámbito más relativo, la cual únicamente se puede definir en relación con los recursos materiales y emocionales disponibles para los miembros de una sociedad particular, en un tiempo específico. En este mismo sentido, Townsend (1962) señala que, una persona o familia estarán en condición de pobreza cuando sus recursos estén por debajo de los recursos promedio de la comunidad en la que viven.

En tercer lugar, Fiorella Mancini (2018) habla desde un enfoque de derechos humanos, en el que se parte de tres fundamentos acerca de la pobreza. El primer fundamento es que la pobreza no es una situación natural, sino que, es creada y propiciada por acciones y omisiones del Estado y los agentes económicos (Mancini, 2018). El segundo fundamento es que la pobreza es el resultado de diferentes procesos sociales, políticos y económicos (Mancini, 2018). Por último, el tercer fundamento es que la pobreza viene de una serie de derechos sociales incumplidos que traban el libre desarrollo de las personas (Mancini, 2018).

En cuarto lugar, Julio Boltvinik (2003) presenta un enfoque de pobreza que abarca el florecimiento humano de la persona, en el cual se parte de una visión más amplia de la esencia humana. La razón fundamental de este enfoque es que se necesita incluir las capacidades y necesidades de los seres humanos, y no quedarse únicamente en el aspecto económico (Boltvinik, 2003). Como último punto de este enfoque, vale la pena mencionar que Boltvinik (2003) menciona que existen tres tipos de satisfactores de las necesidades de las personas, los



cuales son: 1) los objetos que se encargan de satisfacer necesidades como la alimentación; 2) relaciones, encargadas de satisfacer necesidades afectivas; y 3) actividades que realiza el individuo, que se encargan de satisfacer la necesidad de autorrealización.

Ahora bien, los cuatro enfoques que se abordaron tienen elementos que representan una ventaja para el vínculo entre obesidad y pobreza que se plantea. En general, los cuatro enfoques abarcan una idea de que la pobreza no depende únicamente del aspecto económico, y que involucra muchos más factores, tanto de espacio como de tiempo. Además, el enfoque de Mancini (2018), también habla de otro factor importante en el vínculo que se plantea: el rol que tienen el Estado y los agentes económicos. Por lo que, se puede señalar que la presente investigación trabaja, a partir de los enfoques mencionados, con una visión multidimensional de la pobreza, y en la cual tienen que ver tanto el Estado como los agentes económicos. Con esto en mente, es necesario abordar cómo se define la pobreza en México, donde se verá que la multidimensionalidad tiene mucho que ver

En el caso de México, el *CONEVAL* (2018) habla acerca de diversos tipos de pobreza, entre los cuales destacan, para objeto de la presente investigación, la definición de pobreza y de pobreza multidimensional. Por un lado, la pobreza se define como la situación en la cual una persona tiene al menos una carencia social,<sup>4</sup> y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias (*CONEVAL*, 2018). Por otro lado, la pobreza multidimensional parte de la misma definición de pobreza que se mencionó, y, con la adición de que, al decir multidimensional, se refiere a que la metodología de medición de la pobreza utiliza diversas dimensiones sociales y económicas, las cuales se definen en la Ley General de Desarrollo Social (*CONEVAL*, 2018). Según esta ley, se necesitan abarcar los siguientes indicadores para medir la pobreza: 1) ingreso corriente per cápita; 2) rezago educativo promedio en el hogar; 3) acceso a los servicios de salud; 4) acceso a la seguridad social; 5) calidad y espacios de la vivienda digna y decorosa; 6) acceso a los servicios básicos en la vivienda digna y decorosa; 7) acceso a la alimentación nutritiva y de calidad; 8) grado de cohesión social; y 9) grado de accesibilidad a carretera pavimentada

---

<sup>4</sup> Rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos de la vivienda, y acceso a la alimentación (*CONEVAL*, 2018).

(Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, 2022). Una vez definidas la obesidad y la pobreza, es necesario abordar por qué se pueden vincular.

### ***Obesidad y Pobreza***

Autores con Dhurandhar (2016), Drewnowski (2009), y Maupin y Brewis (2014) han abordado el vínculo entre obesidad y pobreza. Bajo lo cual, en el siguiente apartado se abordarán las razones por las cuales los autores anteriores vinculan a la obesidad con la pobreza. En primer lugar, Dhurandhar (2016) señala que puede existir obesidad en contextos de pobreza ante las limitadas oportunidades para realizar actividades que sean benéficas para la salud, y porque el consumo energético aumenta conforme aumenta la inestabilidad económica. En segundo lugar, Drewnowski (2009) menciona que el vínculo entre obesidad y pobreza se explica por los precios de los alimentos, y, al tener un menor precio los productos con alto contenido calórico y azucarados, su consumo se hace más viable. De los puntos anteriores surge, de manera implícita, la dimensión de acceso a la alimentación nutritiva y de calidad de la medición multidimensional de pobreza en México, la cual, también puede llamarse inseguridad alimentaria. La seguridad alimentaria, como contraparte de la inseguridad alimentaria, se define, de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (*FAO*, por sus siglas en inglés) (2011), como el acceso físico, social, y económico (en todo momento) a alimentos suficientes, inocuos, y nutritivos que satisfacen las necesidades energéticas diarias y preferencias alimentarias de las personas, para llevar una vida activa y sana.

Ahora bien, antes de abordar de manera conceptual la inseguridad alimentaria, es necesario preguntarse si es viable que la inseguridad alimentaria explique la relación entre obesidad y pobreza. Para responder la pregunta anterior, se puede destacar los argumentos de Maupin y Brewis (2014), quienes encuentran que, en contextos de inseguridad alimentaria en Guatemala, las personas tienden a rechazar cuerpos delgados y a buscar cuerpos corpulentos; puesto que hay una creencia de que lo delgado simboliza hambre. Una vez aclarado el vínculo entre obesidad y pobreza, y presentada la inseguridad alimentaria como factor clave para el vínculo, es necesario abordar la inseguridad alimentaria de manera conceptual para profundizar la forma en la que vincula la obesidad con la pobreza.

## ***Obesidad y Pobreza vía Inseguridad Alimentaria***

Además de la definición de seguridad alimentaria, la *FAO* (2011) define la inseguridad alimentaria (de manera directa) como la insuficiente ingestión de alimentos, que puede ser transitoria, estacional, o crónica. No obstante, la investigación utiliza la definición presentada en la sección anterior puesto que permite identificar las cuatro dimensiones de la inseguridad alimentaria: 1) disponibilidad física de los alimentos; 2) acceso económico y físico a los alimentos; 3) utilización de los alimentos; y 4) estabilidad en las dimensiones anteriores (*FAO*, 2011). A continuación, se desarrolla lo que implica cada una de las dimensiones.

En primer lugar, la disponibilidad física de los alimentos se refiere al suministro adecuado de alimentos, el cual puede provenir de la producción familiar o comercial, reservas de alimentos, importaciones, y la asistencia alimentaria (*FAO*, 2010). En segundo lugar, el acceso económico y físico a los alimentos se refiere a que no basta con que exista una oferta alimentaria adecuada, sino que se necesita que esta sea accesible para la población, lo que ha llevado a políticas públicas enfocadas en el gasto y en el ingreso (*FAO*, 2011). En tercer lugar, la utilización de los alimentos se refiere a la forma en la que el cuerpo aprovecha los nutrientes de los alimentos; particularmente abarca la correcta preparación, la diversidad en la dieta, y la buena distribución de alimentos en el hogar (*FAO*, 2011). En cuarto lugar, la estabilidad se refiere a que no basta con que haya una ingesta de alimentos adecuada en cierto tiempo, sino que es necesario que dicho acceso e ingesta sea de manera periódica (*FAO*, 2011).

Una vez mencionadas las dimensiones de la seguridad alimentaria, es momento de hablar de las diversas escalas de inseguridad alimentaria, las cuales únicamente capturan la dimensión de acceso físico y económico a los alimentos, entre las que destacan: 1) a nivel hogar, la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (*ELCSA*); y 2) a nivel persona, la Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria (*FIES*, por sus siglas en inglés). Por un lado, la *ELCSA* consiste en 15 preguntas que buscan saber la cantidad y calidad de la alimentación, el hambre, y la preocupación (*FAO*, 2012).<sup>5</sup> Por otro lado, la *FIES* consta de 8 preguntas que se

---

<sup>5</sup> De la pregunta 1 a la 8 se aborda la sección del hogar, y de la pregunta 9 a la 15 se aborda la sección de menores de 18 años a las que únicamente tienen acceso los hogares con al menos un menor de 18 años.

realizan a la persona en cuestión, y que buscan abordar la preocupación, hambre, cantidad y calidad de la alimentación de la persona (FAO, 2012).

A partir de las escalas anteriores se puede clasificar la inseguridad alimentaria en tres tipos: 1) inseguridad alimentaria leve; 2) inseguridad alimentaria moderada; y 3) inseguridad alimentaria severa (FAO, 2012). En primer lugar, la inseguridad alimentaria leve se refiere a la existencia de amenazas a los medios de subsistencia de las personas, sin importar las causas, el contexto, o duración (FAO, 2022). En segundo lugar, la inseguridad alimentaria moderada se refiere a la incertidumbre de la persona para adquirir alimentos, que conlleva, a, en cierto tiempo, reducir la cantidad o calidad de alimentos ante la carencia de dinero u otro tipo de recurso (FAO, 2022). En tercer lugar, la inseguridad alimentaria severa se refiere al nivel de inseguridad alimentaria donde la persona, probablemente, se haya quedado sin alimentos, tenga hambre, y (tal vez) tenga días sin comer (FAO, 2022). Ahora bien, una vez definida la inseguridad alimentaria, sus dimensiones, grados y escalas, es necesario profundizar las razones por las cuales la inseguridad alimentaria permite vincular la obesidad con la pobreza.

Primeramente, es necesario presentar ejemplos que demuestren que la inseguridad alimentaria es una característica asociada a la pobreza. En primer lugar, como se mencionó anteriormente, el acceso a la alimentación nutritiva y de calidad es uno de los indicadores para medir la pobreza en México. En segundo lugar, Shamah et al. (2014) comprobaron, en su estudio, que la carencia por acceso a alimentos (inseguridad alimentaria) se asociaba positivamente con variables *proxys* de precariedad o pobreza. En tercer lugar, Mundo-Rosas et al. (2018) encontraron que, con datos de las *ENSANUT* 2012 y 2016, los hogares con mayores niveles de inseguridad alimentaria fueron los que tenían las peores condiciones de bienestar. En cuarto lugar, Mundo-Rosas et al. (2019) encontraron que, con datos de la *ENSANUT* 2018, la proporción de hogares con un nivel de inseguridad alimentaria moderado o severo fue mayor en los hogares del quintil socioeconómico más bajo.

Una vez ejemplificado porque se puede asociar la pobreza con la inseguridad alimentaria, es necesario mencionar por qué se puede vincular la pobreza con la obesidad a partir de la inseguridad alimentaria. En primer lugar, Hernández et al. (2012) encontraron que, los hogares con menores niveles de ingreso toman ciertas decisiones en materia de alimentos, de tal forma que pueden consumir el mayor número de calorías a un precio menor. De igual forma,

los autores señalan que la alimentación de las personas más “pobres” se orienta a los productos con alto contenido energético como pan, tortillas, cereales, frutas, hortalizas, aceites y grasas vegetales comestibles (Hernández et al., 2012). En segundo lugar, Mundo-Rosas et al. (2019) señalan que, los hogares donde las mujeres tienen un mayor consumo de alimentos no recomendables por su alto contenido energético tienen mayor probabilidad de presentar inseguridad alimentaria o severa. En tercer lugar, Ortiz-Hernández et al. (2012) mencionan que, la inseguridad alimentaria puede aumentar el riesgo de obesidad por los alimentos de alta densidad energética son más baratos y las personas perciben que las sacian más. De igual forma, Ortiz-Hernández et al. (2012) destacan que algunos estudios señalan que las personas con inseguridad alimentaria crónica desarrollan desinhibición alimentaria, es decir, ignoran señales de hambre y saciedad, lo que los lleva a que su consumo dependa de la disponibilidad de alimentos. Por último, Hernández et al. (2017) señalan que, con base en su estudio en Estados Unidos, mujeres “blancas” con inseguridad alimentaria tenían 41% de probabilidad de tener sobrepeso u obesidad.

Ahora bien, con base a la discusión que se tuvo en la presente sección, es posible señalar que, en efecto, es posible vincular la pobreza y la obesidad a partir de la inseguridad alimentaria. En este mismo sentido, es necesario señalar que, los argumentos no giran en torno a las cuatro dimensiones de la inseguridad alimentaria, sino que giran en torno a las dimensiones de acceso y disponibilidad de alimentos. Por lo cual, en la siguiente sección se abordará la forma en que la obesidad en contextos de pobreza se explica a partir de la adquisición de alimentos, o, como se le denomina en la presente investigación, la oferta de alimentos.

### ***Obesidad y Pobreza vía Oferta de Alimentos***

Como se mencionó, el acceso físico a alimentos habla acerca del suministro de alimentos. No obstante, la disponibilidad física también puede entenderse como la parte de la oferta de alimentos que es función de los niveles de producción, niveles de existencia y el comercio neto (FAO, 2011). A partir de esto, es necesario mencionar que la presente investigación define la oferta de alimentos como los niveles de existencia de los alimentos suministrados por la

producción comercial, una definición que mezcla las dos definiciones de disponibilidad de alimentos que se presentaron.

Ahora bien, una vez definido lo que se entiende por oferta de alimentos, es necesario abordar ejemplos que fortalezcan la vinculación entre obesidad y pobreza a partir de la oferta de alimentos. En primer lugar, Puddephatt et al. (2020) encontraron en las entrevistas que realizaron que, el consumo de alimentos saludables se trunca por sus altos costos. En segundo lugar, Ma et al. (2021) señalan que la distancia a los comercios es uno de los factores que determinan los alimentos que se compran. En tercer lugar, Alston et al. (2009) encontraron que las comidas con mayor valor nutricional tienden a ser más caras que las comidas con menor valor nutricional. De igual forma, Alston et al. (2009) señalan que la elección de alimentos no se determina únicamente por las preferencias, sino que también influyen la accesibilidad, precios e ingresos de las personas. En cuarto lugar, Rodríguez-Guerra et al. (2022) señalaron que un acceso primario a supermercados y limitado a tiendas de conveniencia se asocia a mejores dietas, esto por los productos con alto contenido calórico que suelen abundar en las segundas. En quinto lugar, Morland, y Evenson (2009) encontraron que lugares con al menos una tienda de alimentos especializada o supermercado tienen menor prevalencia de obesidad.

