

también subió mucho de peso cuando nos casamos ella pesaba 82 kilos tenía 28 años cuando nos casamos y ahorita anda en los 130 kilos ....y es chaparrita.

Esmeralda declaró, “Cuando yo estaba embarazada perdí mucho peso en cada embarazo, pero luego que tuve al último yo aumenté muchísimo. Roxana también reportó: “Yo empecé a engordar cuando me casé y empecé a tomar anticonceptivos, pero después de 6 años que tuve mi segundo y último hijo yo sentí que ahí fue donde se disparó el peso”. Gustavo, otro informante, profesó: “ Pos mire yo cuando me casé estaba muy delgadito....era un palito!... yo jugaba mucho fútbol y después de los 5 años de casado deje de hacer deporte....hasta que aumentó la gravedad (refiriéndose al peso).

#### Uso de Alimentos

Además de los eventos de vida estresantes y periodos críticos de aumento de peso, la evidencia encontrada en esta investigación mostró que las personas comen en respuesta a diversos estados emocionales. Los informantes afirmaron comer cuando están aburridos, ansiosos, deprimidos, inactivos o enojados. La obesidad es una enfermedad que lleva a una persona a desear alimentos dañinos; y este deseo algunas veces se convierte en una obsesión o en una alternación en los comportamientos alimenticios con posibilidad de convertirse en una compulsión (Furnham y Manning, 1997; Lugli-Rivero, 2001; McFarland y Backer-Bauman, 1988, Miller, 1999; Waller y otros 2002). Algunos entrevistados ilustran las afirmaciones anteriores, tales como Adelaido, quien expresó cómo utiliza la comida como una forma de distracción:

En la tarde cuando estoy trabajando no meriendo pero cuando estoy en la casa que no hago nada siempre vienen los antojos... si se me antoja un chocolate, me hago un chocolatito con leche y luego al ratito que se me antoja un pan y me lo como, yo como cuando estoy aburrido en casa

Otro de los entrevistados expresó:

En las noches, cuando yo veo la televisión, siempre se me antoja comer algo, yo siempre tengo cacahuates en mi casa y como un monton.

Adrian declaró que utiliza la comida como una forma de descargar su enojo:

Yo no lo quiero admitir pero mi mamá tiene mucha razón cuando yo me enojo con ellos por el mismo coraje que me dicen adelgaza! Como más! Como que para que ellos se enojen y me da por comer y como más! Y como más!, como que es una actitud en defensiva contra ellos.

Emma es otra participante que confirmó que come como respuesta a estados emocionales negativos: “Mi madre decía: ¡Por ser tan glotona te vas a morir!, pero yo tragaba más. Yo solo me quería morir, sentía que nadie me quería!”.

Estrella de la misma manera afirmó:

Me embaracé y se me vino el niño, o sea lo perdí....y fue cuando empecé a subir y subir, mi esposo quería compensar mi pérdida y él siempre me traía algo de comer y como no tenía nada que hacer yo solo comía y comía

Una considerable cantidad de entrevistados afirmaron que las tentaciones irresistibles contribuían a comer compulsivamente. Como ejemplo, Lucas comentó:

Yo creo que yo me impuse a siempre comer así, por ejemplo yo podría cenar o ya comí y luego voy a la casa de un amigo y ellos ordenan una pizza yo me la como aunque esté lleno. Mi obsesión de comer es más por la tentación.... Es una de las cosas con las que yo siempre he tenido problema, porque mira con la tentación aunque ya esté bien lleno, una comida que se mira rica me la como y así siempre he sido yo.

Wally:

La comida es peor que cuando estas alcohólico o drogadicto porque eso ya no lo vas a hacer y ya, pero la comida, tienes que comer para vivir, la comida es todos los días vas a tener que comer.

Esta sección de los resultados mostró las percepciones, sentimientos y pensamientos sobre el desarrollo y origen de la obesidad a través de las experiencias vividas por aquellos que tienen el problema. La siguiente sección incluye las categorías principales que surgieron de las narrativas de los entrevistados en relación a cómo se mantiene la obesidad.

### Mantenimiento de la Obesidad

Se han detectado muchas influencias como formativas en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. La velocidad del incremento global en obesidad confirma el rol tan significativo de los factores medioambientales en su crecimiento. Estas influencias sobre la obesidad consisten en numerosos factores socio-estructurales que definen las opciones para comer y para realizar actividades. Por lo que estos factores pueden funcionar como facilitadores o detonantes de la epidemia de la obesidad (AOA, 2003; Caldwell y Kimbal, 2001; Campell y Crawford, 2001; Dietz y otros 2002; Harris, 2002; Peck, 2003; Schmid, 2002; Thompson y Heinberg, 1999). En esta sección de los resultados se explican estas influencias sociales en las propias palabras de quienes experimentan este problema (ver figura 3).

Las experiencias vividas por los 26 participantes en este estudio revelaron que los hábitos alimenticios deficientes tales como no desayunar y después tener una cena abundante, las comidas rápidas y las porciones grandes de consumo, junto con el comer fuera del área de la cocina, fueron factores personales y familiares que surgieron durante el estudio como facilitadores del mantenimiento de la obesidad. La falta de actividad física, en la mayoría debido a inactividad en los trabajos, enfermedad y el propio peso, fueron características presentes en este patrón. La disponibilidad de alimentos dentro y fuera de la casa fue otra importante categoría evidenciada en la mayoría de los discursos de los entrevistados. Los eventos de vida estresantes surgieron como otro factor relacionado con el mantenimiento de la obesidad cuando la comida se utilizó como refugio y respuesta a las

frustraciones y preocupaciones. Se identificó una fuerte relación entre la publicidad por televisión con la obesidad pero especialmente cuando se vincula con antojos. Otros aspectos que impactan el mantenimiento de la obesidad fueron las fiestas tradicionales, siempre asociadas con “todo lo que puedas comer”, comidas con grasa y grandes porciones de alimentos.

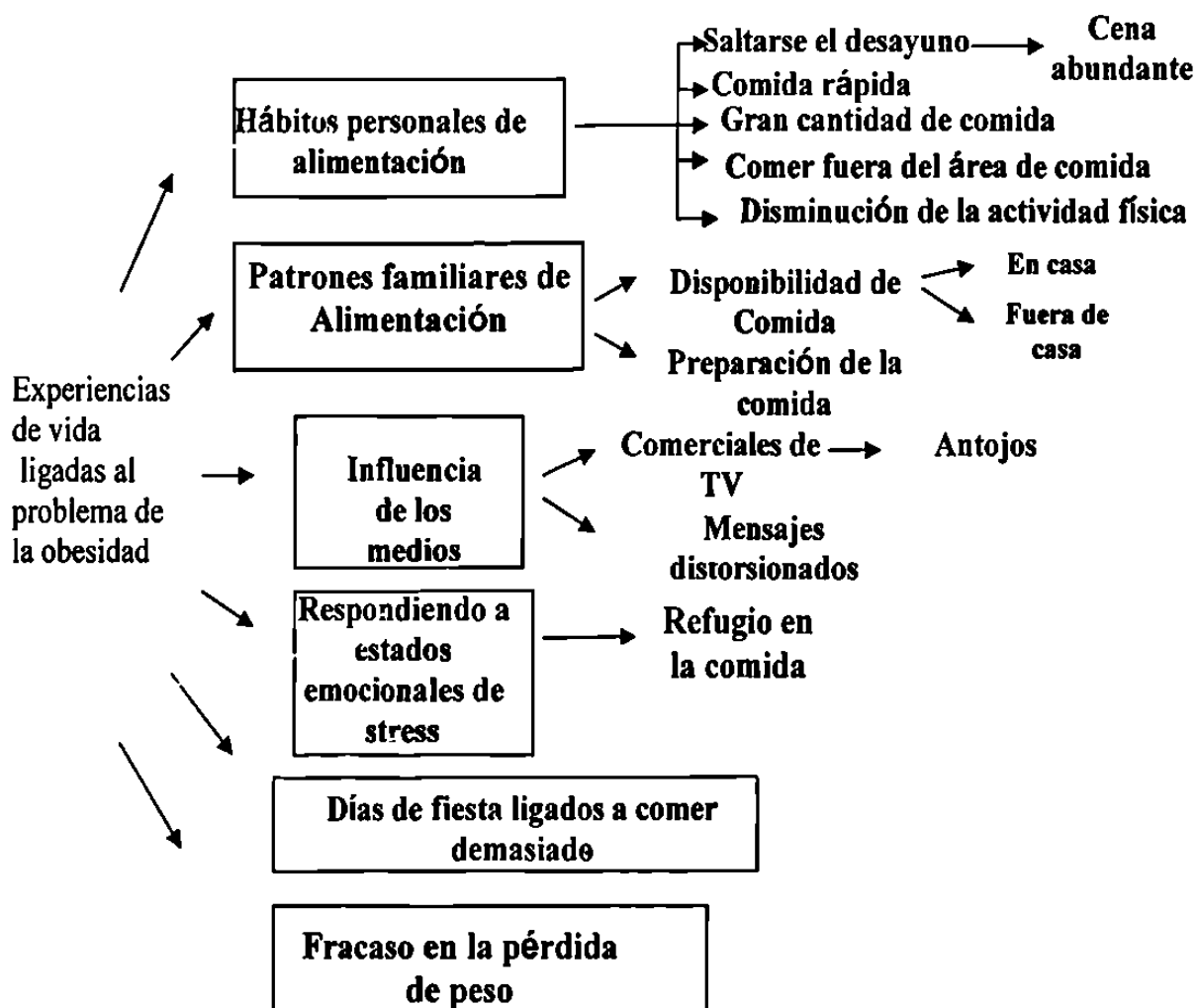


Figura 3. Cómo se mantiene la obesidad

Otros factores fuertemente conectados con el mantenimiento de la obesidad fueron la imposibilidad de perder peso basado en problemas económicos, falta de motivación y la necesidad de apoyo social y familiar, presentes como categorías interesantes que emergieron del análisis del discurso. Estas merecen una atención especial y serán discutidas de manera independiente. Todos estos factores contribuyeron a la persistencia de la obesidad. Un punto crucial en este patrón fueron las diferencias significativas encontradas entre los participantes mexicanos y los mexicano norteamericanos, las cuales pueden arrojar importantes resultados para este estudio.

### Hábitos Alimenticios Personales

Aun cuando múltiples factores pueden explicar el aumento de peso, la causa básica es el exceso de ingreso de energía sobre el gasto. Las elecciones de comida individuales evidentemente dependen de los hábitos alimenticios y de las predisposiciones de comportamiento, pero también están condicionadas por la disponibilidad de tener diferentes comidas y por la preparación, promoción y costo de los alimentos en los diferentes ambientes (Peck, 2003; Dietz, 2003; Young y otros, 2002). Adelaido, un mexicano de 24 años, describe su predisposición a ser obeso relacionado con los miembros familiares obesos, sus hábitos alimenticios, la disponibilidad de alimentos en el hogar y su preparación. Este caso ilustra, en términos generales, los patrones alimenticios mexicanos en este estudio:

Mire que yo me acuerde todos en la casa hemos sido gorditos, somos 4 hermanos hombres, él más delgado pesa como 90 kilos pero todos los demás pesan entre 130, 140 y yo soy él más gordo de todos, mi mamá es gordita de 80 kilos y mi papá nunca ha pesado mas de 100....Mi mamá siempre nos alimentó muy bien...aparte me gustan mucho los chilaquiles, las miguitas pero aparte con tortillas de harina y a mí me encantaban pero no me daba y yo las agarraba, me acuerdo que cuando mi mamá tenía que salir ahí era donde yo me atrancaba mis lonches de dos o de tres panes y tortillas de harina y tortillas de masa.

También comenta sobre sus preferencias de comida y tamaño de porciones:

Si hay chance a mí me gusta tanto lo salado como lo dulce, pero si hay dulce entre comidas me como lo dulce, o sea, yo no soy mucho de comprar, pero si me ofrecen algo yo lo agarro, pero yo como mucho, en demasía en la mañana en la comida y en la cena, antes de irme al trabajo yo me voy bien almorzado, Yo me levanto y me echo entre 6 y 7 quesadillas con frijoles y con aguacatito y mi jugo d naranja o sea que yo como fuerte, pesado, en la comida no lo sé medir en peso pero 2 o tres bistec de carne, y agarro 2 platos de arroz, mi coca y mis tortillas porque yo como en taco, o sea lo que son las carnes en tacos es raro que la coma con tenedor y cuchillo.

Este tema se muestra en los siguientes comentarios realizados por Julie, una mujer mexicana norteamericana, los cuales en contraste con las citas arriba referidas será posible diferenciar algunos patrones alimenticios, disponibilidad de comida en el hogar así como las técnicas de preparación de los alimentos entre los entrevistados mexicanos y los mexicano norteamericanos. Julie, una mexicana norteamericana viuda de 51 años, narra su predisposición a ser obesa, patrones alimenticios desde la infancia, disponibilidad de comida en el hogar y otros aspectos interesantes:

Yo tengo 5 hermanos, todo ellos son muy gordos como yo... Bueno, mi papá era un hombre grandote, moreno le decían "Tarzán", y mi mamá era chonita como yo (sinónimo de gordita)... lo que más me acuerdo de ella es que hacía tortillas de harina todas las noches y en la mañana, pero todos los días con su sartén de frijoles refritos y de ahí depende que si huevos con papa o sopa pero los frijoles con tortillas de harina eran todos los días.... Y en la mediodía la comida era muy diferente porque iba a la escuela, so, depende de lo que nos dieran en la escuela... pos ya ve que la leche de todos los días, los vegetales ya no me acuerdo, pero antes no nos daban hamburguesas ni pizzas ni chicken burgers o chicken sticks como ahora.

Al igual que la mayoría de los entrevistados mexicanos norteamericanos, July muestra el patrón alimenticio común de la gente mexicano norteamericana, tales como no comer desayuno y tomar una cena abundante, comer fuera de casa diariamente, comer comida rápida y chatarra, y consumir grandes porciones:

De hecho, mis hijos y yo nunca desayunamos, no nos gusta comer en la mañana. Acostumbro ir a dejarlos a la escuela y luego los recojo y nos vamos a comer, pero

nosotros no vamos a restaurantes caros, casi siempre al “McDonald’s”, o vamos al “whatta Burgers” ya ve que está el menú del dólar y compramos un lonche, y una soda y papitas y ya. a los huercos (sus hijos) les encanta ...en las noches a veces si hago de comer, spaghetti o hago taquitos de picadillo con su lechuga y tomate, va el quesito la cremita arriba...jajajaj como quiera hago de comer no muy seguido pero si hago de comer.

Dotinga (2004) afirmó que los norteamericanos que con regularidad no comen desayuno son 4.5 veces más propensos a ser obesos. Esto fue apoyado en el presente estudio indicando que se presenta en ambos países, pero especialmente los entrevistados que viven en Estados Unidos, narraron que no tomaban desayuno y que comían una cena abundante después. Los siguientes pasajes confirman esta suposición, ejemplos de mexicano norteamericanos que declararon:

Ruperto:

Yo puedo cenar mucho, pero en la mañana raramente desayuno, dos tazas de café y es todo, algunas veces a la hora del lonche yo como algún sándwich, pero en la cena yo como un montón” Lucas: Estoy acostumbrado a no desayunar, en mi casa nadie acostumbra desayunar, a veces cuando llego al trabajo me tomo un café o un jugo.

Gustavo, un hombre mexicano, de muy bajo estrato económico describe perfectamente cómo los hábitos alimenticios, tales como no comer desayuno y consumir una cena abundante, así como la comida rápida, son factores importantes en mantener la obesidad.

Pos yo no me desayuno porque no estoy acostumbrado así que casi siempre me vengo a trabajar sin nada y a veces como a las 11 me da algo por comer y me tomo a veces un refresco con unas papitas... Cuando hay dinero...Pero en la noche.....casi siempre hago sólo una comida en la noche y entonces si como “en cantidades”, yo me puedo comer un kilo de tortillas yo solo, y cuando hay comida en casa me sirvo hasta 3 veces.

Otra mujer mexicana, Pita, declaró:

Bueno te voy a decir una cosa, entre semana de lunes a viernes en la mañana me tomo un café religiosamente, aunque haga calor, ocasionalmente un jugo V8 porque padezco de calambres, o un plátano, o un yogurt y ya en el trabajo es otro café,

quizás y ya no como hasta que llego a la casa, a veces me ofrecen un taco de harina o de maíz me como uno ocasionalmente porque no hay tiempo, llego aquí como a las 3 o 4 de la tarde y por lo regular compro pollo o compramos hamburguesas.

Un tema que surgió en el estudio, principalmente presente en aquellos que están preocupados con la imagen de su cuerpo y por perder peso, fue el hecho de comer fuera del área de la cocina; la mayoría frente al televisor, como se ilustra en los siguientes párrafos:

Lucas:

Cuando ceno en la casa, siempre lo hago solo, y viendo televisión, raramente como con mi hermanos.

Estrella:

Las veces que comemos en la casa que es raro, primero que todo preparamos la comida y estamos platica y platica y luego nos sentamos casi siempre en la sala, rara es la vez que estamos en la mesa y siempre viendo la tele, ahí tengo una mesita de centro que es nuestra mesa de comida.

Molly:

Mi cocina casi nunca se usa, yo tengo una pequeña mesita y siempre estamos viendo la tele a mis niños les encanta!

Las tendencias sociales y culturales que anulan la posibilidad de realizar una actividad física incluyen el uso habitual de autos, incluso para viajes cortos, una gran variabilidad en las opciones para ver canales de televisión, la prevalencia de hogares con televisores, los controles remotos múltiples y el incremento en el uso de juegos de video y computadoras en la casa (Crister, 2003; *Healthy People*, 2001, 2003; Lakdawalla y Philpson, 2002; Young y Nestle, 2002). Estas tendencias problemáticas son visibles en los siguientes segmentos.

Lucas:

La mayor parte del tiempo estoy sentado enfrente de una computadora y bueno en la noche depende mucho del tiempo, si cae mucha nieve me la paso viendo la televisión que son muchos meses, o salgo a ver una película, o a platicar con un amigo.



Lisa:

Yo misma busco otras cosas que hacer, porque si me mantengo en la casa solo puedo estar acostada...no tengo nada de actividad en mi cuerpo y sinceramente no me gusta caminar ni subir escaleras”.

### Hábitos Alimenticios Familiares

La dieta es reconocida como un aspecto muy importante en el origen de la obesidad. Campbell y Crawford (2001) muestran que es probable que el comportamiento alimenticio se establezca a una edad temprana y se mantenga en la edad adulta. Estos comportamientos alimenticios están influenciados por factores familiares tales como la disponibilidad de alimentos en la casa, el modelo del rol que los hijos aprenden de sus padres y la preparación de alimentos. Además, estos comportamientos alimenticios están influenciados por el medio ambiente escolar así como los contextos medioambientales y socioculturales (Birch, 2002; Brown, 2003; Colditz, y Mariani, 2000; Drohan, 2003; Cambell y Crawford, 2001; Goetz y Caron, 1999; Soliah y otros 2000).

