# Chapter 08 / Capítulo 08

*Public Policy, Education, and Territory: Student Perspectives in the Humanities and Social Sciences (Spanish Version)*
**ISBN:** 978-9915-9869-2-0
**DOI:** 10.62486/978-9915-9869-2-0.Ch08
**Pages:** 67-80

©2026 The authors. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY) 4.0 License.

# Between precariousness and self-care: socioeconomic barriers to weight management treatment

## Entre la precariedad y el autocuidado: barreras socioeconómicas para el tratamiento de control de peso

Leticia Hernández Hernández[1], Naomi Pamela Sánchez García[1], María de los Milagros Morales Vázquez[1]

[1]Universidad Autónoma del Carmen. México.

**ABSTRACT**

**Introduction:** obesity is a public health problem in Mexico and Latin America, associated with chronic degenerative diseases. Although clinical protocols and intervention programs exist, adherence to treatment is low, especially in precarious populations, due to structural barriers that hinder self-care, such as poverty, informal employment, food insecurity, distance from health centers, and task overload. Added to this are symbolic and emotional factors (stigma, guilt, and low self-efficacy) that affect motivation.
**Objective:** to analyze the socioeconomic barriers to adherence to weight control treatment in people with chronic degenerative conditions related to obesity.
**Method:** this study is part of a broader qualitative research project conducted through semi-structured interviews with adult patients at a public health institution undergoing treatment for chronic degenerative conditions and weight control. Sample: Two female patients.
**Results:** low income, informal work, lack of transportation, and excessive workload hinder healthy habits. In addition, emotions such as frustration and shame make it difficult to continue treatment.
**Discussion:** adherence is significantly influenced by structural, symbolic, and subjective factors; emotions, beliefs, and personal experiences also condition self-care beyond individual will. It is essential to consider patients' actual living conditions in treatment strategies.
**Conclusion:** adherence must be understood as a process conditioned by social inequalities, while self-care must be positioned as a right that requires decent material conditions, continuous emotional support, and context-sensitive policies.

**Keywords:** Obesity; Socioeconomic Barriers; Treatment Adherence.

**RESUMEN**

**Introducción:** la obesidad es un problema de salud pública en México y América Latina, asociada con enfermedades crónico-degenerativas. Aunque existen protocolos clínicos y programas de intervención, la adherencia al tratamiento es baja, especialmente en poblaciones con precariedad, debido a barreras estructurales que dificultan el autocuidado como: pobreza, empleo informal, inseguridad alimentaria, lejanía de centros de salud y sobrecarga de tareas. A ello se suman factores simbólicos y emocionales (estigma, culpa y baja autoeficacia) que afectan la motivación.
**Objetivo:** analizar las barreras socioeconómicas en personas con padecimientos crónico-degenerativos relacionados con la obesidad, para adherirse al tratamiento de control de peso.

**Método:** este trabajo forma parte de una investigación más amplia, de orientación cualitativa, llevada a cabo mediante entrevistas semiestructuradas con pacientes adultos, de una institución pública de salud, en tratamiento por padecimientos crónico-degenerativos y control de peso. Muestra: Dos pacientes mujeres.
**Resultados:** bajos ingresos, trabajo informal, falta de transporte y sobrecarga de tareas obstaculizan tener hábitos saludables. Además, emociones como frustración y vergüenza dificultan la continuidad del tratamiento.
**Discusión:** la adherencia está influenciada considerablemente por factores estructurales, simbólicos y subjetivos, las emociones, creencias y experiencias personales también condicionan el autocuidado más allá de la voluntad individual. Es imprescindible considerar las condiciones reales de vida de los pacientes en las estrategias de tratamiento.
**Conclusión:** es necesario entender la adherencia como un proceso condicionado por desigualdades sociales, mientras que al autocuidado hay que posicionarlo como un derecho que exige condiciones materiales dignas, acompañamiento emocional continuo y políticas sensibles al contexto.

**Palabras clave:** Obesidad; Barreras Socioeconómicas; Adherencia al Tratamiento.

## INTRODUCCIÓN

La obesidad es uno de los principales problemas de salud pública a nivel global (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021), por su prevalencia creciente y asociación con múltiples enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y afecciones osteoarticulares. Protocolos clínicos y programas integrales para su abordaje como la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes en México (Secretaría de Salud, 2013) y el "Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles" de la OMS (2013-2020) enfrentan dificultades significativas en términos de adherencia, sostenibilidad y eficacia, en condiciones de vulnerabilidad 2020; Funk et al., 2022).