No obstante, Guthman (2011) señala que no basta con realizar un enfoque centrado únicamente en la oferta de alimentos, puesto que no permite reflexionar acerca del entorno alimentario. Además, es posible que haya elementos que no dependen únicamente de la oferta de alimentos, sino que también tienen que ver las personas que los consumen. Para esto, en la siguiente sección se abordan los elementos relacionados a las personas bajo la denominación de hábitos alimentarios.

### ***Hábitos alimentarios***

Los hábitos alimentarios, de acuerdo con la *FAO* (s.f), son el conjunto de costumbres que condicionan la forma como los individuos o grupos seleccionan, preparan y consumen los alimentos, influidas por su disponibilidad, acceso, y educación alimentaria. La oferta de alimentos y los hábitos alimentarios se pueden vincular a partir de la disponibilidad y acceso a

los alimentos, factores que claramente determinan la forma en la que las personas se alimentan. En este mismo sentido, la *FAO* (2002), también señala que los hábitos alimentarios se pueden cambiar (incluso de manera deliberada) a partir de cambios sociales y económicos, siendo cómo se distribuye el consumo de alimentos en la sociedad un aspecto relevante cuando se estudian los hábitos alimentarios.

Ahora bien, entre los elementos relacionados a las personas se encuentran los siguientes. En primer lugar, como se mencionó, Hernández et al. (2012) encontraron que los hogares con menos ingresos ajustan su alimentación para obtener el mayor número de calorías a un precio menor. En segundo lugar, retomando el argumento de Ma et al. (2021), los autores señalan que la distancia a los comercios determina el lugar en el que se adquieren los alimentos principalmente por la forma de desplazamiento de las personas y la percepción del tiempo que van a perder en trasladarse. En tercer lugar, Monteiro et al. (2013) señalan que los alimentos ultra procesados son preferidos por su durabilidad y por estar listos para consumirse. En cuarto lugar, como se mencionó, Ortiz-Hernández et al. (2012) encontraron que el consumo de alimentos de alta densidad energética se debe, en parte, a que las personas perciben que estos alimentos los sacian más. En quinto lugar, Maupin y Brewis (2014) encontraron que, en contextos de mayor inseguridad alimentaria hay un rechazo a cuerpos delgados puesto que los asocian a desnutrición, y hay una exaltación de los cuerpos robustos por la creencia de que representan salud, lo que termina influyendo en la alimentación de las personas. Por último, con base en la información presentada tanto de la oferta de alimentos como de los hábitos alimentarios, se encuentran los siguientes factores que pueden vincular la obesidad con la pobreza: 1) tipo de productos que se consumen; 2) precios de los productos que se consumen; 3) forma de desplazamiento; 4) percepción del tiempo que se pierde en comprar alimentos; 5) distancia al comercio; 6) tipos de comercio alrededor; y 7) razones para comprar productos.

### ***Conclusión Marco Teórico***

A lo largo de la presente sección se abordaron los conceptos de obesidad, pobreza, inseguridad alimentaria, oferta de alimentos y hábitos alimentarios. De igual forma, se profundizó en la forma en la que se puede relacionar la obesidad con la pobreza. Para esto, la inseguridad

alimentaria sirvió como el concepto que vincula las dos dimensiones grandes de la investigación (obesidad y pobreza). Sin embargo, no se consideraron todas las dimensiones de la inseguridad alimentaria, sino aquellas enfocadas a la disponibilidad, acceso y utilización de los alimentos. Para esto, el vínculo entre los conceptos de oferta de alimentos y hábitos alimentarios fueron importantes para explicar cómo la inseguridad alimentaria puede vincular la obesidad con la pobreza. Ahora bien, durante las próximas secciones se abordará lo planteado teóricamente en esta sección, pero de una manera empírica, y en el municipio de Aguascalientes. Lo anterior, para analizar si los factores de la revisión anterior también pueden explicar la relación entre los hábitos alimentarios y oferta de alimentos disponible de la población con obesidad y en contexto de pobreza en el municipio de Aguascalientes.

Con esto en mente, la presente investigación tiene por objetivo general analizar cómo se relacionan los hábitos alimentarios de la población con obesidad y en contexto de pobreza con la oferta de alimentos disponible en el municipio de Aguascalientes. En este mismo sentido, la investigación cuenta con los siguientes objetivos específicos: 1) identificar contextos de pobreza e inseguridad alimentaria en el municipio de Aguascalientes; 2) caracterizar la oferta alimentos disponible en el municipio de Aguascalientes. y 3) a partir de las experiencias de los consumidores, y a través de la relación entre hábitos alimentarios y oferta de alimentos disponible, identificar el vínculo entre obesidad y pobreza en el municipio de Aguascalientes.



## Capítulo II: Metodología

Para la presente investigación se utiliza una metodología cualitativa-exploratoria. Se realizaron 17 entrevistas semiestructuradas a personas con diagnóstico de obesidad y en contexto de pobreza, que asistan a un centro de salud, para conocer su relación con la oferta de alimentos disponible, y para saber cómo la oferta de alimentos influye en sus hábitos alimentarios. No obstante, antes de realizar las entrevistas, la investigación utiliza dos herramientas para contextualizar e identificar la zona donde se iba a trabajar. Por un lado, se utiliza la geolocalización de pobreza a nivel áreas geoestadísticas básicas (*AGEB*) urbana. Por otro lado, se utiliza el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (*DENUE*). A continuación, se profundizará con respecto a cada aspecto de la metodología.

### *Selección de técnica de recopilación de datos*

Para empezar, es necesario abordar las razones por las que se escogió realizar entrevistas semiestructuradas. En primer lugar, como se ha mencionado en las secciones anteriores, una limitante de las investigaciones que vinculan la obesidad y la pobreza es que no abarcan las experiencias de las personas con respecto a la oferta de alimentos a su disposición. En segundo lugar, al intentar conocer los hábitos alimentarios de las personas era necesario brindar un espacio para que la persona pudiera externar completamente las acciones que forman sus hábitos alimentarios. En tercer lugar, al ser los hábitos alimentarios algo que varía de acuerdo con cada persona y que cada uno experimenta de diferente manera, se necesita una aproximación que capte dicha variación. A partir de esto, se llegó a la decisión de que la entrevista semiestructurada era una gran herramienta para recopilar las experiencias de las personas conforme a la oferta alimentaria que tienen disponible, que permitiese a cada persona externar

sus hábitos alimentarios y que permitiese captar los diferentes hábitos alimentarios que tiene cada persona.

Ahora bien, a partir de la elección de la técnica de recopilación de datos surge la pregunta de cómo se iba a reclutar a las personas a entrevistar. Además de la problemática para reclutar participantes, también se tenían la problemática de cómo reclutar a personas con obesidad sin realizar un juicio de la condición de la persona o un diagnóstico sin ser experto en nutrición. Con esto en mente, se decidió acudir a los centros de salud del estado de Aguascalientes para poder reclutar participantes y para contar con un diagnóstico de obesidad hecho por expertos. En este mismo sentido, la investigación es consciente del sesgo que existe al tratar a personas con un diagnóstico de obesidad hecho, y que la puede hacer más propensa a cambiar sus hábitos alimentarios a partir de las recomendaciones hechas por el centro de salud. Sin embargo, como se mencionó, se consideró una buena opción acudir a los centros de salud para que el diagnóstico fuera hecho por un experto y para dar la oportunidad para que el diagnóstico de obesidad fuera por otro medio diferente al *IMC* por las problemáticas mencionadas anteriormente que conlleva realizar un diagnóstico de obesidad exclusivamente por el *IMC*. No obstante, es necesario mencionar que, al trabajar con los centros de salud, se descubrió que el diagnóstico se hace a partir del *IMC* y, a veces, de la circunferencia de la cintura. En este mismo sentido, es necesario mencionar que, a pesar de encontrar la forma para reclutar participantes con obesidad, aún faltaba el mecanismo para reclutar personas en contexto de pobreza, lo cual se abordará a continuación.

### ***Selección de sitios de investigación***

Para tener un acercamiento a participantes en contextos de pobreza se utilizó la geolocalización de pobreza a nivel *AGEB* urbana (*CONEVAL*, 2020). La geolocalización de pobreza a nivel *AGEB* urbana permite ubicar los rangos de pobreza por *AGEB* urbana en el municipio de Aguascalientes. Ahora bien, es importante mencionar que, con dicha herramienta, al ser a nivel urbano, no se tiene información acerca de los rangos de pobreza a nivel rural, lo cual limita el alcance de la investigación a este contexto. Contando con los rangos de pobreza a nivel *AGEB* urbana, el siguiente paso fue identificar los centros de salud urbanos estatales cercanos a una

*AGEB* urbana con rango de pobreza, para así seleccionar los centros de salud en los que se trabajaría. En total, se cuentan con 16 centros de salud urbanos estatales, los cuales se ordenaron y seleccionaron a partir de su rango de pobreza urbana y la cercanía con el contexto del investigador. A partir de lo cual, se seleccionaron los siguientes centros de salud: 1) Centro de Salud Urbano Arboledas, ubicado en una zona con un rango de pobreza entre 34% y 50%; 2) Centro de Salud Urbano Constitución, ubicado en una zona con un rango de pobreza entre 34% y 50%; y 3) Centro de Salud Urbano Insurgentes, que se ubica en una zona con un rango de pobreza entre 34% y 50%, pero muy cerca de una zona con rango entre 50% y 70%.<sup>6</sup>

Ahora bien, es necesario aclarar algunos aspectos importantes. En primer lugar, al aproximarse a la pobreza a partir de la geolocalización no se tiene una medición directa de la condición de pobreza de la persona que se entreviste, sino una aproximación indirecta a partir del territorio en el que se relaciona la persona. En segundo lugar, al realizar las entrevistas, fue necesario preguntarles a las personas la distancia a la que les quedaba el centro de salud de su casa, para así asegurar que el contexto de estudio coincidiera con el de las personas entrevistadas. En tercer lugar, es necesario mencionar que la investigación es consciente que por más que la persona viva en una *AGEB* con rango de pobreza considerable, no significa que la persona se encuentre en condición de pobreza, aunque es más probable que lo sea. En cuarto lugar, un factor importante para aproximarse a la pobreza a partir de las *AGEBs* fue que permitió vincular el territorio con la oferta de alimentos alrededor de las zonas en las que radican las personas entrevistadas.

---

<sup>6</sup> Al no contar con información acerca de los rangos de pobreza a nivel rural, la investigación no incluye aquellos centros de salud rurales, porque no hay manera de saber, con las herramientas que se utilizan, el rango de pobreza en la zona.

Figura 1. Captura de pobreza a nivel *AGEB* urbana alrededor del Centro de Salud Urbano Arboledas.



Fuente: elaboración propia con apoyo de *Google Earth* e información del *CONEVAL*.

Figura 2. Captura pobreza a nivel *AGEB* urbana alrededor del Centro de Salud Urbano Constitución



Fuente: elaboración propia con apoyo de *Google Earth* e información del *CONEVAL*.

Figura 3. Captura pobreza a nivel *AGEB* urbana alrededor del Centro de Salud Urbano Insurgentes.



Fuente: elaboración propia con apoyo de *Google Earth* e información del *CONEVAL*.

Posteriormente, con apoyo de la *DENUE* se inició la contextualización y clasificación de la oferta de alimentos en las *AGEBs* alrededor de los centros de salud seleccionados. En su portal, el *DENUE* cuenta con tres opciones para realizar búsquedas: 1) actividad económica; 2) tamaño del establecimiento; y 3) área geográfica. En primer lugar, se seleccionaron los establecimientos que se dedicaran a las siguientes actividades económicas: 1) establecimientos que brindan el servicio de preparación de alimentos y bebidas; 2) negocios dedicados al comercio mayorista de abarrotes, alimentos, bebidas, hielo y tabaco; 3) negocios dedicados al comercio minorista de abarrotes, alimentos, bebidas, hielo y tabaco; y 4) establecimientos dedicados al comercio minorista en tiendas de autoservicio y departamentales. En segundo lugar, no se hizo un filtro con respecto al tamaño del establecimiento para tener un contexto tanto de negocios de gran tamaño, como negocios de un menor tamaño. En tercer lugar, con respecto al área geográfica se seleccionó el municipio de Aguascalientes.

Vale la pena mencionar que, el portal permite seleccionar regiones del municipio. No obstante, en lugar de seleccionar alguna de las regiones, se hizo una búsqueda por las *AGEBs* alrededor de los tres centros de salud que se seleccionaron, En primer lugar, para el caso del Centro de Salud Arboledas se seleccionaron las *AGEBs* 0100100010464, 0100100010356, 010010001045A, 0100100010341 y 0100100010445, las cuales contienen las colonias Circunvalación Norte, San Pablo, Buenos Aires, Altavista, El Sol y Del Carmen. En segundo lugar, las *AGEBs* alrededor del Centro de Salud Constitución fueron 0100100011320, 0100100012920, 0100100012761 y 0100100012136, donde se encuentran las colonias Constitución, Soberana Convención Revolucionaria, Pozo Bravo Norte y Libertad. En tercer lugar, para el Centro de Salud Insurgentes se consideraron las *AGEBs* 0100100011405, 0100100012206, 0100100012210 y 010010001287A, en las que se ubican las colonias Insurgentes, Versalles 2da Sección, Vicente Guerrero y Villas de San Antonio. Sin embargo, es necesario mencionar que el *DENUE* no cuenta con información relacionada a establecimientos informales, por lo que se tiene un panorama incompleto de la oferta de alimentos. De igual forma, no basta con saber los establecimientos que existen en las *AGEBs* alrededor de los centros de salud, sino que es necesario saber cuáles establecimientos utiliza la población de interés.

### ***Selección de escala de Inseguridad Alimentaria***

Como se mencionó anteriormente, existen dos escalas de inseguridad alimentaria: 1) *ELCSA*; y 2) *FIES*. La investigación utilizó la *FIES* para medir la experiencia de inseguridad alimentaria de las personas entrevistadas. Lo anterior, para así tener las mediciones de obesidad e inseguridad alimentaria a nivel individual, y para no asumir cosas del hogar a partir de las respuestas de una persona. En este mismo sentido, es necesario mencionar que el investigador aplicó la escala a las personas entrevistadas, sin realizar ningún cambio en la redacción de las preguntas, teniendo precaución de no incomodar a la persona, y que ésta no se sintiera juzgada por las preguntas de la escala.