En esta sección de los resultados es importante señalar las diferencias en los patrones alimenticios encontrados entre los mexicanos y mexico-americanos. En los siguientes párrafos se ilustra cómo los incrementos en la ingestión de energía se asocia con algunos hábitos alimenticios personales y familiares, principalmente el consumo de alimentos fuera del hogar, incrementándose la energía proveniente de botanas saladas y bebidas de soda, y las grandes porciones de comida que actualmente son servidas en la mayoría de los restaurantes. En el presente estudio, estos cambios en los hábitos alimenticios resultaron ser más evidentes en las personas obesas mexicano norteamericanas. Caly, quien vive en Estados Unidos desde la infancia, comentó:

Yo creo que algunas tradiciones han influenciado en mi sobrepeso....si, yo creo eso. La única diferencia es que allá (en México) se usaba manteca y aquí se usa aceite y

aquí (Estados Unidos) se hacen más comidas fritas que en México porque allá no comíamos carne y aquí sí, o sea a parte de los frijoles o papas aquí es mas comida frita. y yo creo que en México éramos más delgados todos porque salíamos a jugar, no teníamos juguetes así que nos divertíamos en la calle todo el día nos la pasábamos a corre y corre.

Lisa recordó su vida en México y narró:

Se le va hacer chistoso pero no me acuerdo de muchas cosas de mi infancia... pero si recuerdo que mi mamá siempre nos preparaba cosas de comer... mi papa tenía un trabajo seguro sin embargo cuando yo tenía 5 años tuvo la oportunidad de venirse a Estados Unidos so... mucho mejor para nosotros, siempre el dólar se multiplica, y aunque fuera poco para nosotros era mucho... una de las cosas que si me acuerdo es que mi papá se iba al mercado y traía costales...usted conoce los costales?... no era una bolsita sino costales de fruta... me acuerdo que nosotros teníamos en abundancia comida...también me acuerdo que a veces en las mañanas con suerte también eso es malo...nos daban un desayuno mexicano con huevos, con frijoles, con salsa y tortillas,... de las dos de harina y de maíz.

Lisa también narró algo muy importante en relación a cómo un estilo de vida

diferente junto con los patrones alimenticios determinan el mantenimiento de la obesidad:

Antes vivíamos en León Guanajuato...Si, pero ellos (sus hermanos) engordaron cuando se movieron para acá (USA)...porque antes eran muy delgados.....Por ejemplo mira mi mamá. ella ha sido de que ha bajado hasta talla 28 (talla 7)en México y ha sido aquí (USA) hasta talla 22

El caso de Estrella describe perfectamente los patrones alimenticios y los estilos de vida desarrollados en México, y señala la diferencia cuando llegó a los Estados Unidos:

Fíjate que la comida también cambió mucho porque en México las comidas eran normales o sea no eran tan abundantes, no nos desayunábamos pero comíamos en la casa, aunque a veces ya no comíamos porque era de puro andar jugando y aquí las cosas fueron muy diferentes aquí llegamos y ya ves que en la escuela el desayuno, que los bisquetes con la carnita, la salchicha, que los jugos y la leche y aunque no nos gustaba, nos la teníamos que comer, y luego en la tarde que nos daban las hamburguesas, las pizzas, era lo único que tenían las escuelas o los "chicken fingers"..No eran muy saludables y después de eso llegaba uno a la casa y mi mamá nos hacía de esas sopas rápidas que los "Ramen Nuddles".... porque cuando llegábamos apenas estaba preparando la comida, comíamos algo y luego nos daba la comida, pero luego en la noche llegaba alguien, que quería comer y otra vez volvíamos a comer, o sea que como todos éramos de diferentes edades pues llegaban a diferentes horas y pos como uno estaba en la casa, pues otra vez nos sentábamos a comer y luego ya en la noche llegaba mi papá del restaurante y ¡otra vez a comer!

Estrella también recordó:

En México se le hacía a uno tarde para andar en la calle, y en la mañana agarraba uno la bicicleta desde la mañana y ya nomás daba la una y corréele a la casa a vestirse para que no se nos hiciera tarde para ir a la escuela, y pues en la escuela a veces ni comía nada porque en la hora del recreo preferíamos jugar que andar comprando algo para comer... estando allá es pura diversión!, y en México pues caminaba uno mas, uno nunca anda en carro.. recuerdo que al cruzar la escuela vivía mi abuelita y ahí dejábamos la bicicleta y cuando terminaban las clases la recogíamos y nos veníamos a la casa , aunque lloviera o tronara.....Y los fines de semana a veces salíamos que al café y que tacos, pero una vez al año.....aquí nombre salimos bien seguido, con mi esposo todos los fines de semana, pero aquí es diferente!.

Con frecuencia se ha considerado la obesidad como un fenómeno cultural norteamericano (AOA, 2003; Grogan, 1999; *Tolerance in the News*, 2002), pero ahora, tal como lo señala Peck (2003), se puede observar realmente como un fenómeno económico más amplio. El mantenimiento de la obesidad se debe a cambios en la preparación de los alimentos, la cada vez mayor frecuencia de trabajos de oficina y el delegar la preparación de alimentos a profesionales entrenados para hacer que la comida tenga un buen sabor y que la gente quiera más (Gershon y otros 2004; Crister, 2003; Mitchell, 2003; Thompson y Heinberg, 1999; Warrix, 2003). Además afirma que la principal causa del incremento en la obesidad en Estados Unidos es la disminución de la comida casera. Estas suposiciones se muestran en las siguientes afirmaciones:

Ruperto:

Déjame contarte de mis malos hábitos. Aunque haya desayunado como siempre lo hago en un restaurante, si voy al banco y veo las tortas de “Don Luis” yo me atrancó una, o si veo unos tacos yo me los como.... Así es como he desarrollado esta esplendorosa figura.

Candy:

En las tardes que me siento a ver la tele me la paso comiendo y acostada, no se porqué pero desde hace mucho tiempo me da por sentarme a ver la tele y estar acostada, y me la paso comiendo todo el “santo día”.

Pita:

Fíjate que yo gasto mucho en comidas fuera (de la casa), aparte las veces que compramos comida, casi siempre en la noche y generalmente son taquitos de maíz, yo soy de: ¡viva la masa!, y de lo dulce también! ..... soy “fan” de ir a comprar pasteles.

Los estudios realizados por Chou y otros. (2002) presentan un análisis económico de la obesidad en los adultos. Ellos encontraron que el conjunto de precios relativos en los alimentos, las medidas tomadas a nivel estatal relacionadas con el número per capita de restaurantes, el precio de una comida en restaurantes de comida rápida y de auto-servicio, y el precio de los alimentos consumidos en la casa, afectan la obesidad y la explican en un número sustancial de fuerzas societales. También señalan como detonadores de la obesidad el aumento de restaurantes de comida rápida y alimentos preparados en casa. En relación a esta aseveración, un comentario especial que captó la atención del investigador fue realizado por Julie; cuando se le preguntó aproximadamente cuántos días salen a comer fuera de casa a lo que respondió:

Todos los días de la semana, pero sábados y domingos mucho más”... “Aquí pa la Border” (refiriéndose a la frontera) uno esta impuesto a comer mucho,... fuera de eso, a mi en veces me gusta cocinar pero por ellos (sus hijos) a veces no cocino.

Alexis, otro participante, indicó:

Yo como fuera de casa una vez al día, voy a Mc Donald’s, Wattaburger, Burguer King, puras “fast foods”, y cuando entro aquí (al parque de besibol) yo me como una pizza o algo algo.....en mi casa siempre hay gallina, carne para hacer hamburguesas, carne siempre hay, carnes frías para hacer sándwich es, pero yo casi no como en la casa

Emma mencionó:

Yo prefiero comprar algo de comida y llevarlo a la casa, por ejemplo voy a la comida China, o que voy al “Golden Corral”(restaurante de servicio de todo lo que puedas comer), pido platillos para la casa, agarras el menú y pides esto y esto

La experiencia de Wally también ilustra este tema:

La mala costumbre empezó cuando me casé, Yo culpo a mi esposo de tener este peso, que yo había perdido antes de casarme. Nos casamos y escúchame porque es verdad!, comprábamos una bolsa de 20 libras de pancakes, porque a mi esposo le encantaban... y como éramos solo 2 raramente comíamos en casa, íbamos a comer pizza. Comprábamos tanta comida que yo me imaginaba como en el cine que te pasa un montón de comida alrededor de ti. Mira con decirte que para mi esposo, que es americano, salir a comer fuera no es precisamente comer comida rápida, sino cuando vamos a un restaurante y que hay meseros... Al menos una vez a la semana salimos a comer a restaurantes de “all you can eat” ( todo lo que puedas comer).

Como puede observarse es comprensible que en términos generales, la disponibilidad de alimentos saludables en el hogar es mucho menor en los entrevistados que salían a comer fuera de casa, aunque aún al preguntar sobre que alimentos se tenían siempre disponibles en casa se mencionaban productos que muchas de las veces no eran los más saludables por ejemplo Pita afirmó que tenía en su casa una variedad de quesos, carnes frías, yogurt, café y leche. Cuando el entrevistador le preguntó a Caly qué tipo de alimentos siempre estaban disponibles en su casa, ella dijo vacilante: “Bien....mmm... probablemente leche, jamón y queso”. Lucas comentó, “En mi casa siempre hay tortillas, frijoles refritos, mayonesa y carnes frías, queso o algo así”. Estrella dijo riéndose: “Cerveza, siempre cerveza”...no se crea!, también hay sopas instantáneas y leche. Jonás otro mexico-americano refirió que siempre había comida típica mexicana en su casa “ frijoles con nopalitos siempre,...mmm atole!...es que a mis papás les encanta la comida mexicana”.

### Influencia de los Medios

Además de la cantidad de alimentos disponibles y las proporciones mayores de comida que obviamente ofrecen más calorías, la cantidad de publicidad de comida por la

televisión y el consumo de comida fuera de la casa son factores medioambientales que influyen en la obesidad (Campbell y Crawford, 2001; Chou y otros 2002; Crister, 2003; Dietz, 2003; Gable y Lutz, 2000; Lakdawalla y Philipson, 2002; Peck, 2003, Nies y otros 1998; Vanderwater, Shim, y Caplovitz, 2004). La televisión también puede ser una poderosa influencia con imágenes reflejando los ideales de la sociedad en la actualidad y redituando una mayor insatisfacción con el cuerpo así como el desarrollo de desórdenes alimenticios (Grover y otros 2002; Rodin, 1993; Paquette y Raine, 2004; Thompson y Heinberg, 1999). En este sentido, el presente estudio encontró que uno de los factores que influye en el desarrollo de los desórdenes alimenticios son los medios de comunicación, específicamente ellos informan cómo los comerciales televisivos pueden inducir a las personas a comer, comprar y tener antojos. Los siguientes pasajes ilustran lo anterior:

Adelaido: Yo pienso que los medios de comunicación hacen que a la gente se le antoje comer, por ejemplo ves una pizza donde se le escurre el queso y claro que se te antoja!, o la nieve! Los medios no hacen que engordes pero hace que tu vayas y lo compres.

Lucas afirma:

Si, yo creo que tiene mucho que ver, sobre todo aquí en los Estados Unidos los comerciales para vender comida son impresionantes, y el gobierno tiene mucho la culpa porque dejan que ciertos medios utilicen comerciales donde se miran más deliciosas las comidas que están preparando....lo que más se mira durante los comerciales es comida, y también usan el método de que uno está gordo y entonces lo enseñan y dicen mira él tomó estas pastillas o esta bebida y venden productos que hacen que tu pienses que automáticamente va a trabajar por ti.

La evidencia encontrada por Thompson y Heinberg (1999) demostró que los medios tienen un rol poderoso en la formación de los desórdenes alimenticios. También afirmaron que la interiorización de ideales societales relacionados con el ser atractivo tiene un gran efecto sobre ciertos individuos, mientras que otros reciben los mismos mensajes pero no modifican su comportamiento de una manera disfuncional. Las palabras de Molly describen

cómo las presiones socioculturales pueden realizarse y cómo pueden afectar la imagen del cuerpo o apariencia relacionada con actitudes y comportamientos:

Bueno la auto-percepción es una construcción cultural, entonces yo pienso que en el momento en que tu para sentirte bien contigo misma necesitas autodestruirte entonces estamos hablando de una falla social importante. La sociedad está muy en la idea o sea todo este rollo que se desarrolla en los 80's con la estúpida de Jane Fonda y todo es ese rollo de que si estas gordo es porque no te quieres, o porque no tienes fuerza de voluntad... o sea este tipo de cosas afecta porque estas inmersa en una sociedad en que si a mí me gustas o no me gustas "equis", si tienes esta imagen vendida entonces resulta que quien tiene sobrepeso no nada mas tiene sobre peso sino que además eres feo, y además de ser feo eres estúpido porque estas así porque quieres y no te quieres a ti mismo y además eres una persona que tiene problemas a nivel psicológico, que no tiene voluntad, que tiene problemas en su vida, una persona poco responsable, o sea una serie de adjetivos innecesarios y no reales que se le han ido adjudicando a la persona obesa, entonces...como tengo sobre peso no valgo ni madre.

La mayoría de los estudios de mercadotecnia social definen al consumidor como la persona individual afectada por los medios masivos de comunicación, por las principales compañías publicitarias, por los productores de televisión, y todos aquellos quienes en realidad son promotores de mensajes tóxicos (Cash y Henry, 1995; Paquette y Raine, 2004; Rothblum, 1999). Los individuos que están más en riesgo de tener problemas de peso son aquellos que responden de manera diferente a la publicidad. En los siguientes segmentos algunos informantes exhiben estas suposiciones: "Yo creo que depende de la persona porque hay un montón de gente que ve películas y ven a individuos con un cuerpo perfecto, pero ellos no les preocupa comer porque saben que nunca tendrán aquel cuerpo, y simplemente comen". Estrella, es otra mujer mexicana norteamericana que declaró estar influenciada por los anuncios televisivos, pero es importante hacer notar en sus propias palabras como se distorsiona el mensaje recibido.

Mira en la tele rara ves he visto una persona gorda, todo el tiempo en la tele sale gente pues bien acá (buen cuerpo) y pues uno las vé que todo el tiempo comen porquerías y uno dice ah! pues si ellas están así de flacas comiendo papitas.....porque a ver

¿cuando has visto a una persona gorda comiendo papitas?..... Nunca verdad?..  
Entonces yo digo: ¡mira algún día voy a estar como ella, comiendo papitas!

### Respuesta al Estrés Emocional

Los factores psicológicos, tales como utilizar la comida para resolver los problemas personales o para manejar el estrés emocional, dan como resultado una ingestión excesiva de alimentos, lo cual juega un rol importante en el mantenimiento de la obesidad. Estudios relacionados con los desordenes alimenticios apoyan el hecho que algunos individuos comen en respuesta al estrés emocional (comer compulsivamente) y por lo tanto tienen un mayor riesgo de ser obesos (Decaluwé y otros 2002; McFarland y Backer-Bauman, 1988; Sondermayer, 1995). Este tema fue demostrado en las siguientes afirmaciones.

Wally:

Si, la mayoría de la gente que he conocido que está como yo (con obesidad extrema) comen cuando tienen un problema, pero el problema es que te dan ganas de comer ésto y que ganas de comer lo otro.

Esmeralda:

Para mi la comida no es tan importante yo me puedo quedar sin comer horas pero cuando me da eso, me da por comer... y que no traiga problemas porque relativamente yo no tengo problema, pero me da por comer

La palabras de Candy reafirman esta situación:

Cuando murió mi hijo, que me lo atropellaron, no pos subí más de peso... si subí más y más y más, porque cuando murió pesaba como 104 y luego llegué a pesar 130 en algunas semanas.....Si, yo me he fijado que entre más tengo problemas, más como y como y como.. Y yo siento que aquello me hace daño y sigo comiendo o sea que ya no es hambre.

Los participantes también mencionaron aumentar de peso durante tiempos estresantes.

La angustia es una reacción emocional a una situación adversa (Rydén y otros, 2001). Una de las estrategias utilizadas por la gente obesa para manejar los disturbios emocionales fue refugiarse en la comida. Lisa ilustra esta situación:



Si, en solo 6 meses subí como 50 libras y yo se lo atribuyo al stress porque se siente uno como “worthless”( sin valor) ... bueno yo no tenia fuerza de voluntad porque yo me sentía como que no sirvió todos los años que fui a la Universidad para encontrar un trabajo bueno, según yo tenía la idea de que cuando acaba uno la escuela iba a ayudar a sus papás pero yo seguí yo en la misma situación en mi casa, sin ayudarlos financieramente....yo pienso que eso fue..... y me veía y comía más y cuando comía decía para que comí.....pero nunca llena uno y hasta que ya está uno enfermo del estómago o equis cosas es cuando deja de comer”

De acuerdo con Caldwell y Kimball:

Durante un episodio de comer compulsivamente, las personas comen grandes cantidades de comida mientras que sienten que no pueden controlar cuánto están comiendo; estas personas pueden tener más dificultad en perder peso y mantenerlo, que aquellas personas que no tienen el problema de comer compulsivamente” (2001, p. 18).

Algunos informantes narraron sus experiencias en relación con esta afirmación:

Lisa:

Mira, cuando yo estoy mortificada o estresada yo como lo que sea. Por ejemplo a mi no me gustan las papas fritas o la carne de puerco pero cuando yo tengo alguna tensión, yo como lo que se me atravesie, tostadas, taquitos, tamales y eso es lo que me hace engordar.

Candy:

Si yo me he fijado que entre más tengo problemas más como y como y como.... Y yo siento que aquello me hace daño y sigo comiendo lo que sea aunque ya no tenga hambre.

### Fiestas Relacionadas con Comer en Exceso

La influencia de la cultura y sus repercusiones en el comportamiento alimenticio están asociadas con la presencia y mantenimiento de la obesidad (Campollo, 1995; Marquez, 2000;Grogan, 1999). Otra categoría vinculada a comer en exceso son las fiestas. De acuerdo con Rodin (1993) ninguna celebración estará completa sin comida. Compartir los alimentos establece una comunión y conexión en todas las culturas. La mayoría de las religiones donde las ceremonias inician y terminan con un banquete, algunos alimentos o prohibiciones de

alimentos son útiles como signos de membresía al mismo grupo social; por lo tanto, se relacionan con las creencias, reglas o ideologías societales (Rodin, 1993; Caldwell y Kimball, 2001; Marquez, 2000).