Factores estructurales (pobreza, empleo informal, inseguridad alimentaria, lejanía de servicios y sobrecarga de trabajo) interactúan con psicoemocionales (frustración, culpa, estigma) y simbólicos (baja autoeficacia, imagen corporal), en conjunto moldean la experiencia del individuo culpándolo y afectando directamente la motivación y el compromiso para mantener la adherencia terapéutica (Puhl & Heuer, 2010; Morales et al., 2024). Este panorama se vuelve más complejo al considerar que muchas personas, especialmente mujeres, enfrentan dobles y triples jornadas laborales, así como tareas de cuidado familiar que limitan el tiempo y la energía para planificar hábitos saludables (Tettero et al., 2022; González & Pérez, 2022).

Las condiciones socioeconómicas, entendidas como el factor estructural que condiciona y amplifica las demás dificultades (Kaufer-Horwitz & Pérez-Hernández, 2022; OPS, 2022) requiere repensar las estrategias clínicas y comunitarias desde una lógica que no patologice la obesidad como fallo individual, sino que la entienda como una condición compleja, en la que inciden condiciones materiales socioeconómicas entramados simbólicos, biológicos, psicológicos y culturales, además de circuitos de exclusión. Bajo esta perspectiva, se torna necesario interrogar: ¿cuáles son las barreras socioeconómicas que enfrentan las personas con obesidad y enfermedades crónico-degenerativas para adherirse a su tratamiento?

**Objetivos**

*Objetivo general*

Analizar las barreras socioeconómicas que tienen algunas personas con obesidad y padecimientos crónico-degenerativos, para adherirse al tratamiento para el control de peso.

*Objetivos específicos*

Identificar las condiciones materiales (ingresos, empleo, transporte, acceso a alimentos saludables) que limitan la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables.

Describir la relación entre desigualdad estructural y abandono de tratamiento.

**Justificación**

Esta investigación se orienta a indagar cómo las desigualdades estructurales y la precariedad socioeconómica dificultan la adherencia sostenida al tratamiento para el control de peso y padecimientos crónico-degenerativos en personas con obesidad, a fin de comprender cómo las condiciones estructurales influyen en la salud, el cuerpo y las prácticas de autocuidado, priorizando esta dimensión sobre factores psicológicos o culturales (Kaufer-Horwitz & Pérez-Hernández, 2022; Schmitz et al., 2020).

En México, mujeres adultas postergan el autocuidado debido a que enfrentan jornadas dobles o triples, trabajo remunerado, doméstico y de cuidados. Esta realidad refuerza la necesidad de investigar cómo las estructuras sociales condicionan el acceso y la continuidad de los tratamientos, ya que ignorarlas perpetúa intervenciones clínicas que responsabilizan unívocamente al paciente, sin considerar sus condiciones reales de vida (Tettero et al., 2022).

Por otro lado, González y Pérez (2022), Ramírez et al. (2022) y Smith et al. (2021), señalan que las emociones como la vergüenza corporal, el estigma y la desesperanza interactúan reforzando el abandono, la autoexclusión y la interiorización de la culpa, generando un círculo vicioso entre ansiedad, sobreingesta y recaídas. Estas emociones no se resuelven únicamente con prescripciones médicas, sino que requieren acompañamiento terapéutico y espacios de contención. Este trabajo opta por centrarse en las barreras socioeconómicas debido a su capacidad estructurante y su papel en la reproducción de desigualdades en salud. Al poner el foco en estas barreras, se busca aportar elementos que permitan diseñar intervenciones más contextualizadas y sostenibles.

**Marco Teórico**

*La obesidad y sus repercusiones*

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que representa un riesgo para la salud. Desde una perspectiva biomédica, su diagnóstico se establece a partir del índice de masa corporal (IMC), considerándose sobrepeso al ser igual o superior a 25 y obesidad uno igual o mayor a 30 (OMS, 2021).

Se trata de una condición multifactorial, en la que intervienen factores genéticos, metabólicos, conductuales, psicológicos, sociales y ambientales. Entre ellos destacan desequilibrios energéticos, alimentación basada en productos ultraprocesados, sedentarismo, estrés crónico y falta de sueño. También influyen las desigualdades socioeconómicas, el acceso limitado a servicios de salud y a entornos saludables (Teixeira et al., 2015; Sánchez-Carracedo, 2022).