### ***Reclutamiento de participantes y recopilación de datos***

Para realizar el acercamiento a los centros de salud, y tener la posibilidad de contactar a los pacientes que asisten a ellos, se entregó una cara informativa del proyecto a la jurisdicción sanitaria para que se revisara el proyecto e instrumento, para así tener la aprobación y apoyo del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (*ISSEA*). Posteriormente, ya con la aprobación del *ISSEA*, se realizaron visitas a los centros de salud Arboledas, Insurgentes y Constitución para hablar con los directores, nutriólogos y personal de enfermería para explicarles la investigación, lo que se buscaba y para ponerse de acuerdo con los nutriólogos y el personal de enfermería para realizar las entrevistas a los pacientes que asisten con ellos y que tuvieran obesidad. Con respecto al personal de enfermería, se acordó que el investigador estaría en un consultorio durante los horarios en los que el centro de la salud es más concurrido (8 a 10 de la mañana y 2 a 4 de la tarde), y, en caso de que detectasen a algún paciente con obesidad, le solicitarían que pasara conmigo para realizar una entrevista en lo que pasaba a consulta. Con respecto a los nutriólogos, se acordó que avisarían al investigador cuando la persona con obesidad llegara a consulta, para así poder entrevistarla al finalizar la consulta. Ahora bien, no se realizaron entrevistas a personas con obesidad que asistiesen al nutriólogo por una serie de factores que se conocieron durante las interacciones con los funcionarios del *ISSEA* y de los centros de salud, las cuales tienen implicaciones relevantes para la investigación y serán abordadas en la sección de resultados. Además, gracias al contacto hecho con trabajadores del Centro de Salud Urbano Insurgentes, se permitió acudir a tres sesiones del Grupo de Ayuda Mutua (*GAM*), que se conforma por personas con sobrepeso, obesidad y diabetes, y que se reúne de manera mensual en el centro de salud.<sup>7</sup>

Una vez hecho el contacto con los pacientes, se les explicó el tema, objetivo de la entrevista y se les entregó una carta de consentimiento informado<sup>8</sup> para solicitar su participación en el estudio. El consentimiento informado incluye el tema, objetivo, e importancia del estudio, que la participación es anónima (en ningún momento se solicita el nombre de la persona<sup>9</sup>) y voluntaria, que únicamente se grabará audio para facilitar que se tomen notas de la información que se brinde (a la que únicamente tendremos acceso la directora de tesina y el investigador), y que la entrevista se puede detener en el momento que la persona lo desee. Particularmente, la

---

<sup>7</sup> No todos los centros de salud cuentan con un *GAM*.

<sup>8</sup> Ver Anexo A.

<sup>9</sup> En las transcripciones se les asignó un seudónimo que no tuviera nada que ver con la persona.

entrevista se centra en las experiencias que tienen las personas con los factores identificados en la literatura, los cuales son: 1) productos que se consumen; 2) precios de los productos; 3) tipos de comercio de alimentos alrededor; 4) comercios donde se compran alimentos; 5) distancia que tienen que recorrer; 6) forma de desplazamiento; y 7) percepción de calidad de los alimentos que se consumen.

Por último, para realizar las entrevistas se elaboró un guion que consta de cuatro etapas.<sup>10</sup> En primer lugar, para abrir la conversación, se realizaron una serie de preguntas generales, como la edad, sexo, ocupación de la persona, nivel de escolaridad y si es la persona encargada de comprar alimentos en su hogar (o si al menos acompaña a comprarlos). La pregunta de si se encarga o acompaña a comprar alimentos se realizó puesto que, al querer conocer la experiencia con respecto a la oferta de alimentos y los hábitos alimentarios es necesario entrevistar a una persona familiarizada con la adquisición de alimentos. En segundo lugar, se realizó una serie de preguntas acerca del diagnóstico de obesidad de la persona, las cuales se enfocan en conocer la forma en que se diagnostica obesidad y la explicación que se le da a la persona. Ahora bien, vale la pena mencionar que en los Centros de Salud Arboledas y Constitución la zona de trabajo permitió observar el diagnóstico de obesidad que se le hace a las personas, el cual es mediante el *IMC*, y, ocasionalmente, circunferencia de la cintura. Mientras que, en el Centro de Salud Insurgentes al ubicar la zona de trabajo en un consultorio que no permitía ver el diagnóstico de obesidad, fue necesario preguntar tanto al personal del centro de salud la forma en la que diagnosticaban obesidad, donde la respuesta fue que también era mediante el *IMC*. En este mismo, para verificar que en verdad se hiciera un diagnóstico de obesidad en el Centro de Salud Insurgentes, a las personas entrevistadas se les preguntó si las medían y pesaban cuando iban a consulta, y lo que les decían. En tercer lugar, se realizó la escala de experiencia de inseguridad alimentaria (*FIES*) para comprobar que la persona tenga una carencia por acceso a la alimentación, y para conocer el grado de dicha carencia. En cuarto lugar, y, en caso de que sea una persona involucrada en la adquisición de alimentos, se procede a realizar el resto de la entrevista, ahora con preguntas enfocadas a la experiencia de la persona con la oferta de alimentos a su disposición, en las cuales se busca sacar a conversación las dimensiones de la oferta de alimentos anteriormente señaladas.

---

<sup>10</sup> Ver Anexo B.



Se realizaron 17 entrevistas semiestructuradas, de las cuales 13 se realizaron a mujeres, 4 a hombres y 11 permitieron que se grabara audio. La duración de las entrevistas osciló entre los 8 y 30 minutos en lo que la persona entraba a consulta. La corta duración de las entrevistas responde a un temor de que las personas perdieran el turno al no estar en la sala de espera (Insurgentes), y a que les llamaran a consulta en cualquier momento (Constitución y Arboledas). Con respecto a los centros de salud se puede decir que 7 entrevistas se realizaron en el Centro de Salud Urbano Insurgentes, 7 en el Centro de Salud Urbano Arboledas y 3 en el Centro de Salud Urbano Constitución. La edad de las personas fue entre 24 (como mínimo) y 67 años (como máximo). En cuanto al nivel de escolaridad de las personas se puede mencionar que 7 estudiaron hasta la secundaria, 5 estudiaron hasta la primaria, 3 estudiaron hasta la preparatoria sin terminarla, 1 es técnico profesional en enfermería y 1 no asistió a la escuela. Con respecto a la ocupación de las personas se puede mencionar que 9 se dedican a tareas del hogar, 2 son empleadas domésticas, 1 se dedica a capacitar a personal de enfermería, 1 es comerciante, 1 es personal de seguridad, 1 es repartidor de plataforma, 1 se dedica a cocinar y 1 hace trabajos de diferentes cosas<sup>11</sup>. En este mismo sentido, es importante mencionar que todas las personas entrevistadas, a excepción del repartidor de plataforma, señalaron comer en su hogar o llevar su comida preparada. Por último, con respecto al grado de inseguridad alimentaria se puede mencionar que 5 contestaron que no a todas las preguntas de la escala de inseguridad alimentaria (no experimentan ningún grado de inseguridad alimentaria), 5 tienen inseguridad alimentaria leve, 3 inseguridad alimentaria moderada, y 4 tienen inseguridad alimentaria severa. Sin embargo, vale la pena mencionar que las personas que respondieron que no a todas las preguntas de la escala de inseguridad alimentaria mostraron, a lo largo de la entrevista, preocupación de que no les alcanzara para comer y al hecho de tener que ajustar su alimentación a su presupuesto, aunque eso signifique tener que comer menos sano y variado. A continuación, se presenta una tabla que contiene los datos mencionados.

Tabla 1. Datos Generales de entrevistas								
Seudónimo	Centro de Salud	Grabación	Duración (en minutos)	Sexo	Edad (en años)	Nivel Escolar	Ocupación	Grado Inseguridad Alimentaria
Ana	Insurgentes	No	30	Femenino	43	Secundaria	Hogar	Severo
Sofía	Insurgentes	No	10	Femenino	32	Secundaria	Cocinera	Moderado
Fernanda	Insurgentes	Sí	10	Femenino	24	Secundaria	Hogar	Severo

<sup>11</sup> La persona no quiso compartir que tipos de trabajo realiza.

Margarita	Insurgentes	Sí	22	Femenino	41	Técnico Profesional	Capacita personal	Leve
Alejandra	Arboledas	Sí	10	Femenino	42	Secundaria	Hogar	Moderado
Julieta	Insurgentes	No	20	Femenino	62	Ninguno	Hogar	Ninguno
María	Insurgentes	Sí	11	Femenino	47	Secundaria	Empleada Doméstica	Severo
Ismael	Insurgentes	Sí	9	Masculino	41	Primaria	Comerciante	Ninguno
Silvia	Constitución	Sí	14	Femenino	56	Primaria	Hogar	Leve
Carmen	Constitución	Sí	10	Femenino	34	Prepa	Hogar	Severo
Rubén	Arboledas	Sí	10	Masculino	30	Primaria	Repartidor de plataforma	Leve
Armando	Constitución	No	9	Masculino	65	Primaria	Trabajos Varios	Ninguno
Francisco	Arboledas	No	12	Masculino	67	Primaria	Personal Seguridad	Moderado
Pilar	Arboledas	No	10	Femenino	63	Prepa	Hogar	Ninguno
Samantha	Arboledas	Sí	8	Femenino	30	Secundaria	Hogar	Leve
Mónica	Arboledas	Sí	8	Femenino	62	Secundaria	Hogar	Ninguno
Fátima	Arboledas	Sí	8	Femenino	38	Prepa	Empleada Doméstica	Leve

Fuente: elaboración propia.

### *Análisis de las entrevistas*

Una vez realizadas las entrevistas se llevó a cabo un análisis deductivo-temático. Por un lado, deductivo porque el instrumento se construyó con base en aspectos y factores que se encontraron en la revisión de literatura y que fueron los más relevantes en las investigaciones que se abordaron. A partir de esto, la investigación puso a prueba si estos factores también aplicaban para el municipio de Aguascalientes. Por otro lado, temático porque, a partir de respuestas, se buscó patrones en las respuestas de las personas para comprobar si las dimensiones identificadas en la revisión de literatura también aplican para el caso del municipio de Aguascalientes.

Con respecto a la recopilación y análisis de información se puede mencionar lo siguiente. En primer lugar, en ningún momento se solicitó el nombre de la persona para mantener el anonimato y porque no se consideraba vital para la investigación. En este mismo sentido, se le señaló a la persona que no era necesario que compartiera su nombre para mantener el anonimato. En segundo lugar, se le explicó el proyecto a la persona a partir de la entrega y lectura del consentimiento informado, en el cual, al finalizar de leerlo, se le solicitaba la autorización para grabar el audio. En tercer lugar, para la grabación, en caso de que se autorizara, se utilizó la

grabadora del celular, la cual se colocó a la mitad del escritorio que separaba al investigador de la persona entrevistada. En cuarto lugar, con respecto a las respuestas de las personas en el resto del instrumento, se utilizó una clasificación de contenido por color a partir de una tabla en *Word*, en los cuales había cuatro posibles colores dependiendo de las respuestas de las personas: i) amarillo para denotar los patrones de consumo de las personas; ii) azul para identificar las respuestas de las personas acorde a las dimensiones identificadas en la revisión de literatura; iii) verde para los factores que determinan los productos que compran las personas; y iv) rojo para reacciones negativas de la persona con respecto a sus hábitos alimentarios y su relación con la oferta de alimentos. Con esto en mente, es necesario abordar los resultados de la presente investigación.

### **Capítulo III: Resultados**

Como se mencionó anteriormente, para la presente investigación se realizaron 17 entrevistas a personas con obesidad y en contextos de pobreza que asistieran a los centros de salud urbanos estatales. La presente sección contiene cinco partes, las cuales se explican a continuación. En primer lugar, se presenta la clasificación de la oferta alimentaria que se realizó con base en la información de la *DENUE*. En segundo lugar, se abordan los hallazgos de las entrevistas que se realizaron. En tercer lugar, se mencionan los hallazgos de la interacción con los funcionarios de gobierno para solicitar el permiso para realizar las entrevistas. En cuarto lugar, se presentan los hallazgos de las reuniones con el *GAM*. En quinto lugar, se discuten los resultados y hallazgos de la investigación.

#### ***Oferta Alimentaria según el DENUE***

Como se mencionó en la sección de metodología, se clasificó a los negocios según su tipo de actividad económica, resultando en las siguientes categorías: 1) establecimientos que brindan el servicio de preparación de alimentos y bebidas; 2) negocios dedicados al comercio mayorista de abarrotes, alimentos, bebidas, hielo y tabaco; 3) negocios dedicados al comercio minorista de abarrotes, alimentos, bebidas, hielo y tabaco; y 4) establecimientos dedicados al comercio minorista en tiendas de autoservicio y departamentales. Con respecto a la oferta alimentaria que se encontró se puede mencionar que, en las *AGEBs* alrededor de los tres centros de salud, los tipos de negocios que predominan son aquellos que se dedican al servicio de preparación de alimentos y bebidas, y al comercio por menor de abarrotes, alimentos, bebidas, hielo y tabaco. Mientras que, los negocios dedicados al comercio al por mayor de abarrotes, alimentos, bebidas, hielo y tabaco, y al comercio por menor de tiendas departamentales y de autoservicio son menos y, notablemente (como se mostrará a continuación), eclipsados por los tipos de negocios

predominantes. La Tabla 2 muestra el número de negocios según su tipo que se encontraron en las *AGEBs* alrededor de los Centros de Salud Arboledas, Constitución e Insurgentes.

Tabla 2. Cantidad de negocios en las <i>AGEBs</i> alrededor de los Centros de Salud según su tipo			
	Cantidad en <i>AGEBs</i> alrededor del		
	Centro de Salud Arboledas	Centro de Salud Insurgentes	Centro de Salud Constitución
Servicio de preparación de alimentos y bebidas	95	106	93
Comercio mayorista de alimentos, bebidas, hielo y tabaco	1	1	1
Comercio minorista de alimentos, bebidas, hielo y tabaco	75	159	104
Comercio minorista de tiendas departamentales y de autoservicio	7	4	4

Fuente: elaboración propia con datos del *DENUE*.

Ahora bien, con respecto a los negocios que predominan en las *AGEBs* aledañas a los centros de salud se puede señalar lo siguiente. En general, según los datos del *DENUE* en las *AGEBs* alrededor de los tres centros de salud predominan aquellos negocios que se dedican a preparar comida típica mexicana<sup>12</sup> y las tiendas de abarrotes (o como se les conoce popularmente *tienditas*). No obstante, vale la pena profundizar en qué tipos de negocios, de las categorías 1 y 3, se encuentran en las *AGEBs* alrededor de los centros de salud.