Factores culturales relacionados con la elección de patrones alimenticios aparentemente tienen un rol en mantener la obesidad, específicamente porque las fiestas se asocian con comidas altas en grasas y azúcares. Los informantes describieron las fiestas como un factor importante en las experiencias vividas por las personas obesas como determinantes en el mantenimiento de la obesidad. La siguiente declaración ejemplifica este tema: “Bueno, en navidad siempre hay tamales y menudo pero hasta que llega el año Nuevo, te la pasas comiendo. En los cumpleaños mi papá prepara la comida que mas nos gusta a mi me encanta el mole y el pastel con mucha nieve”.

Christian entre muchos afirmó:

Pues mira como somos pocos siempre nos juntamos aquí en la casa, con mis tíos mi abuela a veces con mi bisabuela y hay buffet!, todos llevan comida, tamales, pavo, pastel de carne... mira nunca hemos sido de postres si acaso uno que lleva bombones, y en año nuevo pues nos juntamos para hacer “peda”(tomar bebidas alcohólicas), lo que nunca ha faltado son las 12 las uvas con su copita, abres la sidra, y eso si la clásica de que te sales a barrer afuera y la maleta a la esquina, y ahora en cuaresma a mi mamá le encanta estar en la cocina y en los cumpleaños no tienes que recibir invitación todo mundo viene y pues por lo general carne asada y en mi cumpleaños me encanta el pastel de dominó.

Aún más, Estrella, quien es mexicana norteamericana, comentó cómo las comidas tradicionales mexicanas y mexicano norteamericanas se combinan durante las fiestas:

Nosotros celebramos las fiestas de todas formas, bueno como el año pasado hicimos tacos de cabeza, tamales, ensalada y mole, es chistoso pero en las festividades siempre comemos comida mexicana aunque a veces nosotros lo combinamos con comida americana como el pavo, pasta o mariscos.... En navidad mi mamá cocinó un pollo enchilado, arroz y sopa fría...con mi cuñada había tamales, gorditas..... bueno aquí el día ultimo del año siempre festejamos a mi hermana porque cumple años y este año yo le hice pozole...y en cuaresma es igual preparamos mariscos, pescados. ¡nosotros celebramos toda la semana santa con comida!.

Marcos a su vez explicó:

Mire, es un ritual que hemos seguido a través de los años, antes por decir vamos a hablar de la navidad, era una tradición de matar un puerco y juntar a toda la familia de mi papa y que las señoras grandes con sus hijos iban al rancho y era una fiesta nacional...ahora también comemos tamales, pero ahora los compramos, todos los días navideños es una comida muy fácil, se meten al micro y luego la ponen en el comalito.

Las fiestas también se relacionan con la cantidad de comida consumida. Caly explicó en relación a este aspecto:

Nosotros celebramos las fiestas con mucha comida, buñuelos, ponches, carne asada, pozole, pavo a veces, tamales de vez en cuando y en el año nuevo, lo mismo en un buen ambiente familiar y comidas típicas de México.

Lucas aseveró:

Mira en esas fiestas como navidad, día de acción de gracias e año nuevo, se acostumbra comer mucho, creo que demasiado, y bueno son épocas de descompasarse (que no se mide uno con lo que come) así es aquí en los Estados Unidos es uno de los tiempos más difíciles para la gente que está tratando de bajar o mantenerse de peso.

El fracaso en perder peso es otra categoría en el mantenimiento de la obesidad que merece una atención significativa al comentar los resultados encontrados en el presente estudio. Este patrón es un tema importante que emergió como factor que determina el mantenimiento de la obesidad y será explicado enseguida.

### Enfoques para Bajar de Peso

Los resultados del estudio identificaron dos categorías principales en relación con las percepciones de las personas obesas al intentar bajar de peso. La primera categoría incluye a seis informantes, aquellos que nunca están a dieta, quienes fueron precisamente las personas que tienen una imagen positiva de su cuerpo. La segunda está constituido por 20 personas que han intentado diferentes tipos de dietas, así como una variedad de maneras de bajar de

peso. En relación con este patrón los informantes revelaron sus fortalezas y debilidades al intentar perder peso. Las fortalezas principales que dijeron tener los informantes cuando tenían éxito en perder peso están correlacionadas con la motivación y el apoyo social, preparación de alimentos y aquellos que intentaron perder peso para un evento especial. Los entrevistados declararon que las dietas no funcionan cuando hay: problemas económicos y no hay apoyo de los miembros de la familia, si están desmotivados por la asistencia profesional. Todos los entrevistados que pertenecieron a esta categoría declararon haber perdido y ganado peso varias veces. Los resultados de esta investigación muestran las elecciones y métodos que las personas obesas seleccionan al tratar de perder peso, junto con los factores determinantes para lograrlo. Además se analizó porqué las personas dejan la dieta, al igual que cómo los participantes visualizan su recaída (ver figura 4).

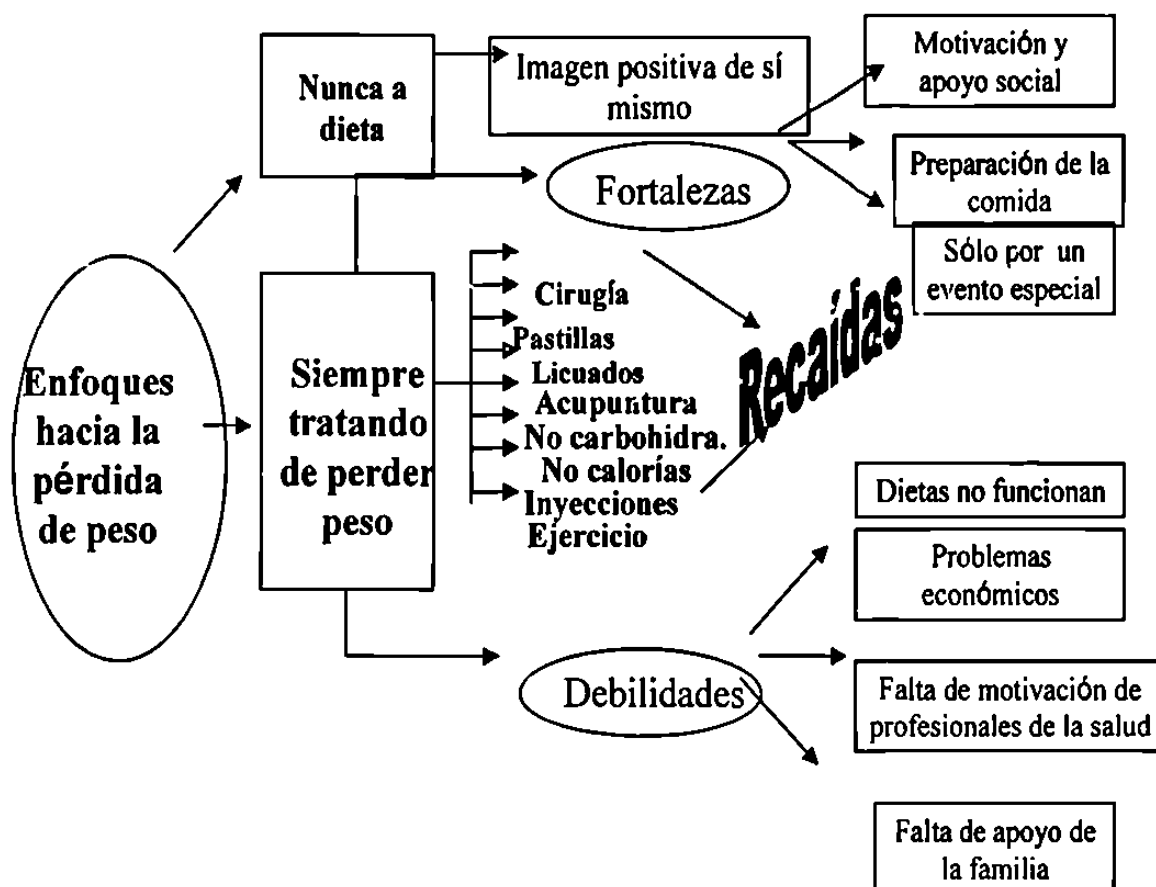


Figura 4. Intentando perder peso.

### Nunca a Dieta

Hacer dieta es un fenómeno importante en la sociedad occidental. Hay evidencia que la mayoría de las personas intentan bajar de peso haciendo dieta; de hecho, las autoridades de salud motivan las acciones realizadas hacia la pérdida de peso, así como el envío de mensajes a través de los medios relacionados con mantenerse esbelto y hacer dieta. Sin embargo, tal como lo establecieron Crawford y Cambell (1998) no todos los que tienen un peso excesivo desean perderlo a través de una dieta. Esta interesante característica fue encontrada en algunos informantes:

Alexis:

No se como decirlo yo casi nunca hago eso de dietas lo que hago es que no como, solo le corto a lo que como le corto al lonche pero nunca duro con una dieta.

Gustavo:

Pos una vez trate de bajarle a las tortillas en vez de un kilo me comía medio...jejej... pero si fácil me como un medio kilo yo solo.. Yo nunca sigo una dieta solo una vez trate de comer menos tortilla.

Jonás declaró:

No, nunca sigo una dieta pero a veces tomo más agua que sodas o dejo un poco la tortilla, pero una dieta no, nunca y es que tengo una prima que se pone a dieta muy seguido pero luego aumenta más.

Julie afirmó:

No, no aguanto ni una dieta me falta "willpower" (falta de voluntad) comienzo pero no la termino. Una vez deje de comer...nomás una semana (se rió) y lo que pasa es que tenia un casamiento de una sobrina en Illinois y el vestido me quedaba al cuerpo y a mi no me gusta que la ropa me quede al cuerpo

### Siempre Intentando Perder Peso

Probablemente ningún tema relacionado con la obesidad genera más preocupaciones que tratar de perder peso. Caldwell y Kimball (2001) afirman que una razón del bajo índice

de éxito para perder peso haciendo dieta es que muchas personas buscan soluciones rápidas y mágicas a la obesidad (por ejemplo, pastillas, aparatos y programas rápidos) y dietas de “comer todo lo que desean y al mismo tiempo perder peso” que ofrecen las expectativas de ser más delgado. Ellos afirman que aproximadamente 8 millones de norteamericanos cada año ingresan en algún tipo de programa estructurado para perder peso realizando regímenes especiales de dieta o dietas líquidas y que aproximadamente 8,000 centros dietéticos comerciales trabajaban en Estados Unidos, principalmente por compañías reconocidas. Las siguientes citas confirman estas suposiciones:

**Checo:**

Yo he tratado todas las cosas para perder peso, la de Quita Kilos, la de la Clínica Theo, también fui con una nutrióloga, esa era una combinación de equivalencias en las comidas, pero no me dio resultado, luego la acupuntura, unas pastillas que me hacían orinar, y que en la primera semana baje 7 kilos y luego 5 y luego 2 y luego ya la dejé, y luego volví a engordar, también hice la dieta baja en carbohidratos y con esa dieta bajé como 7 kilos pero volví a aumentar si, porque yo las dietas que dejo vuelvo a subir, luego fui a otra que te ponían inyecciones en la panza y bajé como 10 kilos en 15 días y también la dejé, luego fui con un tal Dr. si pero ahí se la bañaban( era muy estricta) yo no aguanté porque la cena era una fruta... ¡puede creerlo, una fruta!, no aguanté

**Adelaido:**

Siempre trato de perder peso....mi primera dieta fue como a los 8 o 9 años que me metieron a Quita Kilos, porque mi papá se metió a QK en aquel entonces y bajó 20 kilos entonces me metieron pero yo comía entre comidas claro que nunca bajé, y ya en la secundaria típico que te quieres poner a dieta. Mi primer dieta seria fue en la “clínica Theo”pero era todo medido, en la mañana medio jugo de naranja un pan y 4 rajadas de jamón sin mantequilla ni mayonesa, me daban mucho potasio porque era bueno para el corazón, pero también eran pastillas para que no te diera hambre y en la mediodía era carne y si comías frijoles o sopa no comías tortilla, entonces las pastillas te ayudaban a reducir grasas y en la cena que tenía que ser a mas tardar a las 6 de la tarde y era “All Bran” y si bajé pero no sé si yo seré muy negativo yo estaría como en 3º de prepa y en esa época a mi papá lo desocuparon del trabajo y eran caras las pastillas del tratamiento y entonces dije: ¡yo con la pura dieta no la voy a hacer!, me estabilizaron por dos meses y pero cuando me dijeron ya no te la vamos a poder pagar dejé la dieta y volví a aumentar lo doble.

Para la mayoría de los consumidores, la dieta para perder peso necesita poder seguirse durante un periodo largo de tiempo; sin embargo, los medios a través de la publicación de una gran variedad de dietas han popularizado el concepto de “éxito instantáneo” para perder peso (Ball y Lee, 2000; Campollo, 1995; Crawford y Cambell, 1998). En general, esta investigación descubrió que quienes hacían dieta utilizaron múltiples técnicas y estrategias para perder peso, incluyendo una variedad de dietas tales como la ingestión baja de calorías, baja en carbohidratos, sistemas de intercambio, batidos y muchos más. También experimentaron inyecciones y acupuntura, actividad física, terapia conductista, farmacoterapia y cirugía (banda gástrica), así como una combinación de estas estrategias. Este tema se demuestra en las siguientes afirmaciones:

Emma:

Yo he seguido una variedad de dietas por ejemplo las de comer puras verduras, no grasas, no azúcar cuando llegue a pesas 215 libras yo tenía los 21 años fui con el doctor que me dio algunas tabletas y unas inyecciones y no lo me lo vas a creer pero yo bajé mucho, pero después que tuve a mi hija volví a pesar las 350 libra, ahora espero ser candidata para una cirugía.

Molly: Yo empecé a hacer dieta desde que tenía 5 años, desde entonces toda mi vida he estado ha dieta, pero nunca llego a bajar de peso, a veces bajo.....el divorcio de mis papás coincidió cuando empecé a tomar anfetaminas fui adicta a las anfetaminas y cuando tenía como unos 18 años....comencé a desmayarme, empecé a tener problemas de desmayos y ese tipo de cosas y las tuve que dejar, con la dieta de baja en carbohidratos yo perdí mucho calcio, luego hice otra dieta que hizo que me diera apendicitis, Ahora lo que quiero es ponerme la banda gástrica otra vez.

Campollo (1995) señaló que en general la gente sabe, o por lo menos está bien informada, sobre lo que necesita hacer para bajar de peso; sin embargo, no aplican las recomendaciones. Las personas que constantemente se preocupan por su peso consideran que perder peso es un verdadero tormento. Van de fracaso en fracaso y terminan con dejan de intentar cualquier alternativa que sea ofrecida o que vean. Sin embargo, atrás de este

desorden está la falta de convicción y voluntad en la persona obesa y la inconsistencia en los esfuerzos para perder peso (Campollo, 1995; Coggiola, 2000; Grogan, 1999; Rodin, 1993). El estudio encontró que algunas personas reconocen que la única manera de perder peso y estar saludables es a través de hábitos saludables y cambiar sus patrones alimenticios como una nueva manera de vivir. Algunos de los informantes están concientes de ello como Pita, quien afirma:

Yo estoy bien convencida de que una buena alimentación, un buen régimen te va hacer adelgazar a menos que tengas un problema hormonal, yo se que si voy a Quita Kilos o hago cualquier dieta yo voy a adelgazar, el problema es que no quiero, no quiero porque? No sé!

Dolly:

Yo sé que lo mas importante que tiene uno que hacer es una nueva forma de vivir, uno necesita aprender cómo cocinar qué tipo de comida necesitas, tener en casa lo necesario como vegetales, todo asado, al vaporcito, otra cosa importante es caminar no importa donde, si es invierno puedes caminar en el Mall. Lo mas importante es mantener el enfoque y aprender a decir no!

Tal como establecen los profesionales de la salud y todo el personal que ofrece asistencia a las personas obesas, es substancial reconocer que hacer dieta es un compromiso a largo plazo, que los clientes deben estar concientes del tiempo que tomará alcanzar la meta a largo plazo y que una dieta necesita adoptarse de por vida (Campollo, 1995; Crawford y Cambell, 1998; Cogan y Ernsberger, 1999; French et.al., 1999; Roberts, 1999). Sin embargo, esta investigación mostró excepciones tales como las creencias de Molly al describir sus sentimientos, pensamientos e ideas relacionadas con el proceso de hacer dieta y sus respuestas al respecto:

No te imaginas la cantidad de veces que se me rodaron las lagrimas de estar oyendo que tenías que estar a dieta toda la vida, que tenías que cuidarte toda la vida, etcétera y todo se veía tan eterno y es que tu no sabes la cantidad de veces que yo lloré ante un chocolate ...y yo me preguntaba: ¿por que "chingados" yo no me puedo comer un chocolate?.. Y es que tu crees que porque estas dada de alta ya puedes comer de



todo.....!me comí una paleta! y sentí que yo me hubiera muerto feliz al estarme comiendo esta paleta

### Fortalezas

La revisión de la literatura en este tema muestra que los factores medioambientales influyen en el control de peso, señalando la importancia del apoyo externo durante el tiempo de hacer dieta (Birch, 2002; Brownell, 1998; Schmidt, 2002, Stuart, 1967; Sondermayer, 1995; Young y Nestle, 2002). Los entrevistados indicaron una variedad de opciones para ayudarles a perder peso; estas opciones incluyen cambiar los hábitos alimenticios, preparación de alimentos y el apoyo de la familia, amigos y compañeros. El apoyo social que la persona tenga, es también un factor importante para perder peso con éxito. Young y Nestle (2002) enfatizan que la familia, amigos y compañeros de trabajo pueden proporcionar una variedad de apoyos, incluyendo el soporte emocional, instrumental, muestras de valoración y la motivación como aspectos contribuyentes en los cambios en el comportamiento.

### Motivación y Apoyo Social

Las personas que están aisladas son más propensas a llevar un comportamiento de alto riesgo y dejar la dieta que aquellos que están en una red de apoyo de relaciones sociales tales como la familia, amigos y compañeros de trabajo que son influencias importantes en los comportamientos saludables (Miller, 1999, Pierre, 2003 ). Pierre (2003) comprueba que existe una importante relación entre la disponibilidad a un cambio en la dieta y el apoyo de los compañeros de trabajo y del hogar, encontrando que tienen un rol importante en la influencia de los hábitos alimenticios. Las palabras de Adelaido confirman este hecho:

Mi papá me dice todos los días que debería de comer como él, o sea un poquito arroz, poquito frijol, poquitos nopales, pero me dice ¡Nombre tu te echas dos platos de cada cosa!.... Mi papá es muy buena persona y mi mamá también. Ellos siempre me ayudan a que baje de peso.