Las repercusiones de la obesidad abarcan distintos niveles. En términos médicos, se asocia

con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias, apnea del sueño y ciertos tipos de cáncer; en el ámbito psicosocial, puede provocar baja autoestima, ansiedad, depresión y estigmatización; en el aspecto económico, incrementa los costos de atención médica y reduce la productividad laboral (OMS, 2021; Puhl & Heuer, 2010). Sin embargo, en las últimas décadas, la obesidad ha pasado de concebirse como fenómeno clínico-individual, a fenómeno social vinculado a las transformaciones estructurales, tales como el crecimiento de la industria alimentaria, los cambios en el urbanismo, la digitalización del trabajo y el debilitamiento de las redes de cuidado, convirtiéndose en un indicador de desigualdad social (Kaufer-Horwitz y Pérez-Hernández, 2022). De este modo, la obesidad como problema de salud pública refleja la transición a un escenario en el que predomina la sobrealimentación calórica, a diferencia del de desnutrición que marcaba décadas pasadas.

*Estrategias para la prevención y atención del control de peso en la obesidad*

En México, la Secretaría de Salud implementó la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (2013) centrada en garantizar el acceso a alimentos saludables, regular el consumo de productos ultraprocesados y promover la actividad física (Secretaría de Salud, 2013). Entre sus acciones destacan el etiquetado frontal (NOM-051, 2020) y campañas como "3xMiSalud" o "Muévete y Métete en Cintura" (Barquera et al., 2020; Rivera-Dommarco et al., 2020). Asimismo, su tratamiento integral (NOM-008-SSA3-2017) incluye cambios en la alimentación, incremento de la actividad física, modificación de conductas, apoyo psicológico, seguimiento médico y en algunos casos, tratamiento farmacológico o quirúrgico. El tratamiento debe ser personalizado y continuo, con intervenciones multidisciplinarias que atiendan las múltiples dimensiones que influyen en la obesidad (Secretaría de Salud, 2017).

La efectividad del tratamiento depende de la adherencia, entendida como "el grado en que el comportamiento de una persona (toma de medicamentos, seguimiento de una dieta y cambios en el estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas por un profesional de la salud" (Traducción propia de la OMS, 2003). En el caso de la obesidad y otros padecimientos crónico-degenerativos, la adherencia implica mantener cambios en la alimentación, la actividad física, el control médico y, en algunos casos, el seguimiento farmacológico o quirúrgico (Tettero et al., 2022). Sin embargo, sostener a largo plazo los cambios que implica el control de peso es particularmente complejo debido a factores sociales y económicos que condicionan la capacidad real de adoptar hábitos saludables (Smith et al., 2021), así como a los aspectos psicológicos y subjetivos implicados. La adherencia no puede reducirse a simple disciplina individual, constituye un proceso atravesado por condiciones estructurales y por el estigma social hacia el cuerpo obeso, que refuerza sentimientos de culpa, baja autoestima y desconfianza en el sistema de salud (González y Pérez, 2022).

Aunado a lo anterior, la baja auto eficacia y el miedo al juicio en espacios clínicos desencadena evitar el seguimiento médico, un ciclo de recaídas y desregulación alimentaria (Smith et al., 2021). En este sentido, abordar la obesidad implica garantizar políticas públicas intersectoriales que articulen salud, alimentación, trabajo digno y redes de cuidado, reconociendo que este problema trasciende el IMC, la dieta o el ejercicio, y constituye la expresión visible de desigualdades profundas que atraviesan el cuerpo, las emociones y la vida cotidiana (Schrecker & Bambra, 2015).

*Barreras socioeconómicas*

Los determinantes sociales de salud (DSS) son "las circunstancias en que las personas nacen

crecen, trabajan, viven y envejecen" y explican cómo factores estructurales influyen en el bienestar (OMS, 2021). Las barreras socioeconómicas, entendidas como obstáculos derivados de las condiciones materiales y estructurales que limitan el acceso equitativo a servicios, oportunidades y condiciones necesarias para el cuidado de la salud, incluyen ingresos insuficientes, empleo precario, inseguridad alimentaria, falta de servicios básicos o de protección social, y dificultan la adherencia al tratamiento (Marmot et al., 2020; OPS, 2022). Estas barreras no solo se manifiestan en limitaciones prácticas, sino que configuran un contexto que restringe la capacidad real de las personas para sostener cambios en sus estilos de vida y cumplir con las indicaciones médicas.