Por un lado, con respecto a los negocios que se dedican a preparar alimentos y bebidas en las *AGEBs* alrededor de los centros de salud se pueden señalar que predominan los locales que venden comida mexicana, seguidos de los que venden comida rápida<sup>13</sup> y los que se dedican a vender otro tipo de alimentos o bebidas.<sup>14</sup> La Tabla 3 muestra la cantidad de locales de preparación de alimentos y bebidas según su tipo que se encontraron en las *AGEBs* alrededor de los centros de salud de interés. Además, los siguientes mapas se visualiza la ubicación de algunos de estos negocios que se dedican a preparar alimentos y bebidas.<sup>15</sup>

<sup>12</sup> Se engloban los negocios de venta de quesadillas, gorditas, menudo, birria, tacos, tortas y aquellos que se denominan como “antojitos mexicanos”.

<sup>13</sup> Pizza, hamburguesas, hot-dogs.

<sup>14</sup> Incluye rosticerías, jugos, bares, venta de aguas y helados.

<sup>15</sup> En las figuras el punto amarillo representa el centro de salud en cuestión.

Tabla 3. Cantidad de tipos de locales de preparación de alimentos y bebidas en las AGEBS alrededor de los Centros de Salud			
	Cantidad en las AGEBS alrededor del		
	Centro de Salud Arboledas	Centro de Salud Constitución	Centro de Salud Insurgentes
Comida Mexicana	65	57	60
Comida Rápida	5	13	7
Mariscos	5	4	2
Cooperativas Escolares	5	5	13
Otros	16	14	24

Fuente: elaboración propia con información del *DENUE*.

Figura 4. Captura de ubicación de negocios que preparan alimentos y bebidas en las AGEBS alrededor del Centro de Salud Arboledas.



Fuente: elaboración propia con información del *DENUE*.

Figura 5. Captura de ubicación de negocios que preparan alimentos y bebidas en las AGEBs alrededor del Centro de Salud Constitución.



Fuente: elaboración propia con información del *DENUE*.

Figura 6. Captura de ubicación de negocios que preparan alimentos y bebidas en las AGEBs alrededor del Centro de Salud Insurgentes.



Fuente: elaboración propia con información del *DENUE*.

Por otro lado, con respecto a los comercios minoristas de abarrotes, alimentos, bebidas, hielo y tabaco se puede señalar lo siguiente. En las *AGEBs* cercanas a los centros de salud hay principalmente tiendas de abarrotes, negocios que venden otro tipo de productos,<sup>16</sup> y, en menor medida, carnicerías<sup>17</sup> y fruterías<sup>18</sup> (Tabla 4). En los siguientes mapas la ubicación de algunos comercios minoristas en las *AGEBs* alrededor de los Centros de Salud.

	Cantidad en las <i>AGEBs</i> alrededor del		
	Centro de Salud Arboledas	Centro de Salud Constitución	Centro de Salud Insurgentes
Carnicerías	5	5	18
Tiendas de abarrotes	52	60	83
Fruterías	6	15	24
Pescaderías	1	1	0
Gobierno	1	1	1
Otro	11	22	33

Fuente: elaboración propia con información del *DENUE*.

Figura 7. Captura de ubicación geográfica de comercios minoristas de abarrotes, alimentos, bebidas, hielo y tabaco en las *AGEBs* alrededor del Centro de Salud Arboledas.



Fuente: elaboración propia con información del *DENUE*.

<sup>16</sup> Entre los otros negocios entran dulcerías, pastelerías, panaderías, y lugares de venta de botana.

<sup>17</sup> Incluye venta de cerdo, res y pollo.

<sup>18</sup> En las fruterías se incluye la venta de semillas porque, si bien no siempre van juntos, por lo general se venden semillas en las fruterías.



Figura 8. Captura de ubicación geográfica de comercios minoristas de abarrotes, alimentos, bebidas, hielo y tabaco en las AGEBs alrededor del Centro de Salud Constitución.



Fuente: elaboración propia con información del *DENUE*.

Figura 9. Captura de ubicación geográfica de comercios minoristas de abarrotes, alimentos, bebidas, hielo y tabaco en las AGEBs alrededor del Centro de Salud Insurgentes



Fuente: elaboración propia con información del *DENUE*.

Con esto en mente, es necesario abordar algunos aspectos importantes del conteo anterior. En primer lugar, es notoria la diferencia entre los negocios según su tipo de actividad; puesto que claramente los tipos 1 y 3 son los que predominan en los contextos que se estudiaron. En segundo lugar, dentro de cada uno de estos tipos también existe una marcada diferencia en los negocios que más se presentan en las *AGEBs* alrededor de los centros de salud, siendo los locales que preparan comida mexicana (en el caso del tipo 1), y las tiendas de abarrotes (para el tipo 3) los negocios predominantes. En tercer lugar, otro aspecto interesante es la poca existencia de negocios de comida rápida y de venta de mariscos en los contextos estudiados. Lo anterior podría ser explicado por el costo (en el caso de los mariscos) y por, tal vez, no ser una zona estratégica por la gran cantidad de negocios de comida mexicana que hay en las zonas. En este mismo sentido, vale la pena mencionar que, en el caso de Constitución, la plaza *Altaria* infla el número de locales de comida rápida y es necesario que, a las personas que se entrevisten en Constitución se les pregunte si asisten a dicha plaza. En cuarto lugar, y de la mano con los pocos negocios de mariscos, llama la atención las pocas pescaderías que hay en las *AGEBs* alrededor de los centros de salud, en comparación con la cantidad de carnicerías que hay alrededor de los centros. Con esto en mente, fue importante contrastar este número de locales de mariscos y pescaderías con el consumo de este tipo de alimentos por parte de las personas entrevistadas. Por último, es de llamar la atención las pocas tiendas de gobierno que hay en las *AGEBs* alrededor de los centros de salud (en comparación con las fruterías y tiendas de abarrotes), y que hace pensar si el gobierno no podría estar más involucrado en el suministro de alimentos para la población. Ahora bien, es necesario señalar que las categorías de otros se construyeron a partir de la variedad de negocios existentes y que no había la suficiente cantidad de cada uno de los tipos de negocio para que tuvieran su categoría individual. No obstante, vale la pena mencionar que, las rosticerías y pollerías son los negocios que más se presentan en la categoría de otros.

Además del conteo y visualización de la oferta alimentaria formal, según el *DENUE*, en las *AGEBs* alrededor de los centros de salud estudiados, también es relevante señalar las distancias a las que quedan mercados, centrales de abasto y cadenas de supermercados de los centros de salud. En este mismo sentido, es necesario mencionar que, aunque se les pregunte a las personas entrevistadas la distancia a las que les queda el centro salud, no se sabe exactamente donde vive la persona; por lo que, para la siguiente información se utiliza de referencia el tiempo

de caminata desde el centro de salud, al ser el punto conocido de las personas, hasta los siguientes comercios.<sup>19</sup>

Con respecto a las *AGEBs* alrededor del Centro de Salud Arboledas hay 2 mercados y 1 *Bodega Aurrera*. Por un lado, los mercados de Línea de Fuego y San Felipe se encuentran a 2 y 10 minutos respectivamente. Por otro lado, el *Bodega Aurrera* se encuentra 9 minutos del centro de salud. Mientras que, en las *AGEBs* alrededor del Centro de Salud Constitución hay 1 *Bodega Aurrera* y 1 *Comer*. Por un lado, la *Bodega Aurrera* se encuentra a 9 minutos del centro de salud. Por otro lado, la *Comer* se encuentra a 29 minutos del centro de salud. Por último, con respecto a las *AGEBs* alrededor del Centro de Salud Insurgentes se puede señalar que hay 3 *Bodegas Aurrera*, 2 mercados, 1 central de abastos, 1 supermercado *HEB*, 1 *Chedraui*. En primer lugar, las *Bodegas Aurreras* quedan a 8, 16 y 28 minutos caminando desde el centro de salud. En segundo lugar, los mercados son el de *Las Huertas* y *Pilar Blanco*, donde el tiempo caminando desde el centro de salud son 3 y 14 minutos respectivamente. En tercer lugar, la central de abastos queda a 16 minutos desde el centro de salud. En cuarto lugar, el supermercado *HEB* queda a 21 minutos caminando desde el centro de salud. En quinto lugar, el tiempo desde el centro de salud hasta el *Chedraui* es de 30 minutos.

Además de la ubicación y distancia a mercados y grandes supermercados, también es necesario conocer si existen parques o espacios recreativos en las *AGEBs* alrededor de los centros de salud. Al igual que en el caso de los comercios, se utiliza como punto de referencia el centro de salud y los tiempos de caminata son los indicados por *Google Maps*. En primer lugar, en las *AGEBs* alrededor del Centro de Salud Arboledas se encuentran el Parque Independencia, Jardín Carpio y Jardín Primavera, que se encuentran a 11, 9 y 13 minutos del centro de salud. En segundo lugar, en las *AGEBs* alrededor del Centro de Salud Constitución se encuentra el Parque Libertad y Skate Park Pozo Bravo, que están a 13 y 7 minutos del centro de salud. Por último, en las *AGEBs* alrededor del Centro de Salud Insurgentes hay 3 parques: 1) Insurgentes, que se encuentra a 4 minutos; 2) Nogales Sur, que se ubica a 24 minutos; y 3) Rodolfo Landeros, que se encuentra a 32 minutos.

A partir de la información anterior, es posible destacar los siguientes resultados. En primer lugar, si las personas decidieran comprar únicamente en los mercados o central de

---

<sup>19</sup> Los tiempos de desplazamiento mencionados se refieren al tiempo de caminata indicado en *Google Maps*.

abastos en las *AGEBs* alrededor de los centros de salud, se tendrían desplazar entre 2 y 16 minutos. Mientras que, en caso de que decidieran comprar en supermercados, su tiempo de traslado sería de 8 a 30 minutos, lo cual es un tiempo considerable por las condiciones climáticas del municipio, y con el hecho de que las personas van a regresar con sus compras y más cansadas. En segundo lugar, el supermercado más común en las *AGEBs* alrededor de los centros de salud que se estudiaron es la *Bodega Aurrera*, lo cual, y, otra vez adelantando resultados de las entrevistas, concuerda con uno de los lugares donde compran sus alimentos las personas que se entrevistaron. En tercer lugar, a excepción de las *AGEBs* alrededor del Centro de Salud Constitución, las *AGEBs* alrededor de los demás centros de salud cuentan con mercados a su alrededor. En cuarto lugar, con respecto a los espacios de recreación, se puede mencionar que en las *AGEBs* alrededor de los centros de salud tienen parques a su alrededor a un tiempo de traslado de 4 a 32 minutos caminando. No obstante, vale la pena mencionar que la mayoría de los parques se encuentran a 10-15 minutos de los centros de salud. Ahora bien, vale la pena mencionar que, considerando que la recomendación mínima de ejercicio del Instituto Mexicano del Seguro Social (*IMSS*) es de 30 minutos diario, si alguien alrededor de los centros de salud estudiados quisiera cumplir con el mínimo recomendado de actividad física le bastaría (en su mayoría) con ir y venir a algún parque sin siquiera entrar. Lo anterior es relevante para cuestionar la falta de espacios recreativos en el municipio. No obstante, es necesario volver a mencionar que durante las entrevistas se verificó que las personas vivieran cerca del centro de salud. A partir de esto, es necesario abordar los resultados de las entrevistas que se realizaron a los pacientes de los centros de salud, para así conocer cómo sus hábitos alimentarios se relacionan con la oferta de alimentos a su disposición.

### ***Entrevistas***

Como se mencionó anteriormente, se realizaron 17 entrevistas a personas que asistieran a alguno de los centros de salud (Insurgentes, Arboledas y Constitución), y que tuvieran un diagnóstico de obesidad hecho por el personal de enfermería del centro de salud. La siguiente sección se divide en dos partes. Por un lado, se profundizará en las características sociodemográficas de las personas entrevistadas. Por otro lado, se hablará de las respuestas de las personas al resto del

instrumento y las dimensiones que podrían explicar la relación entre los hábitos y oferta de alimentos de la población con obesidad y contexto de pobreza en el municipio de Aguascalientes.

Con respecto a la aplicación de la escala de inseguridad alimentaria se pueden mencionar lo siguiente. En primer lugar, la mayoría de las personas batallan para tener una alimentación variada, nutritiva, comer todas las veces al día, y, además, se preocupan por no tener suficientes alimentos para comer. En segundo lugar, es importante mencionar que la escala generó diversas reacciones en las personas, las cuales giraron en dos sentidos. Por un lado, hubo personas que mencionaron que la escala era “muy dura”, tanto que algunas personas dijeron que iban a llorar o hicieron gestos de incomodidad. Por otro lado, también se presentó una negación a la condición de inseguridad alimentaria, lo que se manifestó en respuestas de que “comían poco, pero comían”, y, en el caso de las personas del sexo masculino, un rechazo a si su hogar se había quedado sin alimentos durante el último año. La Tabla 5 muestra la cantidad de personas que respondieron afirmativa y negativamente a las preguntas de la escala de inseguridad alimentaria. Después de la Tabla 5, se encuentran las respuestas de las personas al resto del instrumento y a las dimensiones extraídas de la revisión de literatura.

Tabla 5. Conteo de respuestas afirmativas y negativas a escala de inseguridad alimentaria por pregunta		
Pregunta: Durante los últimos 12 meses, ha habido algún momento en que, por falta de dinero u otros recursos, ... <sup>20</sup>	Cantidad de personas que respondieron “sí”	Cantidad de personas que respondieron “no”
... se haya preocupado por no tener suficientes alimentos para comer.	9	8
... no haya podido comer alimentos sanos o nutritivos.	11	6
... haya comido poca variedad de alimentos.	12	5
... haya tenido que saltarse una comida.	9	8

<sup>20</sup> Todas las preguntas de la escala inician con el mismo enunciado.

... haya comido menos de lo que pensaba que debía comer.	7	10
... su hogar se haya quedado sin alimentos.	5	12
... haya sentido hambre, pero no comió.	6	11
... haya dejado de comer durante todo un día.	5	12

Fuente: elaboración propia.