De acuerdo con Caldwell y Kimball (2001) el tener el apoyo de otros es una buena manera de mantener los nuevos hábitos alimenticios y conservarlos. Tal como Emma narró:

Mi sobrina preferida me dijo un día: mira tía, me voy a poner a dieta, por favor no me invites a comer fuera, yo le dije: bueno, entonces porqué no nos ponemos todos a dieta?, Y no lo creerás pero me quité como 30 libras!

Así mismo, Lucas expresó:

Mira, yo tengo tres meses siguiendo la dieta de Atkins, y ya perdí 41 libras, y yo había hecho esta dieta muchas veces antes, sin embargo, esta es la primera vez que mi hermano, mi mejor amigo y más gente que conozco también empezaron con esta dieta. Eso fue justamente lo que me motivó a empezar esta dieta, y ahora lo que me motiva es que me veo en el espejo y miro como nunca he estado, Ahora no puedo ni poner la ropa que yo había usado antes y eso me hace sentir lo máximo.

### Preparación de Alimentos

Varios de los entrevistados coincidieron en que una de las fortalezas para bajar de peso, fue la ayuda de alguna persona en la preparación de los alimentos. Al respecto se exponen algunas narraciones de las ocasiones que habían perdido peso con éxito:

Roxana:

Recuerdo la única vez que bajé mucho de peso, yo tenía una persona que me ayudaba mucho en la cocina, ella preparaba todo lo de mi dieta, ella me ponía todo lo que debía comer ya pesado y con las cantidades exactas en el comedor...!ahí estaba toda la comida, que yo necesitaba!...yo no tenía que entrar a la cocina para nada

Wally:

Mira una vez que si baje mucho de peso yo llevaba una dieta de 21 días...no me acuerdo quien me la dio y mi mamá me ayudaba porque ella me preparaba y me ponía lo que tenía que comer ahí y yo no me metía a la cocina para nada.. Era una dieta como de 1200 calorías.... Y si rebaje mucho! ... pero que si yo llego a la carrera a la cocina y no tengo nada preparado, me como lo que haya..... pero si tengo yo preparado mas o menos lo que voy a comer y desde un día antes estoy preparada para la hora que llego no hay problema.

Emma narró cómo su esposo le ayudó a perder peso:

Mi esposo siempre ha sido un gran apoyo cuando estoy a dieta, por ejemplo yo le digo, oye voy a hacer una dieta, y me dice, cual vas a hacer? No pos esta, y ya cuando llego me dice ahí están tus verduras, (para que no llegue con mucha hambre y agarre lo que sea)...es muy detallista por ejemplo me tiene fruta picada, me compra mis frutas, mis verduras, siempre me ha apoyado, si me toca un jugo en las mañana, él me lo hace, cuando no tengo tiempo.

### Sólo para una Ocasión Especial

Los sujetos que tuvieron éxito en bajar debido a la modificación de sus patrones alimenticios mostraron reducciones significativas en su peso, y hay quienes lo hicieron pero sólo para una ocasión especial. Estas aseveraciones son ilustradas en los siguientes párrafos y muestran cómo los entrevistados llegaron a perder peso. El caso de Lucas es uno de ellos, él narró:

Una vez pasé un tiempo en México y bajé mucho de peso en ese año, y cuando regresé a los Estados Unidos regresé bien flaco, lo que pasó fue que en México, las comidas eran normales pero si me acuerdo que no comía tortilla, ni comidas muy grasosas, mucho pescado, cosas que me daban mejor salud, hacía mucho mas actividad física yo me encontraba mucho mas andando en bicicleta que aquí, aquí tu sabes el clima es muy duro, y es muy difícil hace muchas cosas, y poco a poco empecé a ganar peso otra vez, y cada vez más.

Otro informante que tuvo una pérdida de peso considerable fue Ruperto, quien debido a un ataque cardíaco fue obligado a bajar su ingesta calórica, quien relató el incidente:

Mire yo pierdo y gano peso cuando yo quiero, ahora que estuve malo del corazón pos a comer vegetales, y bajé como 70 libras.

Ary, es otro participante en el estudio, quien después de un accidente, empezó a aumentar de peso y alcanzó las 349 libras. A la fecha de la entrevista ha perdido aproximadamente 100 libras en un año. Cabe destacar que Ary cumplió con los requisitos de elegibilidad para el estudio, quien narra como fue que se enfocó a cambios especiales en sus patrones alimenticios, en lugar de perder peso con dietas “sin esfuerzo”, mágicas o fáciles.

Cuando el investigador preguntó las razones por las cuáles había cambiado sus hábitos

alimenticios, Ary respondió:

Dos cosas, mis bebes y mi esposa”, ellos fueron quienes finalmente me sacaron de mi depresión”. Ary Afirmó que cambió su rutina para incluir una dieta balanceada y saludable, dejó las comidas con grasa y fritas. Actualmente, come pequeñas porciones de alimentos y ha agregado más frutas, vegetales y granos completos a su dieta.

### Debilidades

#### Las Dietas no funcionan

Hacer dieta es un factor significativo de riesgo para el desarrollo de desórdenes alimenticios y dejan efectos de mala adaptación que son peligrosos para la salud psicológica (McFarlane y otros, 1999; Mellin y otros, 2002; O’Connor y otros, 2003; Rodin, 1986). Muchos factores críticos se asocian con la recaída después de una dieta para perder peso. Una gran proporción de las personas han incursionado en prácticas alimenticios restringidas y han experimentado resultados dañinos y con frecuencia no exitosos. La literatura en esta área indica que hacer dieta tiene un impacto negativo en el bienestar psicológico (Mahan y Mahan, 1995; McFarlane y otros 1999; McFarlane y Backer, 1988; Pierre, 2003). Aún más, los individuos abandonan las dietas y regresan a “comer como siempre”. Este tema se demuestra en los siguientes párrafos:

Esmeralda:

Lo que pasa es que uno ya esta cansado de dietas, y luego si hace uno la dieta por mucho tiempo te aburre.

Gally:

Yo nunca bajo de peso, y nunca hago las dietas bien, la doctora me da un montón de consejos pero yo nunca los sigo, y sigo comiendo mi carne guisada, aunque a veces me da vergüenza.

Roxana:

Ahora estoy en dieta, pero necesito no salir, porque si salgo olvídale! Si voy a ir a una reunión social necesito comer primero...!soy un desastre!, ayer vino mi vecina a pedirme azúcar y me trajo tacos y coca....renuncié! y me los comí!

Mizael:

El doctor me dijo: lo que tu necesitas es perder peso, y me dio una dieta. Pero no podrás creerlo!.. el quería que comiera 200gr de esto y que 100 gramos de lo otro. No y no!, no puedo con eso.... Y claro que abandoné la dieta.

De acuerdo con MacFarlane y otros (1999, p. 261) “Hacer dieta puede llevar a una variedad de resultados psicológicos negativos, incluyendo disturbios en el afecto, autoestima, cognición y comportamiento alimenticio”. También proponen que ciertos métodos de hacer dieta tienen efectos adversos en el humor. Principalmente las dietas bajas en calorías y ayunos de largo término se asocian con incremento en la ansiedad, nerviosidad, irritabilidad, enojo, frustración y depresión (Chen y Dietz, 2002; Ebbeling y otros 2002). Las siguientes citas ilustran este tema.

Molly:

Todas las dietas que he hecho en mi vida me enferman, cuando era niña mi hermana tenía sarampión, y a mí no me dio, pero desde que estoy a dieta, siempre estoy enferma.

Lucas además lo asocia con problemas de stress:

Yo creo que en tiempos donde uno tiene muchos problemas...., creo que en esos tiempos una de las cosas que hace la gente es comer, y en lo último que piensas es en hacer dieta. Cuando uno está preocupado de lo que sea tu comes más y más.

Es importante resaltar la respuesta de uno de los entrevistado que declaró: “Para mi es tan difícil hacer dieta....es como.... ¡como si te enterraran un cuchillo!”

### Problemas Económicos

Los entrevistados afirmaron que una razón de los fracasos para perder peso es debido al problema económico para mantener la dieta. Desafortunadamente, la comida saludable es a menudo más cara que la comida rápida. Como establece Molarius (2003) las personas

constantemente optan por lo que su situación financiera permite –comida de baja calidad y alimentos rápidos y más baratos. Los entrevistados refirieron su situación económica, como una de las razones por las que habían dejado la dieta o el tratamiento para perder peso. Los siguientes testimoniales señalan este importante tema vinculado al fracaso para perder peso y a las recaídas.

En relación con este tópico Gustavo afirmó:

Yo veo un montón de cosas en la televisión para reducir mi sobrepeso, y pienso a cerca del problema económico, porque yo veo los jugos o los licuados para perder peso, pero no tengo como comprarlo, porque a veces tengo trabajo y a veces no.

Ivy:

Mi papá me estaba pagando la dieta con el doctor porque él quería que yo bajara de peso, pero como era muy caro, yo creo que si era muy caro, yo pagaba 1, 500 pesos al mes.

Candy:

Hace mucho tiempo yo perdí muchos kilos con la dieta de “Quita Kilos”, pero todavía recuerdo que el único motivo por lo que no pude llegar a la meta y ser un miembro vitalicio fue debido a problemas económicos, no pude pagar la inscripción.

Emma:

Cuando llegué a las 350 libras yo me dije “tienes que hacer algo”, comencé a tomar pastillas e inyecciones, pero el tratamiento era muy caro, las inyecciones costaban 12 dólares cada una y las pastillas 80, recuerdo que solo pude pagarlo por 3 meses, después volvía a mi peso.

### Desmotivados por la Asistencia Profesional

Los entrevistados de esta muestra refirieron que el apoyo social es una categoría importante en relación con el fracaso o éxito para perder peso. La evidencia de esta investigación sugiere que un factor en el fracaso para bajar de peso fue ser desmotivado por los profesionales de la salud (por ejemplo, médicos, nutricionistas, enfermeros, instructores

en grupos de autoayuda) al proporcionar asistencia clínica. Los siguientes párrafos muestran esta situación.

Lucas:

Mi doctor me dice que son muchas cosas en contra, primero mi edad, y dice que cada vez se me hará mas difícil el perder peso....eso me enojó muchísimo!

Caly:

Fui al seguro social a pedir ayuda, pero al nutriólogo ni le importó, ella solo me transfirió con un profesor de yoga que se suponía iba a ayudarme a perder peso

Mizael:

Mire, yo fui con un nutriólogo y el nutriólogo me desahució, me dijo: “yo no te puedo poner una dieta, porque si te pongo una dieta te puedo descompensar y te puede dar un ataque del corazón. Estas muy gordo!”

#### Sin Apoyo de los Miembros de la Familia

Una categoría importante que emergió en relación con el fracaso para perder peso fue el apoyo de los miembros de la familia. Al crecer en una familia donde había abuso emocional, físico o sexual, se envía el mensaje de que el individuo no es amado, aunado a la no satisfacción de las necesidades sociales; esto, de acuerdo con Nakken (1999) tiene un fuerte impacto en la autoestima y en el valor que se tiene de si mismo. Aún más, Marques (2000) afirma que no es extraño que algunos miembros de la familia de una persona obesa utilicen estrategias de sabotaje durante sus intentos para perder peso. Los siguientes párrafos muestran estas suposiciones:

Esmeralda:

Lo que pasa es que ellos (refiriéndose a los miembros de la familia) empiezan a comprar cosas que tu no debes comer, y eso me hace poner furiosa, porque ya saben que se te antoja, entonces te preguntas entonces, ¿Cuál es la ayuda?

Ramiro quien tiene un IMC de más de 50 declara:

Yo pienso que es muy difícil seguir una dieta cuando hay tanta comida en la casa, Yo le digo a mi mamá ¿como voy a perder de peso si todo el día te la pasas cocinando?

Steve también declara:

Desde chiquillo mi papá me decía donde está mi gordo?...y ese era yo!. Mi papá así me decía, mi mamá también, ella nunca me puso a dieta, al contrario a ella lo que le apuraba es que comiéramos bien, y si queríamos más y si se acababa porque hizo muy poquito nos hacia más a todos.

### Recaídas y Sentimientos Relacionados con el Fracaso

Otro importante aspecto vinculado al fracaso para perder peso son los sentimientos asociados con las recaídas. Entender porqué las personas ganan nuevamente el peso perdido es una preocupación particular asociada con la obesidad. Las consecuencias psicológicas del mantenimiento sin éxito de la pérdida de peso pueden causar angustia para muchas personas que luchan contra la obesidad. El medioambiente también es un fuerte determinante de la recaída; la disponibilidad de alimentos, las porciones grandes de alimentos y la menor actividad física son factores que han impactado a algunos entrevistados para aumentar nuevamente de peso. La información publicada conecta el volver a aumentar de peso a factores tales como las emociones, el fracaso por alcanzar el peso-meta, ausencia de apoyo social así como a la ingestión restringida de calorías (Mahan y Mahan, 1995; McFarlane y otros 1999; Van-Strien, y Owens, 2003). En términos generales, los entrevistados afirmaron haber tenido recaídas en sus esfuerzos por perder peso. Los siguientes segmentos muestran estas afirmaciones.

Lucas:

He hecho muchas dietas como la de baja en grasa, he hecho dieta donde comía muy poca comida y en todas las dietas siempre he perdido peso, el problema siempre ha sido que dejando la dieta las costumbres vuelven y regreso no solo al peso sino que lo que perdí lo aumentaba y a veces más.



Lisa:

Cuando estoy en dieta, bajo 5 y aumento a 10 o pierdo 5 y aumento 10, y entonces me desanimo más y deseo mejor nunca haber estado haciendo dieta.

Sondermeyer (1995) afirma que algunas veces se desarrolla una asociación entre la dieta y comida, lo cual puede ser sinónimo de culpa, castigo o privación, a menudo resultando en comportamientos severos así como amenazas serias a la salud. Aún más, Campollo (1995) dice que uno de los temas principales relacionados con hacer dieta es tener expectativas demasiado ambiciosas, tales como querer bajar 10 kilos en un mes sin dejar de comer lo que a la persona le gusta más, no hacer ejercicio, o hacer cambios en sus hábitos. Junto con estas suposiciones, Sondermeyer sugiere que los sentimientos, pensamientos y emociones reprimidas tienen un gran poder y juegan un rol importante en el fracaso o éxito de cualquier meta deseada. Desde la perspectiva de quien hace la dieta, perder peso y mantener lo que se ha perdido ha sido un problema difícil, complicado y molesto. La mayoría de las personas entrevistadas saben lo que necesitan hacer para bajar de peso, saben que reducir las calorías o hacer ejercicio funciona. Sin embargo, las actitudes y sentimientos sobre el proceso de hacer dieta en el esfuerzo intencional de perder peso son impresionantes, con un disturbio emocional más profundo.

Como afirma Ruperto:

Mire yo pierdo y gano peso cuando yo quiero, ahora que estuve malo del corazón pos a comer vegetales, y bajé como 70 libras pero ya aumenté eso y más.

Roxana:

Pues mira yo como y luego estoy muy apenada, muy mortificada por mi falta de voluntad y...o sea como algo y luego me estoy lamentando, ni lo estoy saboreando, pero yo pienso que me falta que esté alguien conmigo llevando la dieta...o sea yo siento que todo mi problema es cuando estoy muy mortificada, le entro a la comida.

Molly:

Una de las cosas que más odio y que yo sé que a nivel psicológico me causan más repulsión a bajar de peso es que bajas de peso y toda la gente se siente con derecho a hablar mal de la persona que eras antes.. o sea todo ese rollo de que: ¡que bueno que bajaste de peso porque tan gorda que estabas! y ....o sea el rollo de .....digo yo sigo siendo la misma persona y a nivel sentimental soy la misma persona, mis puntos de vista sobre la vida y mi visión del mundo sigue siendo la misma... cuando dicen a una persona que recién bajó de peso que bueno por tu salud! yo me enfurezco y le digo....no me vengas a joder que porque que bueno por tu salud porque yo todas la enfermedades fuertes que he tenido en mi vida fueron a causa de una dieta.

Caldwell y Kimball (2001) señalan que para la mayoría de los individuos obesos esta es una condición de largo plazo que requiere toda una vida de atención después de que el tratamiento formal para perder peso termina. En relación con este importante tema, Molly mostró su tristeza, su fracaso ante esta situación, narrando una de las afirmaciones más impresionantes:

Quando estoy haciendo una dieta, eso me afecta en todos los sentidos de mi vida, como la concentración o la lucidez. Yo me siento mal, y eso me afecta psicológicamente.... Mira, por mucho tiempo mi vida giraba en torno a la comida, y ahora quiero que sea lo último que me preocupe, o sea si se me antoja algo, yo quiero podérmelo comer, y que se me acabe la obsesión de comérmelo y eso es lo que he hecho para no aumentar tanto de peso, porque por decir si me someto a periodos de dieta y después son periodos en los cuales estoy comiendo.... Entonces mi vida gira en torno a la comida.

Como una conclusión relacionada con este tópico, dos narraciones merecen reportarse:

Molly:

Yo he estado analizando el proceso que la gente sigue cuando hace una dieta, yo tengo una amiga que cuando el doctor le dijo que ella tenía que estar a dieta para siempre, después que con tanto entusiasmo había llegado a la meta....o sea esta niña estaba llorando, histérica, muy mal, y ella decía “yo tengo miedo! , “tengo pánico! ....entonces yo le digo: lo que pasa “guey” ...es que mira yo estaba analizando la pirámide de Maslow, y cuando tu te pones a dieta te bajan al primer nivel porque estas poniendo, toda tu vida y toda tu concentración, en necesidades físicas, entonces tienes hambre y estas cuidando cada cosa que comes, estás poniendo toda tu atención en tus necesidades físicas y entonces tu sentido de seguridad que es lo que sigue se va a “la chingada”, yo sé lo que es eso “guey”, cuando estoy a dieta no sé porque pero me da mucho miedo salir a la calle, me da miedo que me vean, entonces yo estoy a dieta y se supone que estoy a dieta para no sé, y el caso es que mi vida social se

“desmadra” porque yo no puedo salir a la calle, todo el tiempo que estoy a dieta estoy encerrada en mi casa, tus relaciones afectivas se convierten en no se que diablos pero dejan de ser relaciones afectivas, no las estableces como son, no las estableces como deben ser, entonces todo va en relación a eso y pues de ahí olvídate de tus aspiraciones profesionales y olvídate de todos los demás niveles.

La siguiente narración hecha por Ramiro fue impresionante debido a dos claves que dio a la presente investigación:

Pues cuando me internaron ahí en la clínica NOVA, bueno me internaron por lo mismo, que para ver porque engordaba, estuve internado dos períodos, la primera estuve de casi todo el mes de diciembre hasta el año nuevo, y entonces en 29 días bajé como 32 kilos con pura dieta, más bien sin dieta solo comiendo normal, y sin actividad física, ni pastillas ni nada, eso sí me hacían examen de orina todos los días, y pues me sentí muy bien, ¡bien padre!, incluso llegué aquí a ponerme ropa que ya no me ponía.