En América Latina, las barreras socioeconómicas para el cuidado de la salud se reflejan en las altas cifras de pobreza (29 %), pobreza extrema (11,2 %), mayor mortalidad materna e infantil y en las muertes atribuibles a agua insalubre y saneamiento insuficiente (OPS, 2022). La persistencia de estas desigualdades estructurales muestra que las condiciones materiales afectan la capacidad real para acceder a alimentos saludables, planificar cuidados, sostener cambios en sus estilos de vida y cubrir gastos médicos. Estas barreras se profundizan en grupos en condición vulnerable como mujeres cuidadoras o trabajadores informales, quienes tienen menor acceso a redes de apoyo y menor cobertura de seguridad social (Schmitz et al., 2020; González & Pérez, 2022). Autores como Funk, Foreman y Smith (2022), Ramírez et al. (2022) y Smith et al. (2021) han identificado que barreras socioeconómicas como el empleo informal, inseguridad alimentaria y falta de transporte confiable limitan el acceso sostenido al tratamiento. Así mismo, señalan que el estigma social y las múltiples responsabilidades laborales y familiares afectan la continuidad, evidenciando la necesidad de enfoques integrales y sensibles al contexto.

*Factores específicos: pobreza, empleo, alimentación, transporte, tiempo y cuidado*

Dentro de las barreras socioeconómicas se identifican factores específicos que interactúan entre sí. La pobreza, entendida como la privación de ingresos, educación, salud, seguridad y derechos humanos fundamentales, limita la adquisición de alimentos saludables, lo que favorece la dependencia de productos ultraprocesados más accesibles, pero menos saludables (Haughton & Khandker, 2009; Funk et al., 2022). El empleo informal y largas jornadas laborales reducen el tiempo disponible para la actividad física y la atención médica, mientras que la inseguridad alimentaria obliga a priorizar la cantidad sobre la calidad (Schmitz et al., 2020). Además, la falta de transporte público seguro y asequible limita la asistencia a consultas, programas comunitarios. De igual manera, la carga de cuidado, que recae mayormente en mujeres, desplaza el autocuidado a un segundo plano (Kaufer-Horwitz & Pérez-Hernández, 2022).

Las barreras materiales impactan directamente la posibilidad de sostener prácticas de autocuidado, entendido este como el conjunto de decisiones y acciones intencionales para cuidar la salud física, mental y social, incluyendo prácticas de higiene, alimentación y ejercicio, hasta la gestión emocional y la búsqueda activa de atención médica (OMS, 2021).

Aunque muchas personas conocen las recomendaciones para perder peso, las condiciones de vida les dificultan su implementación y favorecen al abandono progresivo de los tratamientos (González y Pérez 2022; Tettero et al., 2022). Por ello, la responsabilidad del autocuidado no puede recaer exclusivamente en el individuo, sino que debe entenderse como resultado de las condiciones materiales que lo sostienen o limitan.

*Vínculo con factores psicoemocionales y simbólicos*

Las condiciones materiales interactúan con factores simbólicos y psicoemocionales que refuerzan las dificultades de adherencia. Los factores simbólicos incluyen ideales estéticos, mandatos sociales sobre el autocuidado, el ser disciplinado y el estigma asociado al cuerpo obeso (Menéndez, 2003). La inseguridad económica y la sobrecarga laboral generan ansiedad, desesperanza y desgaste emocional, falta de motivación y baja autoeficacia, mientras que el estigma y la vergüenza corporal aumentan la autocritica y autoexclusión, reforzando patrones de abandono (Ramírez et al., 2022; Smith et al., 2021).

Cualquier estrategia para mejorar la adherencia al tratamiento para el control de peso y padecimientos crónico-degenerativos debe contemplar no solo las barreras socioeconómicas sino también el apoyo emocional y la reducción del estigma, para fortalecer la resiliencia y la motivación del paciente. Tettero et al. (2022) subrayan la necesidad de acompañamiento emocional sostenido para promover cambios duraderos en personas que enfrentan múltiples vulnerabilidades.

*Adherencia al Tratamiento*

En los últimos años, se han explorado los factores que dificultan la adherencia al tratamiento para el control de peso en personas con obesidad y su interacción con barreras e impedimentos Schmitz et al. (2020) identificaron barreras estructurales como empleo informal, inseguridad alimentaria, escaso apoyo comunitario y falta de transporte confiable, mientras que Smith et al. (2021) señalaron que la disponibilidad y publicidad de comida ultraprocesada y la ausencia de mercados saludables en entornos urbanos de bajos recursos constituyen barreras ambientales que dificultan la adopción de hábitos saludables. Además, Funk, Foreman y Smith (2022) evidenciaron cómo el estigma social, el miedo a la discriminación en entornos médicos y las múltiples responsabilidades familiares y laborales afectan la continuidad del tratamiento, recomendando un enfoque interseccional que considere género, clase y contexto de vida. González y Pérez (2022) resaltaron la necesidad de una visión integral de la obesidad, que reconozca los factores estructurales y no responsabilice únicamente al paciente de los resultados del tratamiento.