### Días y veces que adquieren alimentos

Las personas entrevistadas adquieren sus alimentos de forma semanal en diferentes estrategias. En primer lugar, se puede destacar que parte de las personas entrevistadas compran el grueso de sus alimentos los fines de semana, específicamente los viernes o domingos; puesto que así aprovechan para “*salir a pasear*” (Ismael) o para aprovechar otra salida, como Alejandra, quien dice “*aprovecho y voy saliendo de misa*”. En segundo lugar, el mismo grupo de personas que compran el grueso de alimentos los fines de semana, señalaron comprar alimentos preparados esporádicamente, particularmente: 1) “*cuando no tengo ganas de cocinar*” (María); 2) “*cuando tengo que salir a algo*” (Alejandra); y 3) “*cuando nos queremos dar un lujo*” (Ismael y Samantha). No obstante, a pesar de que las razones para comprar alimentos preparados varían, las ocasiones en las que pueden comprar alimentos preparados son esporádicas y depende de que les haya sobrado dinero. En tercer lugar, otra parte de las personas entrevistadas compran los alimentos conforme se vayan ocupando o diario. Lo anterior lo hacen principalmente por la falta de recursos económicos y de otro tipo, tal como lo ejemplifican Ana y Carmen, quienes señalaron comprar alimentos conforme los ocupen porque: “*no podemos planear, es conforme tengamos dinero*” (Ana) y “*anteriormente no tenía refrigerador y lo hacía para que no se echaran a perder, pero ahora ya puedo hacer para la mañana, para el lonche y para la noche*” (Carmen). Por último, Rubén es un caso particular, puesto que, al ser repartidor de plataforma, come alimentos preparados dependiendo de la zona en la que se encuentre trabajando.

### Forma de desplazamiento, ubicación de las personas y tiempo a los comercios

La principal forma de desplazamiento de las personas es caminando (10), lo anterior es porque las personas no tienen un vehículo particular que puedan utilizar para ir a comprar sus alimentos. Se dice la persona porque hay casos donde en el hogar hay vehículo, pero no se le presta a la persona encargada de ir a comprar alimentos, tal es de Julieta quien señala “*tenemos carro, pero no me lo prestan y no me quieren llevar*”. No obstante, sí hay otras formas de desplazamiento, 4 personas se desplazan en vehículo, 2 en moto y 1 en bicicleta.

Con respecto a la confirmación de que las *AGEBs* estudiadas en verdad fueran los contextos donde viven las personas entrevistadas se puede señalar que, caminando, los centros de salud les quedaban de 5 a 30 minutos. Ahora bien, la mayoría de las personas señalaron que el centro de salud les quedaba a 15 minutos caminando. Por lo cual, se puede confirmar que las *AGEBs* estudiadas son los contextos donde radican las personas entrevistadas.

Finalmente, con respecto al tiempo que hacen a los comercios, se puede señalar que para las personas que se desplazan caminando, los comercios en los que compran les quedan como mínimo a 5 minutos, máximo a 30 y en promedio caminan 10-15 minutos a los comercios de su preferencia. El tiempo de traslado para las personas que se desplazan caminando se les hace considerable por diferentes factores: 1) “*es pesado porque esta de subida*” (Carmen); y 2) “*sí es bastante por el calor que hace*” (Julieta). Mientras que, las personas que cuentan con un vehículo señalaron llegar a los comercios donde compran en 10-15 minutos. Lo cual consideran una distancia razonable, pero “*nos gustaría tener opciones más económicas y saludables más cerca*” (Samantha, Fátima y Margarita).

### Tipos de comercio en los que se compra

La mayoría de las personas compran sus alimentos en mercados y *Bodegas Aurrera*. Lo anterior, tiene sentido con los datos y distancias presentadas anteriormente que mostraban a este tipo de locales en las *AGEBs* cercanas a los centros de salud. No obstante, es necesario preguntar ¿por qué no consumen más en las tiendas de abarrotes, que son los comercios que abundan en los

contextos estudiados? La respuesta a la anterior pregunta es que, las tiendas de abarrotes y tiendas de alimentos especializados (como carnicerías y fruterías) son más caras en comparación a los mercados y *Bodegas Aurrera*, de tal forma que no podrían costear comprar el grueso de sus alimentos ahí, y únicamente los ocupan para lo que les llega a faltar (“*uno compra ahí nada más lo que llega a faltar*” (Fátima)). De igual forma, el consumo en mercados y *Bodegas Aurrera* no es igual, puesto que los primeros se utilizan para comprar la mayoría de los alimentos, tales como la carne, huevo, tortillas, frijoles, frutas y verduras. Mientras que, en *Bodega Aurrera* compran aceite, pastas, leche, yogurt y arroz. Por último, con respecto a comercios de alimentos preparados, se puede señalar que abundan lugares de venta de gorditas, menudos, quesadillas, barbacoa, pizza, hamburguesas, pollo rostizado y cocinas económicas.

### *Productos que consumen*

Los productos en común que consumen la mayoría de las personas entrevistadas son: cerdo, pollo, frijol, arroz, jitomate, cebolla, chile, zanahoria, calabaza, papa, manzana, plátano, sandía, melón, huevo, lechuga, pastas, mango, brócoli, papaya, coliflor, uvas, naranjas, tortillas y fruta de temporada. Ahora bien, otros productos que consumen las personas entrevistadas son nuggets de pollo empanizado, yogurts, queso, jamón, leche; y, de manera esporádica, pizza, hamburguesas, quesadillas gorditas, pollo rostizado y cocinas económicas (Rubén consume principalmente de este tipo de negocios por su trabajo). En este mismo sentido, es necesario volver a mencionar que el consumo de alimentos preparados es esporádico (a excepción de Rubén) por que “*no me gusta comer ahí, prefiero prepararme mi comida*” (Pilar) o porque únicamente pueden comprar ahí cuando les sobra dinero.

Ahora bien, es importante menciona que, aunque en el listado los productos que consumen las personas parecen saludables, hay situaciones en las dietas que merecen ser mencionadas. Por un lado, no hay un balance entre el consumo de verduras y frutas, puesto que se consumen más frutas que verduras (como el caso de Mónica, Samantha, Pilar, Silvia, María, Fernanda, Sofía y Ana), o viceversa (como señalan Fátima, Francisco, Armando, Carmen, Ismael, Julieta, Alejandra y Margarita). Ahora bien, las razones para comer más de una u otra son económicas (“*ya no me alcanza para lo demás*” (Fátima, Pilar, Mónica, Carmen y Ana)) y



porque “*no me gusta o les gusta a mis hijos*” (Margarita, Ismael, Alejandra, María, Francisco, Armando y Samantha). En este mismo sentido, es importante mencionar que las personas buscan recuperar lo que no consumen de fruta y verdura a partir de la fruta de temporada y bolsas de verdura, las cuales son “*más baratas por hay más (fruta de temporada)*” (Ismael) y “*(bolsas de verduras) están surtidas, no tan caras y así te puedes hacer sopa de verdura*” (Francisco). Por otro lado, las razones para que el consumo de cerdo y pollo sea mayor en comparación al consumo de res y pescado es por el alto precio de los últimos. No obstante, es importante mencionar que el consumo de pollo y cerdo no es la parte fuerte de la dieta de las personas, lo cual en realidad es el frijol, arroz y tortillas.

Además, al preguntarles acerca de los productos que les gustaría consumir, las respuestas fueron que pescado, camarón y consumir lo mismo, pero en mayor cantidad. Lo anterior es muy relevante por dos razones: 1) el deseo de consumir más pescado y camarones va acorde a la poca cantidad de locales que se encontraron en la búsqueda en el *DENUE*; y 2) querer consumir lo mismo, pero en mayor cantidad y variedad, refleja que la elección de alimentos de las personas no es del todo mala por si sola ni depende únicamente de sus preferencias, sino que falta cantidad, variedad y depende de los recursos económicos disponibles. Por último, una situación alarmante surgió en las entrevistas de Ana y Carmen, quienes señalaron que a veces tienen que comer de lo que le dan sus vecinos y tener que pedir prestado para poder comer; donde, en caso de no conseguir quien les preste, la persona y su familia se quedan sin comer. Lo anterior muestra la importancia de los lazos sociales para subsistir, y el reconocimiento por parte de su entorno de las carencias que experimentan estas personas.

### *Presupuesto para alimentos*

El presupuesto para alimentos con el que cuentan las personas oscila entre los 300 y 2,100 pesos semanales, siendo un presupuesto para alimentos entre 300 y 500 pesos semanales lo más común. En este mismo sentido, las personas señalaron que les preocupa que no les vaya a alcanzar el presupuesto para comprar sus alimentos, e, incluso, han experimentado tener que dejar alimentos porque ya no les alcanza. De igual forma, se les preguntó a las personas si podían comprarse un gusto personal y cuánto les parecería un presupuesto razonable para ajustar sus

compras. Por un lado, las personas por lo general respondieron que se pueden dar un gusto personal cada mes cuando les queda algo de dinero, pero siempre experimentan un sentimiento de culpa de que tendrían más dinero si no se hubieran dado su gusto (“*cuando nos sentimos tristes si nos consentimos, aunque después nos da remordimiento de ay, si no hubiera gastado en eso*” (Margarita)). Por otro lado, las personas, en su mayoría, respondieron que un presupuesto de 1,000 pesos semanales les parecería suficiente para ajustar sus compras. Ahora bien, es importante mencionar que ese presupuesto es para alimentar a más de una persona, lo cual toma importancia cuando el precio de la canasta básica de localidades urbanas es de 4,280 pesos mensuales por persona (García, 2023), lo cual es más del presupuesto mensual con el que cuentan las personas entrevistadas.

#### *Tiempo destinado a comprar, acompañantes y sentimientos relacionados a la adquisición de alimentos*

Además de preguntar datos acerca del presupuesto para alimentos, forma de desplazamiento, tiempo a los comercios, días en los que se adquieren alimentos y productos que se compran, otro aspecto importante para conocer los hábitos alimentarios de las personas era tener información con respecto a las personas que los acompañan, el tiempo que se tardan y los sentimientos que les genera ir a comprar alimentos. En primer lugar, con respecto al tiempo que se tardan en comprar sus alimentos, se puede mencionar que las personas se tardan entre 15 y 120 minutos en comprar sus alimentos. No obstante, la mayoría de las veces se tardan de 30 a 60 minutos. Ahora bien, las razones por las que varía el tiempo en que tardan en comprar sus alimentos depende de dos factores: 1) acompañantes; y 2) presupuesto disponible. Por un lado, con respecto a los acompañantes se puede señalar que 5 personas van solas, 5 las acompañan sus hijos o nietos, 3 van con su pareja y 3 van a comprar en familia. En general, que tengan acompañantes les ayuda porque les “*ayudan a escoger*” (Alejandra), “*se puede escoger más*” (Mónica). No obstante, el hecho de tener acompañantes aumenta el tiempo que se tardan en comprar, lo que genera molestia a veces (“*no me molesta que me acompañe, pero me entretiene (su esposo)*” (Fernanda)). Mientras que, las personas que van solas no mostraron desagrado en el hecho de que nadie las acompañe.

En segundo lugar, con respecto al goce de ir a comprar alimentos se encontró un patrón interesante. Por un lado, cuando van acompañadas, las personas disfrutaban ir a comprar alimentos, puesto que lo consideran como “*ir de paseo*” (Ismael). Por otro, las personas que van solas no mostraron desagrado en ir a comprar sus alimentos, pero cierta resignación a que “*no queda de otra*” (Armando). De igual forma, en las entrevistas se encontró que el goce de ir a comprar alimentos varía conforme a los recursos disponibles; puesto que hay nostalgia a tiempos mejores (“*nos da tristeza de recordar cuando sí podíamos llenar el carrito*” (Ana)) y tristeza a no tener suficiente dinero (“*cuando es mala quincena (semanas en las que no le pagan) nos vamos tristes por lo que tenemos que dejar*” (Carmen)).

### Percepción de alimentación

En general, las personas entrevistadas perciben que, dentro de sus posibilidades, su alimentación es, en cierta medida, de calidad. No obstante, las personas reconocieron que su alimentación tiene un margen significativo de mejoría en términos de calidad, y, sobre todo, de variedad. Al preguntarles que les gustaría que tuviera su alimentación, las personas mencionaron que les gustaría tener una alimentación más nutritiva y variada, pero que eso es imposible por sus recursos económicos (“*la variedad solo se puede cuando hay más presupuesto*” (Silvia)). Ahora bien, con respecto a lo que les gustaría comprar y donde comprarlo, se puede destacar lo siguiente. Por un lado, los productos que la mayoría de las personas desean consumir son pescado, camarones, res, fruta (para quienes consumen más verduras) y verduras (para lo que comen más frutas). Por otro lado, con respecto al lugar, las personas mencionaron que seguirían comprando en los mismos lugares, porque sienten que el presupuesto es lo que les limita su consumo (“*ahí se consigue lo que necesito*” (Mónica)), e incluso, agradecen por la oferta de alimentos que tienen a su disposición (“*sin los negocios de alrededor no habría forma de comprar alimentos*” (Sofía)). Ahora bien, es importante señalar de que a pesar de que la oferta de alimentos alrededor es vital para la subsistencia de las personas, dicha oferta está cargada hacia cierto tipo de productos. Lo anterior se puede ver en el dominio de tiendas de abarrotes, locales de comida rápida y mexicana que mostró el *DENUE*, y que, a pesar de no ser el grueso

de productos que consume la población si restringe y limita los alimentos que están a disposición de la población.

### *Factores que determinan elección de comercios y productos*

Por un lado, elección de los comercios en los que las personas adquieren sus alimentos depende principalmente de los siguientes factores: 1) forma de desplazamiento; 2) tipos de comercio alrededor; 3) precio; y 4) calidad. La forma de desplazamiento y tipos de comercio alrededor están relacionadas, puesto que, al desplazarse caminando, la elección de comercio se limita únicamente a los comercios que están alrededor del contexto de la persona. Ahora bien, aquí es donde el precio y la calidad toman importancia, puesto que las personas no compran simplemente en los comercios más cercanos, sino que se fijan en los lugares en los que salen más baratos y tienen más calidad (*“uno ya sabe dónde no está tan caro y sale buena (la carne)”* (Ismael)).