El mismo Ramiro, quien ya no pude salir de su casa debido a su obesidad extrema nos confió como la disponibilidad de comida en casa y la falta de apoyo de su madre y de otros miembros de la familia, lo han llevado al punto en que ahora se encuentra.

Yo creo que el problema fue cuando regresé a casa, a los mismos hábitos, todavía recuerdo que cuando era niño yo comía a escondidas, pero ahora es diferente, mi mamá cocina tanto y tan sabrosas cosas todo el día, se la pasa preparando que galletitas, gelatinas, o que pasteles. Mire, aquí a la hora que venga ahí pasta, galletas, tortillas de harina, café... además tenemos una tiendita de abarrotes en la casa, y si veo televisión pues me traigo unas galletitas, y luego unos fritos, y si me pongo triste agarro una coca y luego un pastelito y a las dos horas vuelvo a comer.

Finalmente, es conveniente y merece un espacio en estos resultados las recomendaciones hechas por algunos participantes sobre este valioso tema relacionado con el fracaso para perder peso, como afirma Pily:

Yo creo que es importante tener un equipo que te este apoyando, como alcohólicos anónimos, que no te suelte, que sepan cual es tu problema y de ahí partir...!claro con una dieta bien balanceada de acuerdo a tus gustos y preferencias!, es cuestión de fuerza de voluntad, pero volvemos a lo mismo... ¿porque no tengo fuerza de voluntad?... hay que encontrar los motivos del deterioro de la autoestima... algo hay por ahí, lo psicológico es muy importante, y es que no tenemos los medios para tener una apoyo psicológico.

La siguiente sección se dirige a las respuestas y reacciones de las personas obesas frente a su estatus de peso, es decir, cómo se adaptan a la obesidad y sus planes para el futuro. Los entrevistados hablan sobre los planes relacionados con perder peso, así como las razones que tienen para intentarlo.

### *Respuestas a la Obesidad*

Con la intención de encontrar explicaciones para completar la estructura y esencia de las experiencias sentidas por ser obesos, el investigador se enfocó a cómo los participantes responden a la problemática de tener sobrepeso, así como identificar sus planes para el futuro. Hay dos grandes categorías relacionadas con las reacciones seguidas por todos los participantes en el estudio: primero, hay quienes son indiferentes a su estatus de sobrepeso, es decir tienen una imagen de su cuerpo positiva y viven felizmente en cuerpos grandes. Perder peso no les preocupa; sin embargo, tienen otras expectativas para el futuro. Segundo, están aquellos que sufren por ser personas con sobrepeso, quienes tienen una imagen de su cuerpo negativa. En esta categoría los entrevistados declararon tener muchos planes relacionados con perder peso. La Figura 5 ilustra este patrón.

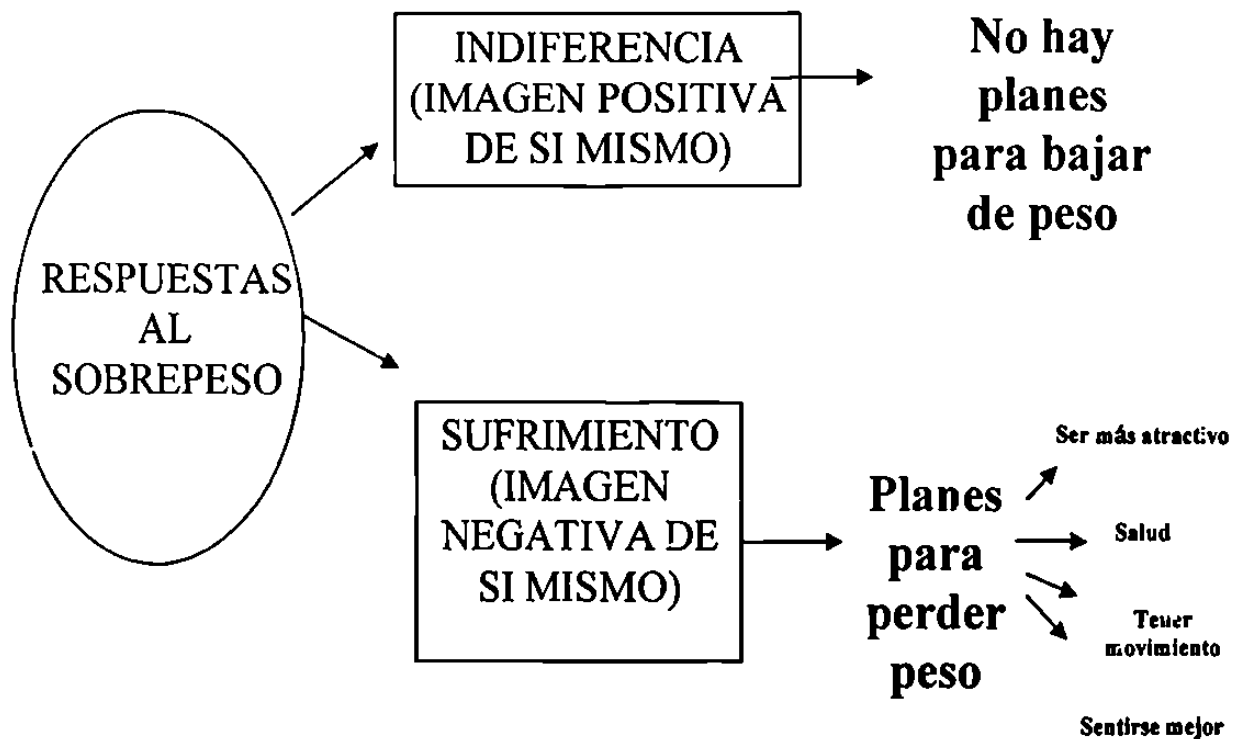


Figura 5. Respuestas a la obesidad

#### Indiferencia: No Hay Planes para Bajar de Peso

En esta categoría los participantes declararon estar contentos y cómodos en el tamaño de sus cuerpos, de su salud y de estilo de vida, así como también afirmaron el tener relaciones sociales positivas. Frases tales como, “Eso no importa”, “No me preocupo por mi peso”, “No tengo planes relacionados con mi peso” o “Vivo mi vida día a día”, fueron frases escuchadas varias veces por el entrevistado confirmando que, en general, estos participantes no tienen como una prioridad entre sus planes principales el perder peso. Es importante señalar que cuando el investigador preguntó a cerca de sus metas, planes o expectativas para el futuro, algunos entrevistados con una imagen positiva de su cuerpo no mencionaron entre sus respuestas algo relacionado con su peso. Sin embargo, mencionaron planes relacionados

con logros académicos, hacer dinero, mejorar su situación económica y otros tópicos relacionados con sus familias. Las siguientes citas relatan cómo la auto-percepción se relaciona fuertemente con el resto de sus vidas.

Ariel, de 25 años, relató

Pues planes a futuro no tengo porque mi vida se ha regido por vivir el presente, quiero vivir hoy, mañana no sé si voy a vivir, porque a mí me dijeron los médicos que el promedio de vida que tenía era de 20 años debido a que mi vejiga no funciona, también me dijeron que yo no vivirá por mucho tiempo....así fue y a raíz de eso pues pienso que si un día no amanezco porque me da un infarto o lo que sea, no me preocupo.

Marcos, afirmó:

Si Dios me da vida quiero hacer dos edificios hermosos, un salón de eventos, algo así como un salón de reyes. Tengo ya la idea de que mi ciudad tenga un salón de eventos súper elegante de primer mundo como los que hay en las Vegas, Mi otra meta es un restaurante, de hecho quiero ponerle a cada uno de mis hijos su negocio.

Molly:

Pienso terminar el diplomado y sacar mi tesis de la licenciatura, el plan es hacer una maestría en Columbias University o si no aplicar en una escuela de actuación específicamente la de Nueva York que es donde ha tenido mas impacto.

Estella:

Proyectos a futurc.... pues primero acabar mis estudios, para darle un estudio a mi hijo mejor, una buena escuela, perder de pero es lo último en lo que yo pensaría en este momento

Jonas:

Mis metas son terminar el colegio y andar activo en la iglesia, pero el bajar de peso no es para mi una prioridad, como tengo tantas cosas que para mi lo del peso no le doy mucho sentimiento.

La habilidad de respuesta a cualquier circunstancia puede ser un factor determinante en la relación entre la percepción de la situación y el desarrollo de una respuesta de adaptación efectiva a la condición de peso (Nilsson y otros 1998). Estudios empíricos tales como Rydén y otros. (2001) han encontrado que un estilo básico de respuesta es intentar

reducir el estrés re-conceptualizando el problema cognitivamente, minimizando sus efectos, o resolviéndolo. Tal es el caso de algunos informantes.

Paquete y Raine (2004) por su parte, afirman que crear un medio ambiente de mayor apoyo desarrollará una imagen corporal positiva. Aún cuando su estudio consideró sólo el género femenino, ellos probaron que el “medio ambiente sociocultural tiene una alta influencia, y usualmente dañino en el peso corporal pero que también está mediado por los vínculos sociales y las mujeres mismas” (p. 1056). El investigador encontró que la mayoría de los participantes en el estudio han aprendido a vivir con su condición de sobrepeso ayudados por un fuerte apoyo de los miembros de su familia y por las características intrapersonales que ellos poseen. Emma, quien tuvo eventos traumáticos en su vida y que fueron detonadores de su condición de sobrepeso, no sólo ha desarrollado sólidas respuestas de adaptación por sí misma, sino que también ha desarrollado una autoestima positiva en su hija, tal como declaró en sus propias palabras:

En relación a mi planes yo la mera verdad no he tenido tiempo de pensarlo, yo trato de vivir al día, y vivir al máximo, ser espontánea, decirle a mis hijos que los quiero, yo hago una fiesta cuando mis hijos me traen buenas calificaciones, tener una buena comunicación con mi hija e muy importante, llegar y decirle “hay mamita estas bien hermosa! ¡yo no se porque te hicieron tan bonita!, yo siempre le digo.... Yo tengo mis valores bien puestos en la tierra, se lo que quiero y se lo que quiero lograr no solo para mi sino para todos a mi alrededor...Emelina es una persona muy a todo dar mientras que ellos sean a todo dar con ella.

#### Sufriendo (la obesidad): Planes para Bajar de Peso

De acuerdo con Caldwell y Kimball (2001), uno de los efectos psicológicos y sociales más dolorosos de la obesidad puede ser el sufrimiento emocional que ocasiona. La mayor parte del tiempo, ésto se debe al énfasis que la cultura otorga a la apariencia física así como el estándar actual que la sociedad concede a la delgadez, que se ha convertido casi en un

sinónimo de belleza. Esta explicación es apoyada por alguna literatura (Amador, 2000; Cash y Henry, 1995; Grover y otros 2002; Grogan, 1999; Paquette y Raine, 2004; Thompson, 1996, Waller y otros 2002). Aun cuando es una minoría, los resultados de este estudio demuestran que los entrevistados que son solteros (2), viudos (2) y mayores (1), es decir aquellos que en la actualidad no tienen una pareja formal, presentan algún grado de insatisfacción sobre sus cuerpos. Estos participantes declararon tener planes futuros relacionadas con la pérdida de peso. Las siguientes citas ilustran este tema.

Galy, una mujer mexicana de 56 años con un BMI de 46, reveló:

Pues sí, soy alegre, me gusta mucho la música pero al mismo tiempo siempre ando seria...pues yo me siento mal por lo gorda que estoy, por lo mismo siempre ando pensando ahy!! ¡Ahí tengo una falda, cuando esté mas delgadita me la pongo!

Lisa es otra mujer soltera mexico-americana que narró:

Me encantaría que antes de cinco años, que yo cumpliera mis treinta años poder estar embarazada con mi primer hijo, sinceramente, me encantaría estar bien casada, también tener mi negocio propio...quisiera ser la clase de persona que mis papas quieren que sea, es decir más sumisa me parece... o más mexicana, aunque yo sé que nunca voy a ser y me encantaría verme mas delgada por lo menos estar contenta conmigo misma.

### Razones para Bajar de Peso

Hay varias razones por las cuales las personas desean bajar de peso –estar más saludables, tener movilidad, verse mejor, ser físicamente más activas, o tener un esposo o una novia. Para el investigador, independientemente de las razones que tengan para desear perder peso, fue muy importante ser sensibles sobre las metas y expectativas que tienen. Como afirman Caldwell y Kimball (2001), el éxito en perder y manejar el peso depende de varios factores; uno de éstos es establecer metas para perder peso. En general, los motivos para



bajar de peso fueron mejorar la salud, el atractivo físico, mejor movilidad y sentirse mejor. Los siguientes párrafos reflejan estas afirmaciones.

Galy:

Pues que será... yo quisiera sentirme bien si acaso duro unos añitos....yo ahora si quiero adelgazar porque ya es mucho estar engorde, engorde y engorde.

Roxana es una viuda mexicana que enfatizó la importancia de perder peso debido a problemas de salud:

Pues mira me estoy poniendo a dieta porque en la noche me despierto con taquicardia y yo tengo miedo y entonces pues he visto muchas personas de mi edad que de repente les dio un infarto y ahí quedaron, yo tengo miedo a eso así que quiero pos rebajar tantito por mi salud y después por lo demás.... Y con respecto a lo que espero en la vida...pues seguir trabajando no tengo quien me de.. Los muchachos se van a casar y se van.

Lucas:

Mi meta es bajar de peso...creo que la salud fue una de las cosas que me empezó a dar un poco de miedo estando gordo tienes mas posibilidades de tener un infarto, o diabetes ya que en mi familia la posibilidad de tenerla es por los dos lados, mi mamá y mi papá, y multiplicado a mi sobrepeso es mucha la probabilidad de que me dé a mí también.

Esmeralda:

Pos yo soy una persona que no tengo problemas psicológicos, soy positiva, soy muy calmada me gusta mucho la convivencia con la gente, pues nada mas...en cuanto a mi cuerpo no me importa mucho mi exterior pero ahorita si lo empiezo a ver por mi salud, pero no por verme bien,... pero pos ya lo vas viendo que van pasando los años y te vas dando cuenta que la subida de peso es muy notoria.

Dolly fue una de las pocas entrevistadas en tener entre sus planes perder peso tal como afirmó:

Mi meta si es perder peso, antes que estaba más joven subía y bajaba escalones, lo gordita no me afectaba porque yo hacía lo que hacían las falquitas, pero ahora es diferente, llegas al punto de que porque eres gordita no puedes hacerlo, ahora quiero perder peso no solamente por mi edad....sino que sé que es mucho peso para mis rodillas y para mi salud.

Gran cantidad de evidencia científica apoya que la pérdida de peso se asocia con mejores condiciones de vida ((Brownell, 1998; Bush, 2002; Cambell y Crawford, 2001; Campollo, 1995; Chen y Dietz, 2002; Cogan, 1999; Colditz y Mariani, 2000; Ebbeling y otros 2002; Han y otros 1998; Huon y Wardle, 1999; Kagamimori y otros 1999; Molarious, 2003; Nestle, 2000; Nies y otros 1998; Robert, 1999). Sin embargo, el presente estudio muestra que tomar conciencia de los beneficios de perder peso **no es suficiente**. En las experiencias vividas por las personas con un Índice de Masa Corporal mayor a 30%, tal como narran las mismas personas, demuestran que viven felices en sus cuerpos grandes. Para ellos, comer es un placer, incluyendo comer compulsivamente, y viven satisfactoriamente conforme a su estilo de vida. De hecho, la mayoría no considera el perder peso como la meta principal; por lo tanto, la obesidad no es un “gran” problema para ellos. El investigador concluye que las implicaciones científicas y políticas de estos descubrimientos son enormes. Es imperativo que la comunidad científica, quienes diseñan las políticas sociales, los medios de comunicación, el gobierno y todos los actores involucrados con los temas relacionados con la obesidad, estén concientes que en sus manos se encuentra detener los índices tan alarmantes de obesidad que existen en el mundo. Como uno de los informantes dijo: “Sólo bajaría de peso si mi doctor me dijera que esto me dará una mayor vida o evitará una enfermedad”. ¡Esta es una clave!

## CAPÍTULO VI

### RESUMEN, IMPLICACIONES, INVESTIGACIONES FUTURAS Y REFLEXIONES

#### Resumen

Este capítulo presenta un resumen de los resultados obtenidos de la percepción de 26 participantes sobre diversos aspectos relacionados con la obesidad. Incluye los fundamentos teóricos y presenta implicaciones para quienes definen las políticas sociales, los profesionales de la salud, aquellos que brindan asistencia clínica, así como el público en general, subrayando las implicaciones para la práctica del trabajo social. También se presentan sugerencias para investigaciones futuras. Se eligió un acercamiento fenomenológico para guiar el presente estudio. El enfoque fue descubrir los significados inherentes a la aparición, mantenimiento y respuesta a la obesidad. Buscó descubrir, desde la perspectiva de la gente obesa, cómo son percibidos y describir el proceso de aumento de peso, el mantenimiento, así como las respuestas a ser obsesos.

La perspectiva fenomenológica utilizada en este estudio se enfocó a encontrar la esencia del fenómeno de la obesidad. La idea central en la estructura del estudio se basó en que cada participante posee una serie única de experiencias y presupone que sus relatos son verdaderos; a la vez, considera que comparten rasgos humanos comunes. El estudio se diseñó para comprender los significados, interpretaciones y experiencias vividas por 26 participantes obesos que fueron elegidos a través del muestreo con criterio intencional, permitiendo el acceso a sus esferas privadas, lo cuál reveló una gran cantidad de información sobre el problema de la obesidad.

Esta investigación comparativa revisó los hábitos, estilos de vida, tradiciones y patrones de alimentación familiares relacionados con aspectos de obesidad entre mexicanos y México-americanos. Se establecieron similitudes y diferencias. Los resultados del estudio permitieron una mejor comprensión del impacto de la cultura en la nutrición y los comportamientos alimenticios. El estudio demostró que al emigrar a los Estados Unidos ocurrían fuertes cambios en la dieta, en los patrones alimenticios y estilos de vida de los México-americanos; tales como ingerir más comida con grasa, comida chatarra, comer fuera de la casa, el consumo de comidas relacionadas con el “menú de un dólar”, los “programas de comidas escolares” y una gran disminución en las actividades físicas. Lo anterior ha ejercido un gran impacto en el alto predominio de la obesidad entre este grupo minoritario en los Estados Unidos.