Por su parte, Morales, Álvarez y Ribeiro (2024) destacan que existen dificultades subjetivas y emocionales que inciden en la adherencia, como deficiencias en el vínculo terapéutico y la falta de reconocimiento de factores psíquicos, las cuales contribuyen a la persistencia del malestar en los pacientes. Ramírez et al. (2022) enfatizan la importancia del acompañamiento emocional, dado que las recaídas y el abandono del tratamiento están estrechamente ligados a experiencias emocionales negativas durante los procesos de pérdida de peso. En conjunto, estas investigaciones muestran que sostener cambios en el estilo de vida requiere no sólo abordar las barreras socioeconómicas y estructurales, sino también considerar los factores simbólicos, emocionales y psíquicos que atraviesan la experiencia del paciente.

## MÉTODO

### Diseño

Esta investigación se enmarca en un enfoque cualitativo, que permite comprender fenómenos sociales desde la perspectiva de los sujetos que los experimentan, centrándose en significados, experiencias y contextos (Hernández-Sampieri et al., 2021). Este trabajo forma parte de una investigación más amplia, es de tipo exploratorio con diseño fenomenológico, orientado a describir y comprender la experiencia experiencia vivida de dos participantes con obesidad respecto a las barreras que enfrentan para adherirse al tratamiento (Vargas, 2019).

**Muestra y muestreo**

La muestra la conforman dos entrevistas a pacientes, mujeres adultas, con diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas y obesidad atendidas en una institución de salud pública. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia mediante la estrategia de casos típicos, seleccionando participantes que representan características comunes del fenómeno esudiado (Patton, 1990).

**Método para obtener la información**

La información se obtuvo mediante entrevistas semiestructuradas, estas permiten obtener información en profundidad sin perder flexibilidad (González & Rodríguez, 2020). Las entrevistas fueron aplicadas con previo consentimiento informado de cada participante y grabadas para su posterior transcripción, contando con la aprobación del Comité de Ética correspondiente, y respetando todos los principios éticos de confidencialidad, autonomía y no maleficencia.

**Método de análisis de la información**

Se aplicó un análisis de contenido temático, identificando, codificando y categorizando unidades de significado para construir patrones interpretativos (Vargas, 2022, p. 155). Se reconocieron categorías emergentes (como transporte, empleo, inseguridad alimentaria y estigma), y se organizaron en torno a ejes predefinidos como autocuidado, salud y cuerpo, utilizando matrices comparativas y hojas de trabajo que facilitaron la integración de los datos con la literatura revisada.

**Consideraciones éticas**

Esta investigación se llevó a cabo cumpliendo con los principios éticos fundamentales establecidos en el Código Ético del Psicólogo del Colegio Mexicano de Psicología (Colegio Mexicano de Profesionistas de la Psicología, 2010), garantizando la confidencialidad, autonomía y protección de los derechos de los participantes. Se obtuvo consentimiento informado previo a la participación y se aseguró que los datos fueran utilizados exclusivamente con fines académicos, de investigación y formación, respetando la integridad académica mediante el uso correcto y transparente de todas las fuentes consultadas.

## RESULTADOS

Los resultados provienen de un par de entrevistas realizadas a mujeres adultas (40 y 50 años) con diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas y obesidad, madres de al menos dos hijos y responsables del hogar, lo que representa una importante carga de trabajo doméstico y de cuidados. El análisis cualitativo de las entrevistas, complementado con revisión documental, permitió identificar barreras socioeconómicas que interfieren en la adherencia al tratamiento. A continuación, se presentan los hallazgos organizados por categorías emergentes.

**Empleo informal y bajos ingresos**

El empleo informal genera bajos ingresos, inestabilidad económica y falta de prestaciones sociales, condiciones que limitan la alimentación saludable y el tiempo para el descanso.

"Trabajo desde temprano hasta la noche, y a veces solo me da tiempo de comer lo que sea en la calle… lo que alcance."

**Acceso limitado a alimentos saludables**

Las entrevistas denotan dificultades para seguir las recomendaciones médicas alimenticias,

muestran una contradicción entre el ideal nutricional planteado por el sistema de salud y la realidad de las familias que viven en contextos de precariedad socioeconómica.