Por otro lado, la elección de los alimentos depende de los factores de precio, calidad e hijos. En primer lugar, el principal factor que determina la elección de alimentos es su precio, lo cual se puede ver en la preferencia por la fruta de temporada y bolsas de verdura, pero que también aplica para los demás productos (*“le damos toda la vuelta al mercado para ir viendo donde sale más barato”* (Margarita)). En segundo lugar, la calidad de los alimentos sirve de balance para los precios porque *“luego sale barato y se echa a perder”* (Fernanda). En este mismo sentido, para las personas es clave que en los mercados las dejen escoger, para así reconocer los alimentos de mejor calidad (*“me fijo en los precios, calidad y que me dejen escoger, sino no me dejan escoger ni les compro”* (Julieta)). Ahora bien, es importante mencionar que las personas no siempre se pueden permitir hacer un balance entre el precio y la calidad, ya que hay momentos cuando el presupuesto es tan limitado que se tienen que llevar lo más barato, tal como menciona Margarita *“cuando es mala quincena mientras sea barato y comestible, ya sabemos que los puestos tienen sus cajas de alimentos que no están tan buenos (en términos de calidad) pero te los puedes comer”*. En tercer lugar, un factor que no se tenía en cuenta como determinante de qué alimentos se escogen fueron los hijos o nietos, puesto que

las personas entrevistadas mencionaron acomodar sus compras de acuerdo a ciertas preferencias de los menores del hogar, algunos ejemplos son: 1) *“a mi nieta le llevo sus nuggets de pollo”* (Francisco); 2) *“luego consiento a mis hijos con su hamburguesa o pizza (1 vez a la semana)”* (Samantha); 3) *“cuando puedo le llevo a mis hijas sus uvas”* (Carmen); 4) *“cuando nos sobra nos compramos nuestra hamburguesa o pollo rostizado que nos gusta (a su familia)”* (Ismael); 5) *“a mis nietas les llevo sus plátanos y sandía que les gustan..., sí acomodo mis compras a lo que le gusta a mis nietas”* (María); 6) *“de lo que compro preparo según lo que se les antoje a mis hijos (diferentes formas de preparar carne de cerdo)”* (Alejandra); 7) *“mi hija tiene depresión, entonces cuando llega triste de la escuela la consuelo con invitarle su gordita, sé que no es bueno porque después andamos sufriendo (para ajustar), pero qué quiere que haga”* (Margarita); y 8) *“a mí me gustaría comer más verduras y pollo, pero a mis hijos les gustan los hígados y plátanos, entonces eso es lo que les llevo”* (Sofía).

En este mismo sentido, y a manera de resumir la presencia o no de los elementos de la revisión de literatura en el municipio de Aguascalientes, se puede señalar que, como mencionan Puddephatt et al. (2020), Alston et al. (2009) y Monteiro et al. (2013) la calidad de los alimentos y los precios fueron los elementos principales que determinan la elección de alimentos de la población que se entrevistó. De igual forma, un elemento similar a la revisión de literatura es que la población conoce y desea una alimentación nutritiva, variada y de calidad, y los alimentos para lograr dicha alimentación están, de manera mínima, disponibles para la población; pero la mayor limitante es que no son asequibles. Así mismo, los lugares donde la gente compra sus alimentos y los demás que hay en la zona influyen en los hábitos alimentarios de las personas, tanto para que puedan subsistir como para orientar su alimentación hacia cierto tipo de productos (como los que abundan en las tiendas de abarrotes, la comida rápida y antojitos mexicanos). Con respecto a la forma de desplazamiento, se puede decir que sí influye en los hábitos alimentarios de las personas porque, al únicamente poderse desplazar a pie, la oferta de alimentos a la que tiene acceso las personas se limita a lo que les rodea y a lo que les alcanza para desplazarse. De tal manera que, los precios, la percepción de calidad, la forma de desplazamiento, tipos de comercio alrededor e hijos son los factores que determinan la alimentación de las personas con obesidad y en contextos de pobreza que se entrevistaron en el municipio de Aguascalientes.

### *Hallazgos de las interacciones con servidores públicos*

Como se mencionó en el capítulo de metodología, al momento de solicitar permiso para realizar las entrevistas a pacientes con obesidad y que asistiesen a los centros de salud del estado de Aguascalientes surgieron interacciones, hallazgos e información que merecen ser mencionadas. A continuación, se enlistan los hallazgos más importantes.

En primer lugar, al momento de revisar el instrumento, personal de las oficinas centrales del ISSEA solicitaron la eliminación de preguntas relacionadas al diagnóstico de obesidad hecho por el centro de salud, puesto que se consideraban ajenas a la investigación y que podrían juzgar el servicio de salud. En segundo lugar, a pesar de declaraciones oficiales en las que se señala que todos los centros de salud tienen personal de nutrición, al momento de avisar a los centros de salud se informó que el Centro de Salud Insurgentes no contaba con personal de nutrición. En tercer lugar, relacionado al punto anterior, se mostró una desconexión entre lo que creen en jurisdicción sanitaria y la realidad de los centros de salud; puesto que, en jurisdicción se creía que el servicio de nutrición era muy solicitado mientras que la realidad, en los centros de salud, es que el servicio es muy poco solicitado. En cuarto lugar, se presentó una incredulidad con respecto a la asociación de la obesidad y pobreza a partir de la inseguridad alimentaria puesto que, en palabras de personal de las oficinas centrales, la obesidad se presenta en contextos de “*exceso de seguridad alimentaria*”. Por último, algo que fue recurrente tanto en los tres lugares fue la estigmatización y reducción de la identidad de las personas, a tal punto que empezaban a perfilar personas antes de realizar el diagnóstico de obesidad. Algunos ejemplos del punto anterior son: 1) inflar los *cachetes*; 2) simular con las manos una forma redonda alrededor del estómago; 3) siempre referirse a las personas de interés como *gorditos*; 4) preguntar si quería entrevistar a los “*gorditos que trabajan ahí o a los pacientes*”; 5) “*las personas estamos gordas por tragonas*”; 6) “*al menos deberían bajar de peso por estética*”; 7) “*¿vas a convencerlos de bajar de peso?*”; 8) “*¿por qué no la entrevistas a ella (señalando a alguien del personal de limpieza por su físico)?*”; y 9) “*él/ella seguro tiene obesidad*”.

### ***Hallazgos del Grupo de Ayuda Mutua (GAM)***

Además de los hallazgos con los servidores públicos, en el Centro de Salud Insurgentes se permitió asistir a 3 sesiones del Grupo de Ayuda Mutua (GAM), el cual se conforma por personas con sobrepeso, obesidad y diabetes que se reúnen de manera mensual. Es importante mencionar que no todos los centros de salud cuentan con un GAM, y, a lo largo de interacciones con los funcionarios que lo manejan, nunca se especificó cómo se conforma y cómo se entra a dicho grupo. A lo largo de las tres sesiones a las que se acudió fue posible percatarse que todas las personas del grupo son adultas mayores, y se conforma por 6 mujeres y 1 hombre. A continuación, se brinda más información con respecto a las sesiones a las que se acudieron.

La primera sesión a la que se acudió fue el 25 de mayo, la cual consistió en tres partes. En primer lugar, hubo una sesión con un activador físico en la cual se le puso una rutina de activación física a las personas, se les invitó a cambiar sus hábitos alimentarios, ciertas recomendaciones con respecto a la alimentación con base en el presupuesto de las personas y un recordatorio a realizar actividad física en casa. En segundo lugar, hubo una sesión informativa relacionada a la diabetes, hipertensión, dislipidemia, sobrepeso y obesidad. Entre los aspectos relevantes de la segunda parte se encuentra que se hizo un conteo de personas con diabetes, hipertensión y dislipidemia, pero no de sobrepeso y obesidad. En tercer lugar, se realizó el convivio del día de las madres en el cual las personas llevaron chicharrón en salsa verde, tinga de pollo, frijoles enteros y arroz. Mientras que, la trabajadora social fue la encargada de llevar las bebidas (agua de guayaba y simple). Ahora bien, es importante mencionar que, en las tres reuniones a las que se asistió, la trabajadora social fue la única encargada de llevar las bebidas, para mantener control del azúcar.

La segunda sesión tuvo lugar el 29 de junio, la cual originalmente iba a consistir en dos partes, pero debido a la ausencia del activador físico se tuvo que reducir a una parte. Ahora bien, ante la ausencia del activador físico, la trabajadora social autorizó que se les realizaran algunas preguntas del instrumento a los integrantes del grupo, entre las que destacan: 1) negación a la condición de inseguridad alimentaria; 2) compran sus alimentos una vez a la semana (fin de semana); 3) su forma de desplazamiento es caminando, se tardan 30 minutos en llegar a los comercios y consideran que es mucho tiempo; 4) compran sus alimentos en mercados y *Bodega*

*Aurrera*; 5) se tardan entre 10 y 30 minutos comprando; 6) cuentan con un presupuesto para alimentos de 200 a 700 pesos semanales; 7) les preocupa ajustar; y 8) los precios y calidad de alimentos son los factores determinantes en la elección de productos. No obstante, es necesario mencionar que fue posible percatarse que algunas personas esperaban a que otras respondieran para responder algo similar y la intervención de la trabajadora social cuando las personas iban a decir lo que compraban, por lo que se decidió terminar la aplicación del instrumento en ese momento. La actividad de la sesión fue poner música a elección de los miembros del grupo y escribir en una hoja lo que la canción les hacía sentir. Entre los aspectos más importantes de la reflexión de las canciones fue el llamado de la trabajadora social a que las personas ya no le siguieran sirviendo a sus hijos y que vieran por su salud, a lo que los miembros del grupo reconocieron un hartazgo de siempre hacer las actividades que le gustan a sus hijos y que nunca les ayuden.

La última sesión a la que se asistió fue el 20 de julio, la cual se realizó en el parque *Rodolfo Landeros* como parte de un picnic de los miembros del grupo, la sesión constó de dos partes: una plática de inteligencia emocional y el picnic anteriormente mencionado. Por un lado, la plática de inteligencia emocional estuvo a cargo del *DIF* municipal y se centró en interpretar imágenes, ser conscientes del daño que pueden hacer los comentarios de las personas y recomendaciones para manejar crisis emocionales. Por otro lado, se realizó un picnic con los miembros del grupo al cual fue imposible quedarse por un compromiso.

A lo largo de las sesiones con el *GAM* fue posible identificar lo siguiente. En primer lugar, hay un sentido de comunidad entre sus miembros, quienes tienen un grupo de *WhatsApp* y que están al pendiente entre ellos, esto quedó claro ante la falta de una persona a una sesión y que todos preguntaran por esa persona e incluso le escribieran para saber si se encontraba bien. En segundo lugar, hay un reconocimiento, en palabras de los miembros del grupo, de que el *GAM* les ha ayudado a mejorar sus hábitos alimentarios. En tercer lugar, fue posible percatarse que el personal más cercano al *GAM* es más consciente de que la situación de las personas no depende exclusivamente de ellas, puesto que, en palabras de una funcionaria cercana al grupo, “es real” la relación de obesidad y pobreza a través de la inseguridad alimentaria. Una vez mencionados los resultados del conteo de oferta alimentaria del *DENUE*, los resultados de las entrevistas que se realizaron, los hallazgos de las interacciones con los funcionarios de gobierno



y los hallazgos en las sesiones del *GAM*, es necesario discutir los resultados y hallazgos de la investigación.

### ***Discusión***

Los resultados de las secciones anteriores muestran una limitación en los productos a los que tienen acceso la población con obesidad y en contextos de pobreza. Como muestra de esto, se puede mencionar la poca cantidad de negocios de venta de pescados y mariscos que va acorde al poco consumo de estos productos por parte de las personas entrevistadas, más allá de que las personas quisieran consumirlos. De igual forma, la cercanía de mercados y *Bodegas Aurrera* que se visualizó por la zona va en sintonía con que son los lugares que más frecuentan las personas para comprar sus alimentos. Ahora bien, vale la pena destacar que, a pesar de que hay carnicerías, fruterías y tiendas de abarrotes en la zona, las personas las ocupan ocasionalmente y para comprar lo que se les olvida, puesto que las consideran más caras en comparación con los mercados y *Bodegas Aurrera*. En este mismo sentido, es necesario reiterar que los factores que determinan la elección de productos de las personas son los precios, calidad (cuando hay posibilidad), e hijos. De igual forma, los factores que determinan los lugares donde las personas compran sus alimentos son los precios, forma de desplazamiento y cercanía con el contexto de la persona. Con esto en mente, es necesario discutir que tanto concuerdan o no los resultados de la presente investigación con la literatura que se revisó.

En primer lugar, se puede señalar que, acorde a la visualización de parques en las *AGEBs* alrededor de los centros de salud, en los contextos estudiados en el municipio de Aguascalientes sucede lo que señala Dhurandhar (2016) de que hay limitadas oportunidades para realizar actividad física. Lo anterior se puede ver en la poca cantidad de parques y áreas recreativas y en las distancias que tienen que recorrer las personas para ir a estos lugares.

En segundo lugar, acorde a lo que mencionan Maupin y Brewis (2014), las personas entrevistadas mostraron cierto rechazo a la condición de inseguridad alimentaria. Lo que se demostró en decir que “*comían poco, pero comían*” (Ismael), a rechazar la idea de que en su hogar se quedarán sin comer y al señalar su cuerpo cuando se les hacían las preguntas de la

escala relacionadas a dejar de comer o comer menos de lo que pensaban que deberían de comer. De igual forma, en las interacciones con los funcionarios de gobierno se vio un rechazo a la idea de que la obesidad se pudiera relacionar con la inseguridad alimentaria porque, en palabras de los funcionarios: *“la obesidad se relaciona con exceso de seguridad alimentaria”*.

En tercer lugar, en las entrevistas se encontró la desinhibición alimentaria que mencionan Ortiz-Hernández et al. (2012), puesto que las personas entrevistadas con inseguridad alimentaria presentan alimentaciones basadas en la disponibilidad de alimentos. Lo anterior se pudo ver en los patrones de consumo de las personas que aprovechan extras en el presupuesto para comprar más alimentos o comprar otro tipo de alimentos (pizza, hamburguesas y gorditas) de su preferencia.

En tercer lugar, relacionado a los factores que determinan los alimentos que compran las personas, se puede mencionar que los resultados concuerdan con lo que señalan Alston et al. (2009), puesto que en las entrevistas se encontró que la elección de alimentos no se determina únicamente por las preferencias, sino que también influyen la accesibilidad, precios e ingresos de las personas. De igual forma, acorde a lo que señalan Puddephatt et al. (2020), las personas conocen los alimentos nutritivos y saben cómo prepararlos, pero no les alcanza su presupuesto. Ahora bien, como se mencionó anteriormente los hijos fueron un factor que determina los alimentos que se compran que no se tenían considerado. No obstante, ese resultado va acorde a lo que señalan Hanson et al. (2017), quienes señalan que las mujeres (en este caso madres y abuelas) llegan a priorizar la alimentación de otras personas, especialmente menores. Lo anterior va acorde a los resultados de las entrevistas en dos sentidos. Por un lado, las mujeres con hijos o nietos señalaron ajustar sus compras a las preferencias de sus hijos (como hígado, plátanos, uvas y sandías), aunque tengan que dejar cosas que les gusten a ellas; y, que llegan a comprar gustos (pizza, hamburguesas, gorditas y pollo rostizado) a sus hijos, aunque les preocupe que se les vaya a acabar su presupuesto. Por otro lado, las mujeres que se hacían cargo de adultos mayores también señalaron realizar las compras con base a lo que sus familiares mayores pudieran comer. Por último, de acuerdo con Rodríguez-Guerra et al. (2022), un acceso primario a supermercados y limitado a tiendas de conveniencia se asocia a mejores dietas, lo cual se encontró en las entrevistas, puesto que las zonas están rodeadas de tiendas de conveniencia y las dietas no son del todo nutritivas, de calidad y variadas.