El diseño y metodología empleados satisfacen los requisitos de validez y confiabilidad. El método de muestreo requería para cada individuo un criterio específico de participación. El investigador aseguró la recolección cuidadosa de datos y el análisis se realizó a partir de los mismos. Se utilizaron dos tipos de grabadoras para cada entrevista y las transcripciones fueron capturadas tan pronto como fue posible. El investigador recurrió una y otra vez a la información, revisando y confirmando, hasta que se logró una consistencia en los patrones dentro y a través de la comparación de casos y definición de temas emergentes. Esto aseguró que fueran cubiertas en su totalidad las preguntas iniciales de investigación. Una útil herramienta llamada *Ask Sam Processor* facilitó el proceso de reducción de datos debido a su capacidad para manejar cualquier combinación de datos estructurados y no estructurados. Con el fin de incrementar la confiabilidad en el trabajo, se obtuvo la confirmación adicional de los datos compartiendo los resultados con personas obesas que no estaban incluidas en el estudio.

Se encontró que la percepción del cuerpo era un tema importante. Los sentimientos, pensamientos e ideas de cada participante relacionado con la imagen de su propio cuerpo mostraron que este tópico era determinante en la aparición de la obesidad, su mantenimiento y las respuestas hacia la misma. Veinte (76%) de los participantes afirmaron que vivían felizmente en cuerpos grandes y tenían unas percepciones positivas de si mismos. Más participantes mexicanos (75%) que mexicano-norteamericanos (25%) afirmaron no estar satisfechos con sus cuerpos.

Cuatro patrones emergieron como aspectos influyentes en las experiencias vividas de los entrevistados generando una mayor comprensión de la obesidad como fenómeno social. Cada patrón presentó una serie de eventos particulares que daban pie a las situaciones, aspectos y problemas relacionados con la obesidad. El primer patrón se enfocó hacia la aparición de la obesidad. Los principales temas para esta aparición fueron 2: los eventos de vida estresantes como impulsores del comer en exceso y los cambios en el estilo de vida. Todos los entrevistadores narraron sus experiencias cuando comenzaron a aumentar de peso y de cómo sus hábitos alimenticios personales y familiares, prácticas al comer, así como el uso que ellos le dieron a los alimentos fueron significativos determinantes de la obesidad.

El segundo patrón se centró en cómo es que la obesidad persiste. Una gran cantidad de influencias del medio ambiente estuvieron presentes en el mantenimiento de la obesidad. Las experiencias de los participantes revelaron que los hábitos alimenticios deficientes, tales como no desayunar y después consumir una cena abundante; la comida rápida y el consumo de grandes porciones de comida, junto con el comer fuera del área de la cocina, por ejemplo en la sala o en la recámara fueron factores personales y familiares muy significativos en el mantenimiento del sobrepeso. Otros aspectos que influyeron para mantener la obesidad fueron la falta de ejercicio físico, la disponibilidad de comida dentro y fuera del hogar, y las

fiestas tradicionales siempre asociadas con bufetes de comidas “todo lo que puedas comer”, alimentos con alto contenido de grasa comida y grandes porciones de alimentos. Los eventos de vida estresantes aparecieron como otro factor relacionado con el mantenimiento de la obesidad en el sentido del uso que los participantes dan a la comida como refugio y respuesta a las frustraciones y angustias que se les presentaban ante un problema. Se identificó además una fuerte relación entre los anuncios publicitarios de comida por televisión con la obesidad (pizzas, hamburguesas, nieve...) y los antojos que los llevaban a consumir inmediatamente esos productos. Un punto decisivo de este patrón fueron las diferencias significativas relacionadas con los patrones de alimentación personales y los hábitos familiares encontrados entre los participantes mexicanos y mexico-americanos.

En relación con lo que hace la persona con obesidad para perder peso, se encontraron dos patrones muy interesantes: el primer patrón incluía a aquellos que nunca hacían dieta y el segundo incluía a aquellos que habían intentado varios tipos de dietas, o bien una variedad de maneras de reducir de peso. En referencia a este patrón, los informantes revelaron sus fortalezas y debilidades al intentar perder peso. Las fortalezas principales se correlacionaban con la motivación, apoyo social y preparación de alimentos por parte de otros. Entre los factores debilitantes, los entrevistados declararon que las dietas no funcionan, que ellos no podían seguir un régimen de disminución de peso por tener problemas económicos, desmotivación por parte del apoyo brindado por especialistas y no tener apoyo de la familia. Todos los entrevistados que pertenecían a esta categoría declararon que habían perdido y ganado peso varias veces. Además, el estudio analizó porqué la gente deja la dieta y cómo los participantes visualizaban su recaída.

El último patrón se relacionó con las reacciones personales a tener sobrepeso. Hay dos categorías amplias al respecto en las que pueden dividirse los participantes del estudio:

primero, aquellos que son indiferentes a su estatus de sobrepeso, los cuales tienen una imagen positiva de su cuerpo, viven felices en sus cuerpos grandes y no se preocupan por perder peso. La segunda categoría son aquellos que sufren por ser personas con sobrepeso, algunos de ellos tienen una imagen negativa de su cuerpo; en esta categoría los entrevistados declararon que tenían muchos planes relacionados con la pérdida de peso.

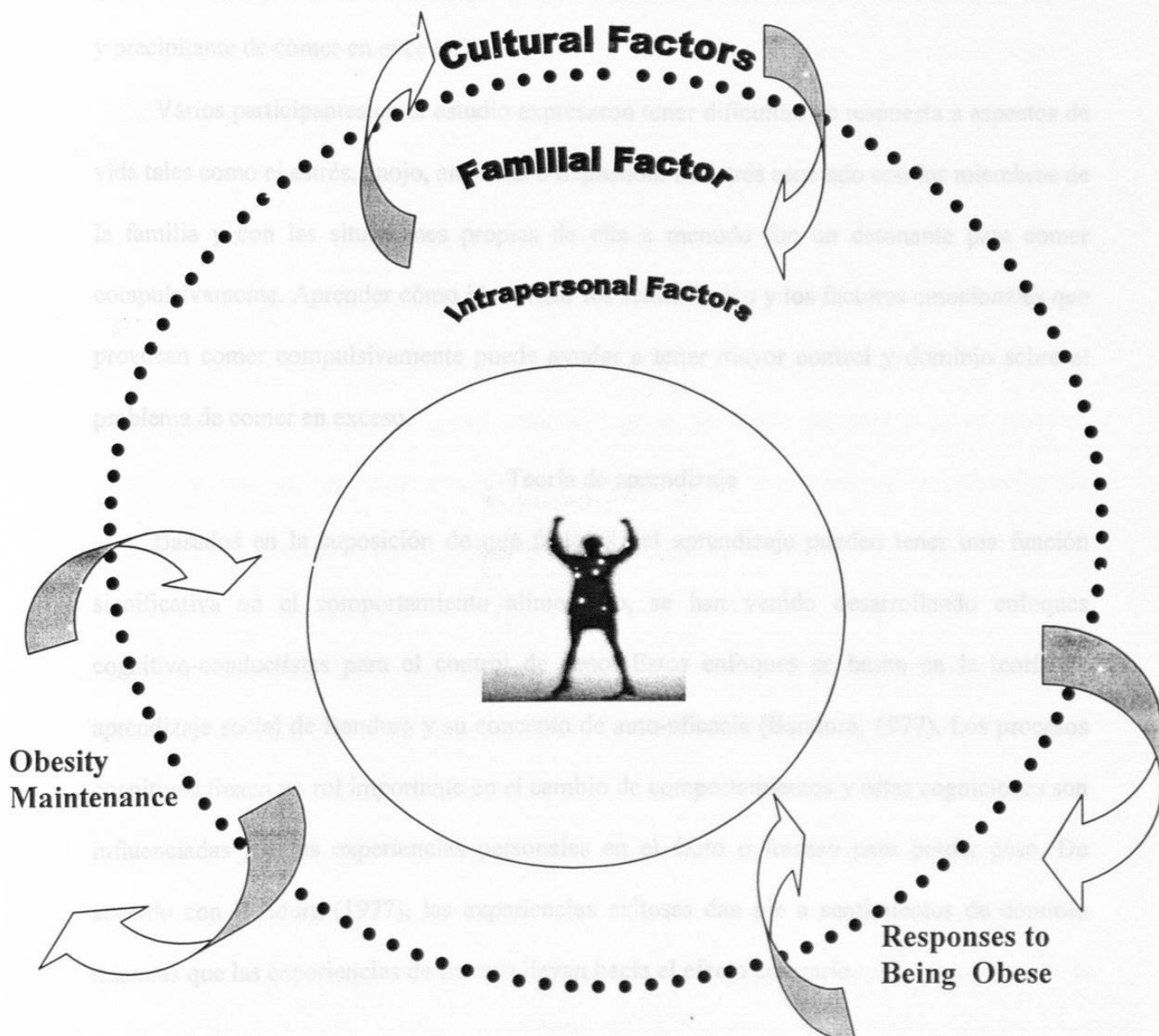
### Perspectivas Teóricas de Apoyo

#### Teoría del sistema familiar (perspectiva ecológica)

El análisis de los resultados arrojados en el presente trabajo muestra que los patrones de dieta y las preferencias por ciertas actividades se forman dentro del contexto de la familia. El desarrollo de la obesidad involucra una compleja serie de factores en múltiples contextos que interaccionan colocando a la persona en riesgo de tener sobrepeso. (Kern, y otros, 2002; Levitsky, 2002) La teoría ecológica de sistemas subraya la importancia de considerar el medio ambiente familiar, el escolar y el social donde tienen lugar la entrega de servicios. Aún más, proporcionó un punto de vista multidimensional, interactivo y comprensivo para la comprensión y explicación de la aparición y mantenimiento de la obesidad, específicamente en relación con la dieta alimenticia, actividad física y comportamiento sedentario. En este sentido la perspectiva ecológica subraya que las características tales como el género, la edad o la nacionalidad, así como el estado civil, interaccionan con las características familiares y sociales influyendo en el aumento de peso y determinan, asimismo, las respuestas asumidas por las personas obesas (Gerson y otros, 2004; Paquete y Raine, 2004) (Ver figura 6).

De acuerdo con esta teoría, la obesidad ocurre debido a las interacciones dentro y entre aquellos contextos formados principalmente por los factores intrapersonales, constituidos por pensamientos, sentimientos y actitudes de cada individuo; los factores familiares, representados por el medio ambiente familiar que rodea la alimentación, prácticas

alimenticias, comportamientos al comer y los roles modelo-parentales; y los factores culturales, tales como el medio ambiente escolar, influencia de los medios de comunicación, estilos de vida, apoyo clínico y apoyo social (Campbell y Crawford, 2001; Gallia, 2002; Harris, 2003; Morton y Cambell, 1999). En general todos estos contextos actúan en conjunto como determinantes en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad.





### Teoría de la adaptación

La normatividad de comer en exceso como una estrategia de adaptación utilizada para enfrentar y reducir el estrés fue una categoría importante que emergió del discurso de los participantes. Las narraciones mostraron una tendencia a evitar la confrontación de problemas y una percepción de sí mismos como menos capaces de enfrentar o tolerar estrés, así como para solucionar problemas. La incapacidad sobre ciertas situaciones de vida fue determinante y precipitante de comer en exceso.

Varios participantes en el estudio expresaron tener dificultad de respuesta a aspectos de vida tales como el estrés, enojo, ansiedad o depresión. El estrés asociado con los miembros de la familia y con las situaciones propias de ella a menudo fue un detonante para comer compulsivamente. Aprender cómo identificar los sentimientos y los factores emocionales que provocan comer compulsivamente puede ayudar a tener mayor control y dominio sobre el problema de comer en exceso.

### Teoría de aprendizaje

Basados en la suposición de que factores del aprendizaje pueden tener una función significativa en el comportamiento alimenticio, se han venido desarrollando enfoques cognitivo-conductistas para el control de peso. Estos enfoques se basan en la teoría de aprendizaje social de Bandura y su concepto de auto-eficacia (Bandura, 1977). Los procesos cognitivos tienen un rol importante en el cambio de comportamientos y estas cogniciones son influenciadas por las experiencias personales en el éxito o fracaso para perder peso. De acuerdo con Bandura (1977), las experiencias exitosas dan pie a sentimientos de dominio mientras que las experiencias de fracaso llevan hacia el efecto contrario.

La familia proporciona el principal medio ambiente de aprendizaje social para el niño. La imitación es un factor importante cuando se aprende, y durante el proceso para adoptar nuevos comportamientos alimenticios, sirven como modelo para los niños. El estudio basado en esta teoría demostró que el medio ambiente es muy importante para apoyar a los niños a desarrollar una mejor alimentación y positivos hábitos que impulsen nuevos estilos de vida dentro de la familia a través de la inducción de cambios en factores parentales y del medio ambiente. Los padres como modelos de comportamiento son una fuente básica para tomar decisiones saludables, teniendo un consumo más saludable de alimentos y promoviendo una actividad física regular.

### Implicaciones para la práctica del trabajo social

A medida que la profesión del trabajo social ingresa al nuevo milenio, necesita estar más en contacto con temas globales de la condición humana (Ramanathan & Link, 1999). Esto significa que el trabajo social debe encargarse de temas globales y tomar parte en mejorar la calidad de vida a través del desarrollo del conocimiento y aplicación de habilidades de trabajo social. La obesidad es uno de los principales retos de salud pública para el futuro. Las implicaciones de la tendencia hacia la obesidad para los profesionales del trabajo social deben iniciar con la conciencia del tema de la obesidad, sus consecuencias sociales y psicológicas, además de promover el establecimiento de redes y colaboraciones efectivas para la investigación, educación y promoción de la salud. En la economía global, las vidas de la gente común están influenciadas por eventos tales como la disponibilidad de comida, cambios en consumo de alimentos y hábitos alimenticios (Larking, 2002a). La profesión del trabajo social debe enfrentar estos temas y programas de nutrición infantil en el

ámbito internacional dando la oportunidad de disminuir los índices alarmantes de sobrepeso y obesidad.

Aún más, debe promoverse la implementación exitosa de estrategias de prevención efectivas entre los individuos, grupos y comunidades. Una enfermedad como la obesidad puede ser el resultado de muchos factores: patrones sociales, culturales, psicológicos y espirituales que se desarrollan dentro de las familias. El Trabajo Social como una profesión que ayuda a las personas a solucionar problemas personales y socio-ambientales tiene una función primordial en ayudar a las personas a satisfacer sus metas personales y sociales hacia un bienestar físico y mental.

Los resultados del presente estudio mostraron que el medio ambiente familiar, los hábitos alimenticios de la familia y la disponibilidad de alimentos en el hogar fueron aspectos importantes para tratar la obesidad. El medio ambiente familiar es un campo de práctica del trabajo social; aún más, dentro de cualquier nivel de intervención, el trabajo social puede asumir una función importante al fomentar la colaboración en la toma de acciones dirigidas hacia la formación de hábitos de alimentación saludables con la participación de jóvenes, padres, escuelas y grupos comunitarios. La educación en sí no es suficiente para cambiar el comportamiento; por lo tanto, es necesario identificar maneras efectivas de cambiar la conducta de la población relacionada con la prevención de la obesidad, especialmente en niños y adolescentes. El corazón del cambio social es el liderazgo; cada trabajador social necesita ser un líder social. Es la base para cada área de práctica del trabajo social. La obesidad, como un campo de investigación, ofrece una perspectiva prometedora; por ejemplo, es importante comprender que los medios ambientes escolares pueden proporcionar educación y apoyo relacionado con un peso corporal saludable, y promover comportamientos saludables con resultados a largo plazo. Una tarea para los trabajadores sociales sería el

desarrollo de programas para que las poblaciones vulnerables sean conscientes de la situación y mejorar el impacto de las políticas sociales y del medio ambiente sobre la obesidad en estas poblaciones.

Los trabajadores sociales tienden a atender a personas que ya han sido dañadas por los efectos de los problemas sociales, en lugar de trabajar hacia la erradicación de las causas de estos problemas (Brueggeman, 1996). Sin embargo, es tiempo de cambiar, es tiempo de incursionar en nuevas áreas y una de éstas es el campo de las políticas sociales. Analistas de políticas sociales tales como Brueggeman argumentan que tenemos mucho trabajo que realizar; a nivel de sistema político, podemos recopilar los hechos, tener presencia en las legislaciones dentro de este campo, cabildear, dar testimonio frente a los cuerpos gubernamentales legislativos y en el Congreso, y trabajar como vigilantes en comisiones regulatorias para asegurar que las leyes, una vez aprobadas, sean aplicadas. Además, es crucial considerar el impacto de los diversos actores en el proceso de tomas de decisión (Hahn, 1994; Kingdom, 1989; Rieselbach, 1995; Kingdom, 1989).

Como diseñadores de políticas, los trabajadores sociales necesitan entender la unión entre obesidad y mayores costos para el cuidado de la salud, menor desempeño escolar y la menor calidad de vida familiar y comunitaria para las personas con sobrepeso u obesas. Los trabajadores sociales deben formar alianzas para el cuidado de la salud comprometidas con el manejo de la obesidad que podrían proveer a los profesionales del cuidado de la salud con una importante fuente de información y una mayor comprensión de la obesidad. Además, el análisis de políticas sobre la obesidad necesita tomar en consideración algunas variables clave para este fin, tales como las condiciones y los efectos relacionados con la construcción social del problema de la obesidad, el poder político de algunos grupos de interés y las estrategias para el cambio, como formas de introducir nuevos rumbos en las políticas.

de la obesidad. Además, el análisis de políticas sobre la obesidad necesita tomar en consideración algunas variables claves para este fin, tales como las condiciones y los efectos relacionados con la construcción social del problema de la obesidad, el poder político de algunos grupos de interés y las estrategias para el cambio, como formas de introducir nuevos rumbos en las políticas.

### Implicaciones para quienes definen las políticas

El presente estudio fenomenológico amplió las perspectivas relacionadas con el mundo de estas personas obesas y su visión acerca del problema de la obesidad. Esto abre nuevas posibilidades para detener los altos índices de obesidad a través de políticas de salud pública que en lugar de enfocarse a la pérdida de peso en sí, promuevan cambios en los patrones alimenticios, costumbres al comer y originen nuevos comportamientos relacionados con la comida.

Un estudio como el presente, enfocado hacia la construcción social del problema de la obesidad, es de gran valor para quienes definen las políticas relacionadas con la definición del problema y para comprender las iniciativas relacionadas con la prevención y tratamiento de esta pandemia. Los continuos episodios de pérdida y aumento de peso están relacionados con una mayor adaptación metabólica a ingestiones de menor cantidad de comida, por lo tanto, cada reducción se hace más difícil (Mahan & Mahan, 1995). El tratamiento de la obesidad utilizado por muchos profesionales de la salud parece ser todavía inadecuado, tal como narran los participantes en el estudio. Esta investigación ofrece un mejor entendimiento de los factores fundamentales asociados con una recaída (volver a aumentar de peso) y puede proporcionar un modelo comprensible o mecanismo para explicar por qué ocurre la recaída al

hacer una dieta de reducción de peso, así como identificar las medidas preventivas más efectivas.