"El doctor me dice que coma lechuga, verduras, pero eso cuesta mucho y en mi casa somos varios."

**Inseguridad alimentaria**

Las participantes señalaron que en ocasiones no hay comida suficiente en su hogar y priorizan la alimentación de sus hijos, relegando su propia salud. Los bajos ingresos y la falta de apoyos alimentarios generan una falta de acceso regular a alimentos adecuados en cantidad y calidad.

"A veces no alcanza para todos, entonces prefiero que coman mis hijos primero, ya después veo yo qué como."

**Accesibilidad al transporte público**

Las entrevistadas reportaron trayectos largos y costosos que complican la asistencia regular al centro de salud donde reciben tratamiento.

"Para llegar allá tengo que tomar dos camiones y a veces no me alcanza o me tardo mucho. Si voy, ya no me da tiempo de hacer lo demás."

**Carga de trabajo doméstico y de cuidados**

Ambas mujeres desempeñan funciones de cuidado dentro de su hogar, sumado a sus actividades laborales, les queda poco margen para el autocuidado, para sostener hábitos saludables o acudir a consultas.

"Cuando no estoy trabajando, estoy con mis hijos o limpiando. A veces ya no tengo fuerzas ni para pensar en mí."

**Falta de apoyo institucional**

Las entrevistadas refirieron que, si bien reciben indicaciones médicas, no cuentan con seguimiento, acompañamiento emocional o adaptaciones a su realidad económica. Lo que termina debilitando la relación terapéutica y afecta la continuidad del tratamiento.

"A veces siento que voy y me dicen lo mismo, pero no me ayudan con cómo hacerlo con lo que tengo."

**Factores simbólicos y emocionales (categoría emergente)**

Las participantes expresaron sentimientos de culpa, vergüenza corporal, desmotivación y frustración ante la dificultad para bajar de peso demostrando que la adherencia al tratamiento está atravesada tanto por factores estructurales, como simbólicos y emocionales, no solo por la voluntad individual.

"Siento que fallo… como que no sirvo para esto. Ya no quiero ir porque me regañan."

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos evidencian que, en pacientes con obesidad, la adherencia al tratamiento para el control de peso y enfermedades crónico-degenerativas no depende únicamente de la voluntad individual. Tal como plantean Schmitz et al., 2020, Funk et al.,

2022 y González y Pérez (2022), factores estructurales como empleo informal, bajos ingresos, inseguridad alimentaria, sobrecarga de cuidados y la lejanía de los centros de salud, limitan el implementar y sostener hábitos saludables. Este hallazgo cumple con el primer objetivo específico del estudio, al identificar las condiciones materiales que limitan la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables, lo cual refuerza la idea de que el entorno económico y social condiciona profundamente las prácticas alimenticias y de salud, especialmente en mujeres que viven en contextos de vulnerabilidad estructural (Smith et al., 2021).

Así mismo, este trabajo evidencia que la desigualdad estructural no solo se manifiesta en lo material, sino también en lo simbólico. Aunque no fue el eje central del análisis, emergió como una categoría relevante que profundiza las desigualdades, cumpliendo con el segundo objetivo específico, al mostrar cómo el estigma de peso y la presión por cumplir con expectativas médicas inalcanzables deterioran la motivación y refuerzan el alejamiento del sistema de salud. Como lo advierten Ramírez et al. (2022) y Morales, Álvarez y Ribeiro (2024), estas experiencias subjetivas suelen quedar invisibilizadas por el enfoque biomédico tradicional, a pesar de su impacto real en la continuidad del tratamiento.

Esto resalta la necesidad de adoptar una visión interdisciplinaria que contemple al paciente en su contexto social, así como reconocer las barreras estructurales y vinculares a fin de resignificar el autocuidado como un derecho colectivo que implica condiciones materiales dignas, redes de apoyo y acompañamiento emocional sostenido, elementos indispensables para diseñar estrategias de intervención efectivas.

## CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación confirman que las barreras para la adherencia al tratamiento en personas con obesidad no pueden reducirse a una falta de voluntad o disciplina individual. Factores como el empleo informal, la pobreza, la sobrecarga de cuidados, la inseguridad alimentaria y el acceso limitado a servicios de salud configuran un entorno que dificulta el autocuidado.