En cuarto lugar, con respecto a los factores que determinan los lugares en los que se compran los alimentos se puede señalar que los resultados de la investigación concuerdan con los argumentos de Ma et al. (2021), quienes mencionan que los alimentos que se compran se determinan por la forma de desplazamiento y distancia a los comercios. Lo anterior concuerda parcialmente con los resultados de la investigación puesto que sí, al desplazarse caminando, las personas compran sus alimentos en los comercios cercanos a sus contextos. No obstante, no compran en los comercios que les queden más cerca porque ahí entran los factores de precio y calidad para decidir el lugar en el que se va a comprar.

En quinto lugar, los resultados que no fueron acorde a la revisión de literatura fueron los siguientes. Por un lado, Puddephatt et al. (2020) mencionan que la forma de desplazamiento imposibilita el consumo de alimentos saludables porque no pueden desplazarse para comprarlo. Sin embargo, lo que se encontró en las entrevistas es que alrededor del contexto de caminata de las personas sí se pueden encontrar alimentos saludables, pero sus altos precios imposibilitan que los consuman, y, de hecho, eso es lo que provoca que las personas tengan que caminar más lejos. Por otro lado, Morland y Everson (2009) mencionaron en su estudio que había una menor prevalencia de obesidad en lugares con al menos una tienda de alimentos especializado. Sin embargo, en los contextos estudiados esto no se cumple del todo porque, aunque contadas, sí existen tiendas de alimentos especializadas en las *AGEBs* alrededor de los centros de salud, pero sus precios hacen que sea imposible que se consuma en estos comercios.

Además de los resultados de las entrevistas y ubicación de oferta de alimentos, la interacción con los funcionarios de gobierno permitió tener una comparación de la revisión de literatura entorno a la obesidad y lo que sucede en el sistema de salud del estado de Aguascalientes. Por un lado, en las conversaciones con personal de enfermería y funcionarios del sistema de salud fue posible percatarse que, tal como menciona Guthman (2011), existe una narrativa de que los factores de riesgo asociados a la obesidad se le adjudican única y exclusivamente a la obesidad, y no como parte de una serie de factores que puede llevar a ciertas consecuencias. Por otro lado, también acorde a lo que menciona Guthman (2011) las personas con obesidad son estigmatizadas, solo que, en este caso por los mismos funcionarios del sistema de salud, quienes los asocian a cierto cuerpo, y que, sin un diagnóstico previo ya los catalogan

con obesidad. Con esto en mente, es necesario abordar las implicaciones de política pública de la presente investigación.

## Capítulo IV: Implicaciones de Política Pública

A lo largo del presente trabajo se abordó la pregunta de ¿cómo se relacionan los hábitos alimentarios de la población con obesidad y en contextos de pobreza con la oferta de alimentos disponible en el municipio de Aguascalientes? Para responder dicha pregunta se clasificó la oferta alimentaria en las *AGEBs* cercanas a los centros de salud según la *DENUE*, y se realizaron entrevistas semiestructuradas a personas que asistieron a centros de salud urbanos del estado de Aguascalientes y que tuvieran un diagnóstico de obesidad. Además de las estrategias planteadas inicialmente, también se tuvo interacciones valiosas con los funcionarios de los centros de salud, de las oficinas centrales del *ISSEA* y con las personas del *GAM* que merecían ser mencionadas. Con esto en mente, y a manera de profundizar el análisis de la sección de resultados, la siguiente sección se concentra en discutir las posibles implicaciones de política pública de la investigación realizada.

### *Implicaciones de Política Pública*

Con respecto a las implicaciones de política pública se pueden señalar que giran en torno a tres ejes: 1) nueva problematización de la obesidad; 2) creación de áreas recreativas y verdes; y 3) mecanismos de control de precio en alimentos de consumo básico saludables y control de productos ofertados en tiendas de conveniencia. A continuación, se profundiza con respecto a cada uno de los tres ejes señalados anteriormente.

En primer lugar, acerca de la problematización de la obesidad es necesario mencionar que se necesita una problematización de la obesidad que sea consciente de que no es única de contextos de abundancia, que no depende exclusivamente de las personas y que es multidimensional. Lo anterior es relevante si se considera que en las interacciones con

funcionarios del sistema de salud la mayoría señaló que la obesidad se presentaba por excesos, que era cuestión de las personas y que estaban así por “tragar mucho”. Ahora bien, para hacer posible la nueva problematización de la obesidad es necesaria una actualización de la discusión de obesidad en los centros de salud, y, tal vez lo más importante, cursos de sensibilización para el personal de enfermería para que la primera interacción de los pacientes con los centros de salud sea lo más respetuosa posible y en la que no se les estigmatice.

En segundo lugar, tal como se vio en la de parques y áreas recreativas, estos se encuentran a distancias considerables de las personas, por lo que es necesaria la construcción de áreas recreativas y verdes más cerca de los contextos de las personas para que puedan realizar actividad física. Ahora bien, este punto va en el entendido de que la obesidad es un problema multidimensional y que no depende exclusivamente de la alimentación de las personas. De igual forma, y considerando el clima de la ciudad, es necesario que se planten más árboles para que las personas que se desplazan caminando tengan forma de cubrirse del calor, para así intentar que su camino sea más cómodo.

En tercer lugar, y acorde a que las personas señalaron la existencia de comercios de venta de alimentos saludables a su alrededor, una intervención que se centre abrir más comercios de alimentos saludables no sería lo más adecuado. No obstante, y con relación a que las personas mencionaron que no pueden comprar alimentos saludables por sus precios, que no compran en los comercios más cercanos porque son más caros, que existen alimentos saludables a su alrededor que su precio los hace imposibles de comprar y que los productos de algunos comercios podrían ser no del todo saludables, una intervención adecuada sería un control de precios para ciertos alimentos de consumo básico y saludables que permita que sean más accesibles para las personas con menor presupuesto. De igual forma, a la par del control de precios a alimentos de consumo básico saludable, es necesaria una estrategia para tener un mayor control de los productos en las tiendas de abarrotes. A pesar de que las personas las ocupan de manera esporádica, es necesario tener un control de los alimentos que ofertan las tiendas de abarrotes para que también sean una opción para adquirir alimentos saludables. Ahora bien, podría argumentarse que un control de precios a alimentos de consumo básico saludable provocaría que las personas gasten su dinero en otra cosa; sin embargo, acorde a las respuestas de las personas, si tuviesen la posibilidad les gustaría tener una alimentación más nutritiva,

variada, de calidad y en mayor cantidad. Por lo que, es posible señalar que hay un deseo e intención de las personas entrevistadas por mejorar su alimentación pero que es imposibilitado por el precio de estos alimentos.

Una vez mencionadas las implicaciones de política pública de la presente investigación, es necesario concluir la investigación. En la siguiente sección se abordará una síntesis de la investigación y sus resultados. Además, se abordarán las limitaciones de la investigación y futuras líneas de investigación. Finalmente, se mencionarán las principales aportaciones de la presente investigación.

## Capítulo V: Conclusión

A lo largo de la presente investigación se abordó la pregunta de ¿cómo se relacionan los hábitos alimentarios de la población con obesidad e inseguridad alimentaria con la oferta de alimentos disponible en el municipio de Aguascalientes? Para responder esta pregunta se utilizó una metodología cualitativo-exploratoria en la que, a partir del uso de 17 entrevistas semiestructuradas a personas con obesidad y en contextos de pobreza que asistiesen a los centros de salud estatales, se recopiló su experiencia con la oferta de alimentos que tienen a su disposición, y su sentir con respecto a cómo dicha oferta influye sobre sus hábitos alimentarios. Lo que la presente investigación encontró es que los factores de precio, calidad, forma de desplazamiento y tipos de comercio alrededor son los que principalmente influyen, y limitan los hábitos alimentarios de las personas con obesidad y en contextos de pobreza que se entrevistaron. Lo anterior, puesto que al tener que desplazarse a pie, la alimentación de las personas va a depender únicamente de los locales que hay a su alrededor, donde la elección de los productos se va a basar en un balance entre precios (por el presupuesto con el que cuentan las personas) y calidad de los productos. En este mismo sentido, al aplicar la escala de inseguridad alimentaria se encontró que, la mayoría de las personas presenta algún grado de inseguridad alimentaria, lo que afecta a la alimentación que llevan, y comprueba que la pobreza y obesidad se pueden vincular a partir de la inseguridad alimentaria. Ahora bien, estos resultados muestran que ciertos factores de la oferta de alimentos, tales como precio, calidad, forma de desplazamiento y tipos de comercios alrededor, limitan los hábitos alimentarios de la población con obesidad y en contexto de pobreza. De igual forma, esto demuestra que, en el contexto del municipio de Aguascalientes, también está presente el vínculo entre obesidad y pobreza a partir de la relación entre la oferta de alimentos y los hábitos alimentarios.

No obstante, vale la pena mencionar que algunas limitantes del estudio es que, de forma no intencional, se entrevistaron a más mujeres que a hombres, por lo que es necesario cuestionar, a partir de la participación de más hombres, si la relación con el servicio de salud y entorno alimentario varía entre hombres y mujeres. De igual forma, otra limitante de la cuál es consciente la investigación es el hecho de tratar con personas que asistan a centros de salud, lo



que las hace, en cierta medida, más susceptibles a escuchar recomendaciones y a una disposición para seguir recomendaciones. Así mismo, otra limitante del estudio es el contexto en el que se realizaron las entrevistas, ya que, al realizarse a personas previo a su cita médica, estas podían haber estado presionadas en no perder su cita y querer responder lo más rápido posible para estar al pendiente de que los llamaran.

Con esto en mente, y a manera de conclusión, es necesario mencionar que para futuras investigaciones será necesario buscar que participen más hombres, y ampliar la población a personas que no asistan a centros de salud. Lo anterior para buscar el contraste entre hombre y mujeres, y, para ver si el hecho de asistir a los centros de salud influye en la relación que tenga la persona con su entorno alimentario. De igual forma, es necesario recalcar que la investigación se enfoca en el vínculo entre obesidad y pobreza, pero, en caso de desear entender de mejor forma las causas de la obesidad, sería necesario expandir el estudio a otros sectores de la población; puesto que, como se mencionó en el texto, la obesidad no es única de contextos de abundancia o escasez. Por último, ampliar el estudio a contextos rurales también sería de mucha utilidad para la investigación para profundizar cómo se comporta el vínculo entre obesidad y pobreza en contextos diferentes al urbano.

Por último, las aportaciones de la presente investigación van en tres sentidos. En primer lugar, un llamado a replantear la problematización de la obesidad, para que se entienda que es multidimensional y para que el trato que reciben las personas con obesidad por parte de los centros de salud sea respetuosa y no estigmatizante. En segundo lugar, la necesidad de crear más áreas verdes y recreativas, entendiendo que la obesidad es multidimensional, es necesario que existan opciones para realizar actividad física más cerca de la gente y para que el traslado de las personas a los comercios no sea tan pesado por el clima de la ciudad. En tercer lugar, un control de precios a alimentos de consumo básico saludable y productos ofertados en las tiendas de conveniencia. Por un lado, el control de precios a alimentos de consumo básico saludable se plantea porque las personas entrevistadas señalaron que los precios es lo que les imposibilita alimentarse de manera sana, y al tener este control, sería más viable que las personas tengan una alimentación saludable. Por otro lado, el control de productos ofertados en tiendas de conveniencia es necesario porque, al ser los comercios que abundan, es necesario que oferten

alimentos saludables para que así sean otra opción de consumo para las personas (por más que consuman ahí esporádicamente).

## Referencias:

- Abuchaibe, R. (2022, junio 8). *Índice de masa corporal: cómo el método que usamos para definir la obesidad podría estar equivocado*. BBC. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-61615226>.
- Alston, J., Mullally, C., Sumner, D., Townsend, M., & Vosti, S. (2009). Likely effects on obesity from proposed changes to the US food stamp program. *Food Policy*, 34(1), 176-184.
- Boltvinik, J. (2003). Conceptos y medición de la pobreza: La necesidad de ampliar la mirada. *Papeles de Población*, 38, 9-25.
- Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. (2022). *Ley General de Desarrollo Social*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDS.pdf>.
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2022, agosto 29). *Acerca del índice de masa corporal para adultos*. [https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult\\_bmi/index.html](https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult_bmi/index.html)
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2022, julio 7). *Efectos del Sobrepeso y la Obesidad en la Salud*. <https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/effects.html>.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (s.f.). *Medición multidimensional de la pobreza 2016-2020* [Mapa Interactivo]. [https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Resultados\\_Pobreza\\_Interactivo.aspx](https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Resultados_Pobreza_Interactivo.aspx).
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2018). *Glosario*. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx>.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2020). *Grado de Rezago Social a nivel AGEB urbana 2020* [Mapa Interactivo]. [https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Rezago\\_social\\_AGEB\\_2020.aspx](https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Rezago_social_AGEB_2020.aspx).
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2020). *Medición de Pobreza Municipal* [Mapa Interactivo]. <https://municipal-coneval.hub.arcgis.com/>