Los resultados sugieren que el medio ambiente familiar, específicamente aquellos factores tales como la presencia de alimentos provistos por los padres y las creencias relacionadas con la comida, la disponibilidad de comida en el hogar y algunos hábitos familiares, tales como no desayunar y consumir una cena copiosa, así como servir grandes porciones de comida, deben ser considerados al desarrollar estrategias de prevención para la obesidad. Aún más, el estudio muestra cómo un mejor entendimiento del rol que juega el medio ambiente familiar relacionado con la alimentación es determinante para prevenir comportamientos alimenticios en general.

La comunidad científica, el gobierno, los definidores de las políticas de salud, los medios de comunicación y en general todos los actores involucrados con aspectos de obesidad necesitan tener en cuenta que es necesario cambiar las actitudes y comportamientos relacionados con la comida, promover una actividad regular e impulsar un refuerzo positivo. Es importante que quienes definan las políticas sociales en general comprendan el proceso de cambio de comportamiento. Además, es necesario desarrollar intervenciones efectivas para promover cambios en la dieta así como considerar elemental la disponibilidad del apoyo social y familiar puesto que es un factor significativo en el éxito de los cambios de comportamiento relacionados con la salud.

Dado que la obesidad ha sido declarada una amenaza para la salud, las familias deben vigilar la disponibilidad y calidad de alimentos en el hogar a fin de promover hábitos alimenticios saludables. Así mismo no deben restringir la cantidad de comida de una manera desordenada, sino fomentar comportamientos saludables de alimentación, evitar dar mensajes confusos y no reforzar comportamientos negativos hacia la comida. Un ejercicio constructivo

de la autoridad paternal, en lugar de un excesivo control, es imperativo para prevenir y tratar la obesidad infantil.

El estudio aporta recomendaciones específicas para los profesionales especializados en salud comunitaria con el fin de mejorar la salud de individuos, familias y la población en general. Los resultados del estudio muestran la importancia de desarrollar múltiples niveles de intervenciones. La adolescencia es un periodo crítico para el desarrollo de la obesidad en los Estados Unidos y debe servir como ejemplo para evitar esta situación en México.

Los resultados de este estudio permitirán a los especialistas en la salud reconocer las barreras potenciales relacionadas con la pérdida de peso en instituciones públicas que actualmente no se han enfocado hacia la situación económica cuando diseñan las dietas. Paralelamente a estos resultados y coincidente con la teoría del sistema familiar, especialmente desde un punto de vista de la teoría ecológica, las estrategias de intervención deben dirigirse hacia comportamientos individuales, participación de la familia y políticas nutricionales escolares. Esto último es más importante en los Estados Unidos debido a los programas de comidas escolares.

El estudio proporciona bases para establecer formas creativas y no convencionales de enfrentar los retos relacionados con la obesidad. En términos generales, la gente vive feliz en cuerpos grandes, les gusta comer, disfrutar de porciones grandes de alimentos y no les gusta estar a dieta. Entonces, ¿cuál es el problema? Considerando el sentido que lo anterior tiene para de las políticas de salud, es importante que estas personas estén concientes de su salud como una amenaza durante sus últimos años de vida.

#### Investigación futura

La obesidad es reconocida en la actualidad como un tema importante de salud pública; considerando los resultados arrojados por este estudio, se sugieren algunas líneas de

investigación para desarrollar un mejor entendimiento de los temas prioritarios relacionados con esta pandemia como son: los patrones y comportamientos alimenticios en la familia, consumo de energía, se sugiere un estudio que haga énfasis en la prevención en lugar de los enfoques dirigidos al tratamiento y subrayar su efectividad, y estrategias de mantenimiento de peso. Además, buscar nuevos marcos teóricos para explicar los procesos relacionados con la obesidad, así como considerar tanto los datos cuantitativos como cualitativos en los temas psicosociales relacionados con la obesidad. Como Hammersley (2003) menciona, la primera tarea del investigador es hacer lo que sea material y éticamente posible para producir un conocimiento sólido, incluso si esto no siempre significa mejorar la situación. Aun cuando la investigación en el campo de la obesidad ha realizado importantes aportaciones para el manejo de la obesidad, aun quedan muchos vacíos en cuanto a modificaciones de comportamientos para el mantenimiento a largo plazo de la pérdida de peso. Se requiere promover una información más precisa sobre el proceso de recaída, qué estándares constituyen un tratamiento efectivo para la pérdida de peso e identificar cuáles mejoran la salud y sostienen las decisiones saludables.

El presente estudio sugiere que la conclusión más sólida que puede inferirse del estudio es que ciertos eventos estresantes en la vida y los aspectos relacionados con la obesidad tienden a coexistir en la aparición y mantenimiento de la obesidad. La valoración psicológica y sistemática de familias obesas muestra que los sistemas familiares no se adaptan a la autonomía e individualización psicológica de sus miembros (Marquez, 2000). El estrés psicológico debe examinarse en investigaciones futuras como concurrente con los desórdenes alimenticios. Aún más, es importante examinar con mayor detenimiento la posible naturaleza causal en la relación entre madre e hija como un aspecto concerniente con la obesidad.



Se sugiere un estudio fenomenológico como el presente, pero con individuos anteriormente obesos y ahora delgados; un proyecto que describa las percepciones, ideas y sentimientos de los factores que influyeron en su éxito para perder peso y para que posteriormente mantener un peso normal durante un largo periodo de tiempo. El estudio con seguridad nos proporcionaría algunas formas y estrategias para alcanzar la meta: cómo mantener el control sobre el peso. Aún más, podemos mostrar a otros cómo hacerlo.

Los temas que emergieron en el presente estudio deben analizarse en futuras investigaciones, sobre todo aquellos aspectos relacionados con los subsidios gubernamentales y con los esquemas de beneficios públicos que proporcionan artículos comestibles, tales como el subsidio a las tortillas en algunas regiones de México o los programas de estampillas para comida como el “WIC” (sistema de ayuda a mujeres, infantes y niños) en los Estados Unidos, ya que quizás estos programas sean coadyutores en el aumento de peso en algunas personas y que podría estar relacionado con el estatus socio-económico familiar.

### Reflexiones y recomendaciones

El presente estudio mostró que los factores intrapersonales, familiares y medioambientales contribuyeron a la aparición y mantenimiento de la obesidad así como la dificultar de perder peso. Sin embargo, puede ser importante conocer de manera más profunda cuántos de los entrevistados atribuyen su dificultad para perder peso a factores internos (características intrapersonales, personalidad, carácter), o a factores externos (si es responsabilidad de alguien más, de la familia o el medio ambiente) y cuántos culpan a ambos factores. Estos resultados abren la puerta a nuevas investigaciones, nuevos campos de acción para prevenir esta pandemia y nuevas formas de solucionar los problemas de obesidad. ¿Son

las personas obesas víctimas del contexto? Si es así, debemos entonces modificar el medio ambiente. O si la obesidad es causada por factores individuales, esto significa que son responsables por su obesidad y entonces la solución debe enfatizarse de manera individual. El cambio debe iniciar dentro de la persona. Evidentemente el medio ambiente es muy importante y es probable que muchos de los factores intrapersonales no se encuentren a un nivel conciente. Sin embargo, este estudio no lo explora a profundidad.

El presente estudio cualitativo sugiere otra forma de entender el fenómeno de la obesidad. Mostró los factores importantes en la aparición, mantenimiento y respuestas que las personas obesas dan a la misma. Las recomendaciones para aquellos quienes diseñan las políticas sociales se centran en una educación nutricional en las escuelas, proporcionar fondos federales para que los medios masivos promuevan hábitos saludables, desarrollar programas de prevención de la obesidad culturalmente adecuados para gente en alto riesgo y bajos ingresos, promover los alimentos saludables en las cafeterías escolares y otros lugares apropiados, así como promover programas de asistencia alimenticia eliminando la venta de comida chatarra y refrescos de soda en las escuelas. Se sugiere capacitación para los profesionistas en medicina, enfermería, trabajadores sociales, nutricionistas y otros especialistas de la salud para el manejo de clientes con problemas de sobrepeso y obesidad.

El estudio muestra diversos factores como lo son las prácticas alimenticias familiares, factores intrapersonales y familiares, y las comidas tradicionales son determinantes en el éxito del tratamiento. Por lo tanto, la dieta debe elegirse con cuidado para cada cliente. La mayoría de las dietas especifican un rango que dice a quien realiza la dieta cuánto debe bajar de peso; sin embargo, cada persona es diferente y debe aprender a establecer su propio ritmo. Aún más, para muchas personas la dieta para perder peso es cara, es importante ser realistas y considerar lo que puede pagar una persona. Es trascendental advertir en contra de dietas

restrictivas y promover el concepto de alcanzar un peso saludable a través de la asistencia social y apoyo de la familia cuando se intenta perder peso.

El estudio reveló que las personas conocen o por lo menos están bien informadas de lo que deben hacer para bajar de peso, sin embargo, no aplican estas recomendaciones. Es importante discutir con ellos sobre sus creencias, opiniones, ideas y mitos relacionados con la dieta y analizar con ellos las causas del problema de la obesidad. También, una dieta para perder peso debe adaptarse al estilo de vida de cada individuo. La historia de dietas de la gente obesa, fallas y éxitos, recaídas y horarios de comidas, indican patrones constantes. Las necesidades anteriores deben ser consideradas cuando se brinda asistencia profesional y cuando los profesionales de la salud trabajan con clientes obesos.

Los medios de comunicación, a través de la publicación de una variedad de dietas, han popularizado el concepto del “éxito instantáneo” para perder peso. Los resultados de este estudio demostraron con claridad que este tipo de dieta no es un compromiso a largo plazo, lo que causa la recaída en la obesidad. Se recomienda que el tratamiento no se base en modificaciones físicas sino que se dirija a los eventos de vida estresantes, mejorando y combinando habilidades de estilo de vida, tales como la resolución de conflictos o manejo del estrés, con actividad física e información nutricional.

Para comprender en su totalidad el impacto que la cultura tiene en las tendencias de obesidad en el mundo, se deben conocer ambos: comida y cultura. Será importante desarrollar intervenciones culturalmente competentes y capacitar de una manera cultural y sensible a los instructores y proveedores del cuidado de la salud para que las poblaciones de minorías, como los mexicano-norteamericanos que tienen la presencia más alta de sobrepeso (73%) en los Estados Unidos (CDC, 2003), sean apoyados con programas para reducir de peso acordes a su estatus socioeconómico y cultural. Los profesionales en el cuidado de la salud necesitan

comprender la cultura, creencias, normas, prácticas alimenticias y la terminología utilizada por ellos. Es crucial considerar el típico patrón de comida mexicana, las prácticas alimenticias y la preferencia de alimentos, así como las técnicas de preparación de éstos, para apoyar a los clientes obesos de la mejor manera.

Como resultado de la información recopilada en el estudio, se muestra que el impacto del apoyo de la familia es un factor importante para mejorar los patrones de alimentación cuando la persona obesa intenta perder peso. Es esencial obtener el apoyo de los miembros de la familia para motivar la aceptación de la dieta y ayuda en la preparación de los alimentos.

Por otra parte, se asume que el rol asumido por los medios de comunicación es muy poderoso en la formación de los desórdenes alimenticios y trastornos relacionados con la percepción del cuerpo, y esto debe cambiarse a través de políticas de mercadotecnia que ofrezcan esperanza para nuevos paradigmas que promuevan comportamientos saludables relacionados con la imagen corporal y prácticas alimenticias. Los medios masivos también deben proporcionar uno de los espacios de mayor éxito para la prevención primaria de la obesidad, aun cuando actualmente este potencial casi no ha sido explotado.

Las experiencias vividas por 26 personas obesas han demostrado que las formas tradicionales de prevenir y tratar la obesidad han sido, desafortunadamente, inadecuadas. Revertir las tendencias actuales requiere un enfoque multidimensional para detener la epidemia de obesidad que se avecina con rapidez y a menos que cambiemos la manera en que estamos actuando, en los próximos años apareceremos como negligentes.

Finalmente, es importante subrayar la honestidad y apertura de los participantes en el presente estudio, recordar las voces detrás de cada declaración, sus tonos, expresiones faciales y el poder de sus discursos que en verdad han agregado un profundo y particular significado al campo de los estudios sobre la obesidad.

## REFERENCIAS

- Ackroff, K. (2002). An ecological perspective. *Appetite*, 38, 140-142.
- Al-Naser, F., y Sandman, M. M. (2000). Evaluating resiliency patterns using the ER89: A case study por: Kuwait. *Social and Behavior and Personality: An International Journal*, 28(5), 505-514.
- Álvarez, R. (1999). *Obesidad y autoestima*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Amador, M. (2000). La obesidad en la adolescencia. In M. Peña y J. Bacallao (Eds.), *La Obesidad en la Pobreza*, 576, 125-129. Organización Mundial de la Salud.
- American Obesity Association (AOA). (2002). Consultada el 10 de Febrero de 2003 por: <http://www.obesity.org/subs>.
- Ball, K., y Lee, C. (2000). Relationships between psychological stress, coping and disordered eating: A review. *Psychology and Health*, 14, 1007-1035.
- Barker, L. M. (2001). *Learning behavior: Biological, psychological and sociocultural perspectives* (3<sup>rd</sup> ed.) London: Prentice Hall
- Basiotis, P., Kramer-LeBlanc, C., y Carol S. (1998). Maintaining nutrition security and diet quality: The role of the Food Stamp Program and WIC. *Family Economics and Nutrition Review*. Consultada el 6 de Marzo de 2003 por: [http://continuum.uta.edu:2053/direct.asp?an\\_1348323ydb=aph](http://continuum.uta.edu:2053/direct.asp?an_1348323ydb=aph):
- Baumgartner, F., y Jones, B. (1991). Agenda dynamics and policy subsystems. *Journal of Politics*, 53(4), 1044-1074.
- Berg, B. (2004). *Qualitative research methods for the social sciences*. USA: Pearson Education.

- Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory*. New York: George Braziller.
- Birch, L. (2002). Childhood overweight: Family environmental factors. In C. Chen y W. H. Dietz (Eds.), *Obesity in Childhood and Adolescence*, 49, 160-176.
- Birkland, T. (2001). *Theories, concepts, and models of public policy making*. USA: Printed Library Materials.
- Bittinger, J. N., y Smith, J. E. (2003). Mediating and moderating effects of stress perception and situation type on coping response in women with disordered eating. *Eating Behaviors*, 4(1), 89-106. Consultada el 13 de Junio de 2003 por: Elsevier Science Direct Collection at <http://continuum.uta.edu:2058/science/journal/14710153>.
- Bittinger, J. N., y Smith, J. E. (2003). Mediating and moderating effects of stress perception and situation type on coping response in women with disordered eating. *Eating Behaviors*, 4(1), 89-106.
- Blom, T., y Van Dijk, L. (1999). A theoretical frame of reference for family systems Therapy? An introduction to Luhmann's theory of social systems. *Journal of Therapy*, 21, 195-216.
- Bolles, R. C. (1979). *Learning theory* (2<sup>nd</sup> ed.). USA: Holt, Rinehart y Winston.
- Braunstein, J. B. (2001). Advancing technology/expanding waistlines. *Diabetes Forecast*, 53(6), 27-30.
- British Columbia Human Rights Commission: Policy and Procedure Manual. (2001). *Disability—obesity: Policy adopted June 13, 2001*. Consultada el 16 de Marzo de 2003 por: [http://www.bchrc.gov.bc.ca/text\\_only/PolicyDisbidityObesity.asp](http://www.bchrc.gov.bc.ca/text_only/PolicyDisbidityObesity.asp).

- Broberg, A. G. (2001). Can attachment theory, and attachment research methodologies, help children and adolescents in mental health institutions? *Attachment and Human Development*, 3(3), 330-338.
- Broderick, C. B. (1993). *Understanding family process*. Newbury Park, NJ: Sage.
- Brown, D. (2003). Obesity in children and young people. Paper presented at QMW Public Policy Seminar. Consultada el 3 de Marzo del 2003 por: [http://www.adassoc.org.uk/position/ab\\_qmw\\_speech.html](http://www.adassoc.org.uk/position/ab_qmw_speech.html).
- Brown, D. B. (2002). About obesity: *International Obesity Task Force (IOTF)*. Consultada el 9 de Junio del 2003 por: <http://www.obesite.chaire.ulaval.ca/iotf.htm>.
- Brownell, K. D. (1998). Diet, exercise and behavioral intervention: The nonpharmacological approach. *European Journal of Clinical Investigation*, 28(2), 19-22.
- Brueggemann, W. G. (1996). *The practice of macro social work*. Chicago: Nelson-Hall.
- Bush, V. (2002). Fat chances. *Essence*, 33(5), 76-79.
- Caelli, K. (2001). Engaging with phenomenology: Is it more of a challenge than it needs to be? *Qualitative Research*, 11(2), 273-281.
- Calderon, L. (1992). *Obesity risk factors in Mexican-American Children*. Unpublished doctoral dissertation, Loma Linda University, Southern California.
- Caldwell, W., y Kimball C. (Eds.). (2001). *Obesity sourcebook*. United States: Omnigraphics.
- Campbell, K., y Crawford, D. (2001). The family food environment as determinants of preschool-aged children's eating behaviors: Implications for obesity prevention policy. A Review. *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, 58(1), 19-25.

- Campollo, O. (1995). *Obesidad: Bases fisiopatológicas y tratamiento*. México: Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial.
- Cash, T. E., y Henry, P. E. (1995). Women's body images: The results of a national survey in the U.S.A. *Sex Roles*, 33(1/2), 19-29.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2003). Consultada el 18 de Junio del 2003 por: <http://www.cdc.gov/od/oc/media/presserel/r991036.htm>.
- Chambers, D. E. (2000). *Social policy and social programs: A method for the practical public policy analyst* (3<sup>rd</sup> ed.). USA: Allyn y Bacon.
- Chen, C., y Dietz, W. (Ed.). (2002). Introduction. In *Obesity in childhood and adolescence* (Vol. 49). Nestle Nutrition Workshop Series Pediatric Program.
- Cheren, M. (2002). A concise review of adult learning theory. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22(3). Consultada el 18 de Junio del 2003 por: EBSCOhost database.
- Childhood Obesity: A new pandemic of the New Millennium. (2002). *Pediatrics*, 110(5), 1003-1008. Consultada el 12 de Marzo de 2003 por: EBSCO host database.
- Chou, S., Grossman, M., y Saffer, H. (2002). An economic analysis of adult obesity: Results por: the behavioral risk factor surveillance system. NBER Working paper series 9247. *National Bureau of Economic Research*. Consultada el 10 de Junio del 2003 por: <http://www.nber.org/papers/w9247>
- Code for Advertising of Weight Management. (2003). *New code for advertising of weight management*. Consultada el 20 de Junio de 2003 por: [http://www.asa.co.nz/new\\_codes/newweightmanagement.htm](http://www.asa.co.nz/new_codes/newweightmanagement.htm).