A esto se suman factores emocionales y simbólicos como el estigma del peso, la culpa y la baja autoeficacia, actuando como una barrera silenciosa, pero poderosa, que afectan la motivación y refuerzan patrones no saludables. Esto evidencia que el cuidado de la salud debe concebirse como un derecho colectivo que requiere condiciones materiales dignas, acompañamiento emocional continuo y estrategias sensibles al contexto social. Desde la psicología, esta investigación permite subrayar la importancia de intervenir no solo en la dimensión individual, sino también en las estructuras sociales que condicionan el bienestar promoviendo acompañamiento emocional y prácticas clínicas y comunitarias no culpabilizantes.

Comprender la obesidad desde una perspectiva integral y contextualizada permite resignificar el autocuidado como una posibilidad colectiva, ligada a la justicia social y a la garantía de derechos fundamentales como la salud, la alimentación y el bienestar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barquera, S., Sánchez-Pimienta, T. G., García-Chávez, C. G., & Rodríguez-Oliveros, G. (2020). Etiquetado frontal de advertencia en México: Una herramienta para el control de la obesidad. *Salud Pública de México, 62*(6), 1–5. https://www.insp.mx/images/stories/Centros/cinys/Docs/120821_revisionEtiquetadoFrontal.pdf

Cáceres, A., González, J., & Pérez, M. (2020). Perspectivas críticas del modelo biomédico en la atención de la obesidad. *Revista de Ciencias de la Salud, 18*(2), 95–107. https://doi.org/10.12804/revsalud18.02.2020.01

Colegio Mexicano de Profesionistas de la Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. Colegio Mexicano de Profesionistas de la Psicología.

Funk, L. M., Foreman, M., & Smith, A. B. (2022). Socioeconomic disparities and bariatric surgery outcomes: A qualitative investigation of barriers to care and treatment engagement. *Obesity Surgery, 32*(1), 29–37.

González, J., & Pérez, M. (2022). Estigma corporal y autopercepción en pacientes con obesidad: Un estudio cualitativo. *Psicología y Salud, 32*(1), 45–60.

Haughton, J., & Khandker, S. R. (2009). *Handbook on poverty and inequality*. World Bank. https://doi.org/10.1596/978-0-8213-7613-3

Kaufer-Horwitz, M., & Pérez-Hernández, J. F. (2022). La obesidad: Aspectos fisiopatológicos y clínicos. *INTERdisciplina, 10*(26), 147–165.

Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., & Morrison, J. (2020). *Build back fairer: The COVID-19 Marmot review. The pandemic, socioeconomic and health inequalities in England*. Institute of Health Equity.

Menéndez, E. L. (2003). El modelo médico hegemónico: Consecuencias para la atención de la salud y la formación de profesionales. *Cadernos de Saúde Pública, 19*(4), 923–931. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000400003

Morales, M. M., Álvarez, G. C., & Ribeiro, R. (2024). Sobre las dificultades de pacientes en tratamiento para el control de peso en Campeche, México: Algunas consideraciones desde el psicoanálisis. *Revista de Psicología PUCP*. https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/29094/26536

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. https://www.who.int/publications/i/item/adherence-to-long-term-therapies-evidence-for-action

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Determinantes sociales de la salud*. https://www.who.int/es/health-topics/social-determinants-of-health

Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Etiquetado frontal*. Recuperado el 20 de julio de 2025, de https://www.paho.org/es/temas/etiquetado-frontal

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Informe sobre equidad en salud en América Latina y el Caribe*. https://www.paho.org/es/documentos/informe-sobre-equidad-salud-america-latina-caribe

Paixão, C., Dias, C. M., Jorge, R., Carraça, E. V., Yannakoulia, M., De Zwaan, M., Soini, S., Hill, J. O., Teixeira, P. J., & Santos, I. (2020). Successful weight loss maintenance: A

systematic review of weight control registries. *Obesity Reviews, 21*(5), e13003.

Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health, 100*(6), 1019–1028.

Ramírez, A., Gutiérrez, M., & Torres, D. (2022). Emociones, salud y obesidad: Experiencias de mujeres en contextos de pobreza. *Revista Latinoamericana de Psicología Social, 20*(2), 120–136.

Rivera-Dommarco, J., Colchero, M. A., Fuentes, M. L., & González de Cosío, T. (2020). Políticas públicas y la prevención de la obesidad en México. *Salud Pública de México, 62*(6), 660–667.

Sánchez-Carracedo, D. (2022). El estigma de la obesidad y su impacto en la salud: Una revisión narrativa. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición, 69*(10), 868–877.