- Dhurandhar, E. (2016). The food-insecurity obesity paradox: A resource scarcity hypothesis. *Physiology and Behavior*, 1-5.
- Drewnowski, A. (2009). Obesity, diets, and social inequalities. *Nutrition Reviews*, 67(1), S36-S39.
- Everson, K., & Morland, K. (2009). Obesity prevalence and the local food environment. *Health and Place*, 15(1), 491-495.
- Gálvez, A. (2022). *Comer con el TLC: comercio, políticas alimentarias y la destrucción de México*. Fondo de Cultura Económica.
- García, A. (2023, junio 13). *Canasta básica urbana se encareció 6% en mayo; suma dos meses moderando su precio*. *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/economia/Canasta-basica-urbana-se-encarecio-6-en-mayo-suma-dos-meses-moderando-su-precio-20230613-0033.html>.
- Guthman, J. (2011). *Weighing in: Obesity, Food Justice, and the limits of capitalism*. University of California Press.
- Hernández, D., Reesor, L., & Murillo, R. (2017). Food insecurity and adult overweight/obesity: Gender and race/ethnic disparities. *Appetite*, 1-6.
- Hernández, L., Miror, C., & Aranda, B. (2012). Determinantes económicos: Evolución del costo de las calorías en México. En Rivera, J., Hernández, M., Aguilar, S., Vadillo, O., & Murayama, R. (Eds.), *Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado* (145-164). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Horning, M., Alver, B., Porter, L., Coy, S., & Kamdar, N. (2021). Food insecurity, food-related characteristics and behaviors, and fruit and vegetable intake in mobile market customers. *Appetite*, 166(1), 1-7.
- Instituto Mexicano para la Competitividad. (2015, enero 27). *Kilos de más, pesos de menos: los costos de la obesidad en México*. <https://imco.org.mx/kilos-de-mas-pesos-de-menos-obesidad-en-mexico/#:~:text=La%20obesidad%20genera%20altas%20p%C3%A9rdidas,p%C3%A9rdida%20de%20calidad%20de%20vida>.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Prevalencia de enfermedades para los municipios de México, 2018*. [Base de datos]. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. <https://www.inegi.org.mx/investigacion/pohd/2018/#Documentacion>.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Resultados 2018: Aguascalientes*. [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/Resultado\\_Entidad\\_Aguascalientes.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/Resultado_Entidad_Aguascalientes.pdf).
- Ma, X., Bell, B., White, K., Liu, J., & Liese, A. (2021). Food Acquisition and Shopping Patterns in the United States: Characteristics and Relation to Body Mass Index in the US Food Acquisition and Purchase Survey. *Journal of the academy of nutrition and dietetics*, 122(4), 745-757.
- Mancini, F. (2018). La pobreza y el enfoque de derechos. Algunas reflexiones teóricas. En Aparicio, R., Hernández, G. & Mancini, F. (coords.), *Pobreza y Derechos Sociales en México* (pp. 29-63). CONEVAL.
- Maupin, J., & Brewis, A. (2014). Food Insecurity and Body Norms among Rural Guatemalan Schoolchildren. *American Anthropologist*, 116(2), 332-337.
- Monteiro, C., Moubarac, J., Cannon, G., Ng, S., & Popkin, B. (2013). Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obesity Reviews*, 14(2), 21-28.
- Morland, K., & Evenson, K. (2009). Obesity prevalence and the local food environment. *Health and Place*, 15(1), 491-495.
- Mundo-Rosas, V., Unar-Munguía, N., Hernández, N., Pérez-Escamilla, R., & Shamah-Levy, T. (2019). La seguridad alimentaria en los hogares en pobreza de México: una mirada desde el acceso, la disponibilidad y el consumo. *Salud Pública de México*, 61(6), 866-875.
- Mundo-Rosas, V., Vizuet-Vega, N., Martínez-Domínguez, J., Morales-Ruán, N., Pérez-Escamilla, R., & Shamah-Levy, T. (2018). Evolución de la inseguridad alimentaria en los hogares mexicanos: 2012-2016. *Salud Pública de México*, 60(6), 309-318.
- National Institutes of Health. (s.f.). *Absorciometría de rayos X de energía dual*. Gobierno de Estados Unidos.

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/absorciometria-de-rayos-x-de-energia-dual>.

Offer, A., Pechey, R., & Ulijaszek, S. (2010). Obesity under affluence varies by welfare regimes: The effect of fast food, insecurity, and inequality. *Economics and Social History*, 82(1), 2-21.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (s.f). *Glosario de términos*. <https://www.fao.org/3/am401s/am401s07.pdf>.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2002). Factores sociales y culturales en la nutrición. En *Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo*. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. <https://www.fao.org/3/w0073s/w0073s00.htm#Contents>.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2010, octubre 3). *Seguridad Alimentaria y Nutricional*. <https://www.paho.org/es/noticias/3-10-2010-seguridad-alimentaria-nutricional#:~:text=Disponibilidad%20de%20alimentos%2C%20es%20decir,importaciones%2C%20y%20la%20asistencia%20alimentaria>.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2011). *Una introducción a los conceptos básicos de la seguridad alimentaria*. <https://www.fao.org/3/al936s/al936s00.pdf>.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2012). *Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA): Manual de uso y aplicación*. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2022). Anexo 7: Glosario. En *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022*. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. <https://www.fao.org/3/cc0639es/online/sofi-2022/annexes7.html#:~:text=Comprenden%20todos%20los%20productos%20alimentarios,integran%20estos%20sistemas%20de%20producci%C3%B3n>.

- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2022). *Escala de experiencia de inseguridad alimentaria*. <https://www.fao.org/in-action/voices-of-the-hungry/fies/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2021, junio 9). *Obesidad y Sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Ortiz-Hernández, L., Rodríguez-Magallanes, M., & Melgar, Quiñónez, H. (2012). Obesidad, conducta alimentaria e inseguridad alimentaria en adolescentes de la Ciudad de México. *Boletín Médico del Hospital Infantil México*, 69(6), 431-444.
- Puddephatt, A., Keenan, G., Fielden, A., Reaves, D., Halford, J., & Hardman, C. (2020). 'Eating to survive': A qualitative analysis of factors influencing food choice and eating behaviour in a food-insecure population. *Appetite*, 147(1), 1-8.
- Quirónsalud. (2023). *¿Qué es la bioimpedancia?* Centre Mèdic. <https://www.quironsalud.es/aribau-barcelona/es/preguntas-frecuentes/bioimpedancia#:~:text=La%20bioimpedancia%20es%20una%20t%C3%A9cnica,presentes%20en%20los%20tejidos%20biol%C3%B3gicos>.
- Rodríguez-Guerra, A., López-Olmedo, N., Medina, C., Hernández-Alcazar, C., Ortega-Avila, A., & Barquera, S. (2022). Association between density of convenience and small grocery stores with diet quality in adults living in Mexico City: A cross sectional study. *Frontiers in Public Health*, 1-11.
- Santos, A. (2014). *El patrón alimentario del libre comercio*. Instituto de Investigaciones Económicas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Sen, A. (1999). Poverty as Capability Deprivation. En *Development as Freedom* (pp. 87-110). Oxford University Press.
- Shamah-Levy, T., Campos-Nonato, I., Cuevas-Nasu, L., Hernández-Barrera, L., Morales-Ruán, N., Rivera-Dommarco, J., & Barquera, S. (2019). Sobrepeso y obesidad en población mexicana en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. *Salud Pública de México*, 61(6), 852-865.

Shamah-Levy, T., Mundo-Rosas, V., & Rivera-Dommarco, J. (2014). La magnitud de la inseguridad alimentaria en México: su relación con el estado de nutrición y con factores socioeconómicos. *Salud Pública de México*, 56(1), 79-84.

Townsend, P. (1962). The meaning of poverty. *The British Journal of Sociology*, 13(3), 210-227.



## Anexos

### *Anexo A: Consentimiento Informado*

El presente documento representa el consentimiento informado mediante el cual se le invita a participar en la investigación: **Obesidad y Pobreza en el municipio de Aguascalientes: Relación entre oferta y hábitos alimentarios.**

Mi nombre es Ezequiel Alejandro Bautista Morales, soy estudiante de la licenciatura en Políticas Públicas en el Centro de Investigación y Docencia Económicas (*CIDE*), y soy el encargado de este estudio. El objetivo de este estudio es analizar como los hábitos alimentarios de la población con obesidad y en contexto de pobreza se relacionan con la oferta de alimentos disponible en el municipio de Aguascalientes.

Antes de continuar, por favor lea la siguiente información. No dude en hacer cualquier pregunta que le surja:

1. Su participación es totalmente anónima y voluntaria. Usted se puede retirar en el momento que usted lo decida.
2. Se le harán una serie de preguntas con respecto a su alimentación.
3. Usted puede responder de la forma en la que quiera, e incluso no responder si así lo prefiere. No hay respuestas buenas o malas.
4. Únicamente se grabará audio para facilitar que se tomen notas de lo que usted decida compartir. Dichas notas y audio serán resguardados, y únicamente tendrán acceso a ellos mi asesora, la profesora Paloma Villagómez Ornelas, y yo.
5. Su participación sería muy valiosa para generar conocimiento acerca del servicio que se brinda en los centros de salud, y para entender la alimentación de las personas en el municipio de Aguascalientes.
6. Este estudio no tiene que ver con ninguna instancia de gobierno, y únicamente se realiza para generar conocimiento.

Cualquier duda, sugerencia o comentario que tenga del estudio o de la entrevista, puede contactarme al correo [ezequiel.bautista@alumnos.cide.edu](mailto:ezequiel.bautista@alumnos.cide.edu).

---

Acepto participar

---

Ezequiel Bautista (Encargado)

### ***Anexo B: Guion de Entrevista***

Buenas tardes, soy Ezequiel Bautista y actualmente estudio la licenciatura de políticas públicas en una universidad que se llama Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Estoy realizando una serie de entrevistas acerca de cómo la oferta de alimentos influye en los hábitos alimentarios de las personas que se encargan de comprar alimentos en su casa. ¿Le gustaría participar? Su participación es anónima, se puede retirar en el momento que decida, nada de lo que comparta se usará en algo más que en mi investigación, únicamente tendremos acceso mi directora de tesis la Dra. Paloma Villagómez Ornelas y yo. Le entrego la siguiente hoja donde viene más detallado el estudio. ¿Prefiere leerlo usted, o quiere que se lo lea?

### ***Preguntas Generales***

Para empezar, me gustaría hacerle algunas preguntas generales.

1. En su casa, ¿es usted el/la encargad@ de ir a comprar comida y alimentos, o acompaña a la persona encargada? (En caso de que responda que no, únicamente realizar preguntas generales).
2. Sexo (no preguntar, únicamente escribir si es masculino o femenino):
3. ¿Cuál es su edad?
4. ¿Cuál fue el último nivel escolar que estudió?
5. ¿A qué se dedica?

*En caso de que no sea la persona encargada o no acompañe a comprar alimentos:*

Muchas gracias por participar y por la información compartida. Lamentablemente, tendré que detener la entrevista porque el estudio busca entrevistar a las personas que se encargan de comprar los alimentos en su casa.

### ***Inseguridad Alimentaria***

- Para entrar en el tema de mi estudio, le voy a realizar una serie de preguntas con respecto a la facilidad que tiene para conseguir alimentos. Si lo desea, no es necesario que desarrolle su respuesta, únicamente basta con responder sí o no. Le recuerdo que la entrevista se puede detener en cualquier momento si se siente incómod@.

Tachar la opción que responda
-------------------------------

Pregunta	Sí	No
Durante los últimos 12 meses, ha habido algún momento en que, por falta de dinero u otros recursos, se haya preocupado por no tener suficientes alimentos para comer.		
Durante los últimos 12 meses, ha habido algún momento en que, por falta de dinero u otros recursos, no haya podido comer alimentos sanos o nutritivos.		
Durante los últimos 12 meses, ha habido algún momento en que, por falta de dinero u otros recursos, haya comido poca variedad de alimentos.		
Durante los últimos 12 meses, ha habido algún momento en que, por falta de dinero u otros recursos, haya tenido que saltarse una comida.		
Durante los últimos 12 meses, ha habido algún momento en que, por falta de dinero u otros recursos, haya comido menos de lo que pensaba que debía comer.		
Durante los últimos 12 meses, ha habido algún momento en que, por falta de dinero u otros recursos, su hogar se haya quedado sin alimentos.		
Durante los últimos 12 meses, ha habido algún momento en que, por falta de dinero u otros recursos, haya sentido hambre, pero no comió.		
Durante los últimos 12 meses, ha habido algún momento en que, por falta de dinero u otros recursos, haya dejado de comer durante todo un día.		

***Relación Hábitos Alimentarios con Oferta de alimentos.***

Muchas gracias por compartir la información anterior. Ahora le haré unas preguntas en las que se puede extender más. Nuevamente, son acerca de la facilidad para acceder a alimentos, siéntase en la libertad para responder como guste.

1. ¿Cuántas veces a la semana compran comida o alimentos en su casa?

2. ¿Qué días de la semana compran su comida o alimentos?
  - a. ¿Los días ya los tienen planeados?
3. ¿Disfruta ir a comprar comida o alimentos?
  - a. ¿Por qué?
4. ¿Cómo se desplaza para ir a comprar la comida o alimentos?
5. En caso de que sea la persona encargada de comprar alimento: ¿Va sol@ o alguien le acompaña a hacer las compras?
  - a. ¿Por quién?
  - b. ¿Por qué?
6. En la zona en la que vive, ¿qué lugares venden comida o alimentos (*mercados, super, fruterías, carnicerías, tienditas*)?
7. ¿Usted compra ahí?
  - a. ¿Por qué?
8. En caso de que no compre en alguno de estos lugares, añadir las siguientes preguntas:
  - a. Entonces, ¿dónde compra su comida o alimentos?
  - b. ¿Por qué compra ahí?
9. ¿Cuánto tiempo se tarda en llegar al lugar en el que compra su comida o alimentos?
  - a. Una vez que llega al lugar, ¿cuánto se tarda en comprar su comida o alimentos?
  - b. ¿Considera que es mucho o poco tiempo?
  - c. ¿Se siente presionad@ al ir a comprar?
10. Ahora, plátiqueme un poco de lo que hace al comprar comida o alimentos: ¿Qué suele comprar cuando va a estos lugares?
11. ¿En qué se fija a la hora de elegir entre los alimentos disponibles?
12. Aproximadamente, ¿cuánto se gasta cada que compra su comida o alimentos?
13. ¿Le parece suficiente?
14. Cuando paga, ¿le preocupa que no le vaya a alcanzar?
15. ¿Le alcanza para comprar lo necesario, o puede comprar algo que le guste?
16. En los últimos meses algunos alimentos han subido de precios ¿Usted se ha visto afectado por dicho aumento de precios?
  - a. ¿Cómo? Nota personal: *Intentar volver a sacar el tema de los alimentos que compra, lo que paga, cómo decide en qué lugar comprar.*

17. Ahora, hablemos más acerca de lo que siente con respecto a la comida o alimentos que compra: ¿le parece que los alimentos o comida que compra son de calidad?
18. ¿Siente que hay variedad en los alimentos que puede comprar?
19. ¿Le parece una distancia razonable lo que se tiene que desplazar para comprar comida o alimentos?
20. Si tuviese la posibilidad: ¿dónde le gustaría comprar?
21. ¿Qué le gustaría comprar?
22. ¿Cuánto le gustaría gastarse?
23. Finalmente: ¿siente que su entorno afecta la forma en la que come?

Muchas gracias por su tiempo, agradezco la información brindada, ¿tiene algún comentario o duda?