Secretaría de Salud. (2013). *Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes*. Gobierno de México. https://www.gob.mx/salud/documentos/estrategia-nacional-para-la-prevencion-y-el-control-del-sobrepeso-la-obesidad-y-la-diabetes

Secretaría de Salud. (2017). *Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad*. Diario Oficial de la Federación. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/512100/NOM-008-SSA3-2017.pdf

Schmitz, B. D., Ferreira, T. L., de Souza, A. C., & Rodrigues, R. C. M. (2020). Views and experiences of adults living with obesity regarding health promotion in primary care: A qualitative study in Southeast Brazil. *Primary Health Care Research & Development, 21*, e43.

Schrecker, T., & Bambra, C. (2015). *How politics makes us sick: Neoliberal epidemics*. Palgrave Macmillan.

Smith, A., Foreman, M., & Funk, L. (2021). Psychological barriers to obesity treatment: A qualitative analysis of stigma and self-efficacy. *Journal of Health Psychology, 26*(3), 404–416.

Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Rutter, H., Vandevijvere, S., Lobstein, T., Sacks, G., … Magnusson, R. (2015). Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. *The Lancet, 385*(9986), 2534–2545.

Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Markland, D., Silva, M. N., & Ryan, R. M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9*, 78.

Tettero, O. M., van Stralen, M. M., & Visscher, T. L. S. (2022). Barriers to and facilitators of lifestyle behavior change in adults with obesity after bariatric surgery: A qualitative study. *Obesity Science & Practice, 8*(4), 442–451.

Ochoa, J., Brigitte, L., & Serrano, A. (2019). Migración interna y sus efectos en el crecimiento urbano del municipio de Querétaro. *Revista de Estudios Territoriales, 21*(2), 49–61. https://www.redalyc.org/journal/401/40161003004/html/

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (1994). *Informe sobre desarrollo humano 1994*. Fondo de Cultura Económica. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf

Rebolledo, D. (2022). *Violencia, desarrollo humano y crecimiento económico: Vínculos e interconexiones. El caso de Guanajuato, 2006–2019* [Tesis]. Universidad de Guanajuato. http://repositorio.ugto.mx/handle/20.500.12059/12952

Rebolledo, D. (2023). Seguridad, violencia y desarrollo humano: Hacia un cambio de paradigma. En J. Rodríguez & A. Caldera (Coords.), *Territorios en movimiento: Sociedad post COVID-19, retos y nuevas normalidades* (pp. 449–480). Universidad de Guanajuato.

Vega, J., & Herrera, J. (2021). Seguridad urbana en la ciudad de León: Reseña de una violencia creciente en detrimento del desarrollo humano. En A. Mendoza & J. Vega (Coords.), *León, de la ciudad a la metrópoli* (pp. 223–255). Ítaca.

## FINANCIACIÓN

Ninguna.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

## CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

*Conceptualización:* Leticia Hernández Hernández, Naomi Pamela Sánchez García, María de los Milagros Morales Vázquez.

*Curación de datos:* Leticia Hernández Hernández, Naomi Pamela Sánchez García, María de los Milagros Morales Vázquez.

*Análisis formal:* Leticia Hernández Hernández, Naomi Pamela Sánchez García, María de los Milagros Morales Vázquez.

*Investigación:* Leticia Hernández Hernández, Naomi Pamela Sánchez García, María de los Milagros Morales Vázquez.

*Metodología:* Leticia Hernández Hernández, Naomi Pamela Sánchez García, María de los Milagros Morales Vázquez.

*Administración del proyecto:* Leticia Hernández Hernández, Naomi Pamela Sánchez García, María de los Milagros Morales Vázquez.

*Recursos:* Leticia Hernández Hernández, Naomi Pamela Sánchez García, María de los Milagros Morales Vázquez.

*Software:* Leticia Hernández Hernández, Naomi Pamela Sánchez García, María de los Milagros Morales Vázquez.

*Supervisión:* Leticia Hernández Hernández, Naomi Pamela Sánchez García, María de los Milagros Morales Vázquez.

*Validación:* Leticia Hernández Hernández, Naomi Pamela Sánchez García, María de los Milagros Morales Vázquez.

*Visualización:* Leticia Hernández Hernández, Naomi Pamela Sánchez García, María de los Milagros Morales Vázquez.

*Redacción – borrador original:* Leticia Hernández Hernández, Naomi Pamela Sánchez García, María de los Milagros Morales Vázquez.

*Redacción – revisión y edición:* Leticia Hernández Hernández, Naomi Pamela Sánchez García, María de los Milagros Morales Vázquez.