- Cogan, J. C. (1999). A new national health agenda: Providing the public with accurate information. *Journal of Social Issues*, 55(2), 383-400.
- Cogan, J. C., y Ernsberger, P. (1999). Dieting, weight, and health: Reconceptualizing research and policy. *Journal of Social Issues*, 55(2), 187-205.
- Colditz, G. A., y Mariani, A. (2000). The cost of obesity and sedentarism in the United States. In C. Bouchard (Ed.), *Physical activity and obesity* (pp.55-66). USA: Human Kinetics.
- Coleman, M., y Ganong. L. (2002). Resilience and families. *Family Relations*, 51(2), 101-102. Consultada el 12 de Marzo de 2003 por: EBSCOhost database.
- Comilot, A. (1989). Vivamos más y mejor. Buenos Aires Argentina: J. Vergara Editor S.A.
- Coogiola, Y. (1996). Aspectos Psicológicos. In *Obesidad Conceptos Actuales* (pp. 99-117). México: Cámara de la Industria Editorial.
- Cooper, H. (1984). *The integrative research review: A systematic approach*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Cooper, H. (1989). *Integrating research. A guide for literature review* (2<sup>nd</sup> ed.). USA: Sage.
- Cooper, H. M. (1998). *Synthesizing research: A guide for literature reviews—applied social research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Corcoran, J. (2000). *Evidence-based social work practice with families. A lifespan approach*. New York: Springer.
- Costain, A. (1992). Social movements as interest groups: The case of the women's. In M. Petracca (Ed.), *The politics of interest* (pp. 285-305) Boulder, CO: Westview Press.

- Crawford, D., y Campbell, K. (1998). Men's and women's dieting beliefs. *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, 55(3), 122-129.
- Creswell, J. (1994). *Research design: Qualitative and quantitative approaches*. USA: Sage.
- Critser, G. (2003). *Fat land. How Americans became the fattest people in the World*. Boston, MA: Houghton-Mifflin.
- Daily Policy Digest. (2002). *Cost of obesity, drinking, smoking and growing older*.  
Consultada el 4 de Abril de 2002 por:  
<http://www.ncpa.org/iss/hea/2002/pd041902e.html>
- Daly, K. (1992). The fit between qualitative research and characteristics of families. In J. Gilogun, K. Daly, y G. Handel (Eds.), *Qualitative methods in family research* (pp. 3-11). Newbury Park, NJ: Sage.
- Davis, J. (Ed.). (2001). *The social economics of health care*. London y New York: Routledge.
- Davison, K. K., y Birch, L. L. (2001). Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research. *The International Association for the Study of Obesity, Obesity Reviews*, 2, 159-171.
- Deslauriers, J., P. (1991). *Recharchè qualitative*. Monteral: McGraw-Hill.
- Decaluwé, V., Braet, C., y Fairburn, C. G. (2003). Binge eating in obese children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 33(1), 10-12. Consultada el 9 de Junio de 2003 por: [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)

- Denzin, N. K., y Lincoln, Y. (Eds.). (2003). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In *Collecting and interpreting qualitative materials* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 1-61). USA: Sage.
- Dietary Guidelines for American. (5<sup>th</sup> ed.). (2000). Consultada el 9 de Marzo de 2003 por: <http://www.nal.usda.gov/fnic/dga/dga95/cover.html>
- Dietz, W. H., Bland, M. G., Gortmaker, S. L., Molloy, M., y Schmidt, T. L. (2002). Policy tools for the childhood obesity epidemic. *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 30, 83-87.
- Dotinga, R. (2003, September 29). Skip breakfast, get fat. *ABC News*. Consultada el 10 de Agosto de 2004 por: [http://abcnews.go.com/sections/living/Healthology/HS\\_514105html](http://abcnews.go.com/sections/living/Healthology/HS_514105html)
- Drohan, S. (2003). Managing early childhood obesity in the primary care setting: A behavior modification approach. *Pediatric Nursing*, 28(6).
- Ebbeling, C. B., Pawlak, D. B., y Ludwig D. S. (2002). Childhood obesity: Public health crisis, common sense cure. *Lancet*, 360, 473-482.
- Farely, O. W., Smith, L. L., y Boyle, S. (1999). *Introduction to social work* (8<sup>th</sup> ed.). Boston, MA: Allyn y Bacon.
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Kuczmarski, R. J., y Johnson, C. L. (1998). Overweight and obesity in the United States: Prevalence and trends, 1960-1994. *International Journal of Obesity*, 22, 39-47.
- Food Program. Canada Health. (2003). *Bureau of Nutritional Sciences*. Consultada del 11 de Marzo de 2003 por: <http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/>.

Food Research and Action Center (FRAC). (2002). Federal food programs. Consultada el

18 de Marzo de 2003 por: <http://www.frac.org/>.

Foreyt, P. J. (Ed.). (1977). *Behavioral treatments of obesity*. Oxford: Pergamon Press.

French, S. A., Jeffery, R. W., y Murray, D. (1999). Is dieting good for you? Prevalence, duration and associated weight and behavioral changes for specific weight loss strategies over four years in U.S. adults. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1, 320-327. Consultada el 15 de Junio de 2003 Por: EBSCOhost database.

Furnham, A., y Manning, R. (1997). Young people's theories of anorexia nervosa and obesity. *Counseling Psychology Quarterly*, 10(4), 389-415.

Gable, S., y Lutz, S. (2000). Household, parent, and child contribution to childhood obesity [Electronic resource]. *Family Relation*, 49(3), 293-301.

Gallia, K. (2002). How schools are failing our kids. *Natural Health*, 32(5), 60-68.

Galuska, D., Serdula, M., Pamuk, E., Siegel, P., y Byers, T. (1996). Trends in overweight among U.S. adults por: 1987 to 1993: A multistate telephone survey. *American Journal of Public Health*, 86, 12.

Garnett, S. (2001, January 16). Report sent to Regional Directors Special Nutrition Programs, [all regions], por: *USDA, Child Nutrition Division*.

Gershon, A., Gowen, L. K., Compian, L., y Hayward, C. (2004). Gender-stereotyped imagined dates and weight concerns in sixth-grade girls. *Sex Roles*, 50, 7-8.

Gibbs, G. R. (2002). *Qualitative data analysis explorations with Nvivo*. Philadelphia, PA: Open University Press.

- Gifford, D. K. (2002). Dietary fats, eating guides, and public policy: History, critique, and recommendations. *The American Journal of Medicine* 113(9), 89-106.
- Goetz, D. R., y Caron, W. (1999). A biopsychosocial model for youth obesity: Consideration of an ecosystem collaboration. *International Journal of Obesity*, 23(2), 558-564.
- Golan, M., y Weisman, A. (2001). Familiar approach to the treatment of childhood obesity: Conceptual model. *Journal of Nutrition Education*, 33(2), 102-107.
- Goldfain, J., Devlin M., y Splitzer R. (2000) Cognitive behavioral therapy for the treatment of being eating disorder: What constitutes success? *American Journal of Psychiatry*, 7, 1051-1057.
- Grogan, S. (1999). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. New York: Routledge Taylor y Francis Group.
- Grover, V. P., Keel, P., y Mitchell, J. P. ( 2003). Gender differences in implicit weight identity. *Wiley InterScience*. Consultada el 25 de Julio de 2004 por: [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)
- Hahn, A. (1994). *The politics of caring: Human services at the local level*. Boulder, CO: Westview Press.
- Hammersley, M. (2003). Social research today: Some dilemmas and distinctions. *Qualitative Social Work*, 21(1), 25-44.
- Han, T., Tijhuis, M., Lean, M., y Seidell, J. (1998). Quality of life in relation to overweight and body fat distribution. *American Journal of Public Health*, 88(12), 1814-1820.

- Hantrais, L. (2003). Comparative research methods. *Social Research Update* (Summer, 1996), 30. Consultada el 15 de Junio de 2003 por: <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU13.html>.
- Harris, K. (2002). The USDA School Lunch Program: New approaches to meeting the demands of child health and nutrition in the 21<sup>st</sup> century. *Clearing House*, 75(6), 310-311.
- Hay, D. (2000). *School-based feeding programs. A good choice for children*. Consultada el 16 de Marzo de 2003 por: [http://www.schoolsandhealth.org/download\\_docs/Food for Education/school feeding-information -literature.pdf](http://www.schoolsandhealth.org/download_docs/Food_for_Education/school_feeding-information-literature.pdf).
- Hayward, L. et al. (2000). The process of restructuring and the treatment of obesity in women. *Health Care for Women International*, 21(7).
- Health Affairs. (2002). New study: Health problems linked to obesity outrank the medical problems and cost of smoking and heavy drinking. Consultada Mayo 2003 por: <https://www.healthaffairs.org/press/marapr0201.htm>
- Healthy People 2010. (2003). Consultada el 17 de marzo de 2003 por: <http://www.healthypeople.gov/>
- Heller R., y Heller R. (1993). *Dieta para los Adictos a los Hidratos de Carbono*. Barcelona, Spain: Ediciones Urano S.A.
- Herbet, H., y Herbert, I. (1995). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. USA: Sage.
- Hernández, M. E. (1994). Un vistazo psicoanalítico de los comedores compulsivos. In *Addictus*, 1(2), 27-30. Cuernavaca, Morelos. México.

- Holstein, J. A., y Gubrim, J. F (1998) Phenomenology, ethnomethodology, and interpretative practice. In N. K. Denzin y Y. Lincoln (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry* (pp. 137-157). USA: Sage.
- Huon, G. F., y Wardle, J. (1999). Improving children's eating patterns: Intervention programs and underlying principles. *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, 56 (3), 156-166.
- Husserl, E. (1965). *Phenomenology and the crisis of philosophy as a rigorous science*. New York. Harper y Row.
- International Obesity Task Force. (2003). Consultada el 13 de Abril de 2003 por: <http://www.ionf.org/>.
- Irvine, M. (2002). Experts urge weight loss for youths. Consultada el 28 de agosto de 2002 por: *Yahoo News* at <http://story.news.yahoo.com/?tmpl>.
- Jensen, K. B. (2002). Introduction: The qualitative turn. In K. B. Jensen y N.W. Jankowski (Eds.), *A handbook of qualitative methodologies for mass communication research* (pp. 1-13). USA: Routledge.
- Kagamimori, S., Yamagami, T., Sokejima, S., Numata, N., Handa, K., Nanri, S. et al. (1999). The relationship between lifestyles, social characteristics and obesity in three-year-old Japanese children. *Child: Care, Health and Development*, 25(3).
- Kallen, D. J., y Sussman, M. B. (1984). *Obesity and the family*. USA: Haworth.
- Karger, H., y Stoesz. (1998). *American social welfare policy*. USA. Addison Wesley Longman.

- Katzmarzyk, P. (2000). Incidence of obesity in Canada is growing. *Health and Medicine Week*. Consultada el 3 de Marzo de 2003 por: <http://continuum.uta.edu:2601/citation.asp>.
- Kern, L. S., Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., y Mustante, G. J. (2002). Changing eating behavior: A preliminary study to consider broader measures of eight control treatment success. *Eating Behaviors*, 3(2), 113-121.
- Kingdom, J. (1995). *Agendas, alternatives, and public policies* (2<sup>nd</sup> ed.). USA: Harper Collins.
- Kozlowska, K., y Hanney, L. (2002). The network perspective: An integration of attachment and family systems theories. *Family Process*, 41(3), 285-312.
- Kristensen, S., Holm, L., Raben, A., y Asrup, A. (2002). Achieving “proper” satiety in different social contexts: Qualitative interpretations por: a cross-disciplinary project, sociomeat. *Appetite*, 39, 207-215.
- Kuchler, F., y Ballenger. (2002). Societal cost of obesity: How can we asses when federal interventions will pay? *Food Review*, 25(3). Consultado el día 9 de Junio del 2003 por: USDA Economic Research Service.
- Lakdawalla, D., y Philipson, T. (2002). The growth of obesity and technological change: A theoretical and empirical examination. NBER Working Paper-No. 8946. Consultada el 11 de Junio de 2003 por: <http://www.nber.org/papers/w8946>
- Larkin, M. (2002a). Defusing the “time bomb” of childhood obesity. *Lancet*, 359, 930-987
- Larkin, M. (2002b). Obesity prevention must start in childhood, says U.S. Heart Association. *Lancet*, 360(9326), 62.



- Larkin, M. (2002c). Combating the global obesity epidemic. *Lancet*, 360(9340), 1181.
- Lean, M. (2003). *Clinical handbook of weight management* (2<sup>nd</sup> ed.). USA: MB Martin Tylor y Francis Group.
- Leo, J. (2002). People who blame people. *US News y World Report*, 133(24), 8.
- Lester, R., y Petri, T. (1998). Prevalence of disordered eating behaviors and bulimia nervosa in a sample of Mexican American female college students. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 26(3), 157-159.
- Levitsky, D. A. (2002). Putting behavior back into feeding behavior: A tribute to George Collier. *Appetite*, 38, 143-148. In A. Sclafani (Ed.), Symposium honoring the scientific career of George H. Collier of Columbia University, New York. Consultada el 13 de Junio de 2003 por: <http://www.idealibrary.com>
- López, J. C., Brito, G., y González, J. (2000). Concepto, definición y diagnóstico de la obesidad. In Dr. Manuel R. H. y Dr. Oscar Saita-Kamino (Eds.), *Temas de Medicina Interna*. Asociación de Medicina Interna de México A.C (pp. 2-11). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Lugli-Rivero Z., y Vivas, E. (2001). Trastornos de la alimentación y control personal de la conducta. *Salud Pública de México*, 43(1), 9-16.
- Luthar, S., Cichetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Mahan, K., y Mahan, A. (1995). *Nutrición y dietoterapia* (8<sup>th</sup> ed.). México: Interamericana McGraw-Hill.

- Mahoney, M. J. (1978). Behavior modification in the treatment of obesity. In. A. J. Stundark (Ed.), *Obesity: Basic mechanism and treatment. Psychiatric Clinics of North America, 1*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Manderson, L., Kelaher, M., y Woelz-Stirling, N. ( 2001). Developing qualitative databases for multiple users. *Qualitative Health Research, 11*(2), 149-160.
- Mark, R. (2004). *Research made simple: A handbook for social workers*. USA: Sage.
- Marquez, M. (2000). Perfil psicológico del obeso. *Roché Obesity*. Consultado el 14 de Junio de 2000 por: <http://Roche-obesity.net>.
- Massey, S., Cameron, A., Ouellette, S., y Fine, M. (1998). Qualitative approaches to the study of thriving: What can be learned? *Journal of Social Issues, 54*(2), 337-355.
- Mauthner, N., y Doucet, A. (2003). Reflexive accounts and accounts of reflexivity in qualitative data analysis. *Sociology, 37*(3), 413-431.
- Mauthner, N., y Doucet, A. (2003). Reflexive accounts and accounts of reflexivity in qualitative data analysis. *Sociology, 37*(3), 413-431.
- Maxwell, J. (1996). Qualitative research design: An interactive approach. *Applied social research methods series* (Vol. 41). USA: Sage.
- McCord, H., y McVeigh, G. (2003). Hey, dad. *Prevention, 55*(6), 58.
- McFarland, B., y Backer-Bauman, T. (1988). *Feeding the empty heart: Adult children and compulsive eating*. Cambridge, MA: A Harper/Hazelden Book.
- McFarlane, T., Polivy, J., y McCabe R. E. (1999). Help, not harm: Psychological foundation for a non-dieting approach toward health. *Journal of Social Issues, 55*(2), 261-276.
- McGracken, G. (1991). *The Long Interview*. Netbury Park: Sage Publications

- McKenrey, P., y Price, S. (Ed.). (2000). Families coping with problems and change: A conceptual overview. In *Families and change* (2<sup>nd</sup> ed.). USA: Sage.
- Mellin, A., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Ireland, M., y Resnick, M. (2002). Unhealthy behaviors and psychosocial difficulties among overweight adolescents: The potential impact of familial factors. *Journal of Adolescent Health, 31*, 145-153
- Merriam, S. B. (2002 a). Introduction to qualitative research. In *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis*. (pp. 3-17). San Francisco: John Willey.
- Merriam, S. B. (2002 b). Assessing and evaluating qualitative research. In *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis*. ( pp. 18-36). San Francisco: John Willey.
- Midgley, J. (1997). *Social welfare in global context*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Milkewicz, N. (2000). *Dismantling the heterogeneity of obesity: Psychosocial experiences of obese*. Unpublished doctoral dissertation, Old Dominion University, Virginia.
- Miller, G., y Dingwall, R. (1997). *Context and method in qualitative research*. London: Sage.
- Miller, P. M. (Ed.). (2003, May 29-31). Abstracts por: the 2003 International Conference on eating disorders clinical and scientific challenges. The interface between eating disorders and obesity, Omni Interlocken Resort, Denver, CO. *Eating Behaviors, 4*(1).
- Miller, W. C. (1999). Fitness and fatness in relation to health: Implications for a paradigm shift. *Journal of Social Issues, 55*(2), 207-219.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, B. D., Rainwater, D. L., Hsueh, W., Kennedy, A. J., Stern, M. P y Maccluer, J. W. (2003). Familial aggregation of nutrient intake and physical activity: Results por: San Antonio family heart study. *Annals of Epidemiology*, 13(2), 128-136.
- Mohler, P., y Zuell, C. (2001). Applied text theory: Quantitative analysis of answers to open-ended questions. In M. D. West (Ed.), *Applications of computer content analysis* (pp. 1-16). USA: Ablex.
- Molarius, A. (2003). The contribution of lifestyle factors to socioeconomic differences in obesity in men and women: A population based study in Sweden. *European Journal of Epidemiology*, 3(18), 227-229.
- Morse, J. M. (Ed.). (1992). Introduction. *Qualitative health research*. Newbury Park, NJ: Sage.
- Morton, H., y Campbell, K. (1999). Parental strategies and young children's snacking behavior: A pilot study. *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, 56(4), 215-221.
- Nagy, S., y Levy, P. (Eds.). ( 2004). *Approaches to qualitative research: A reader on theory and practice*. New York: Oxford University Press.
- Nakken, C. (1999). *La Personalidad Adictiva*. México: Editorial Diana
- National Association to Advance Fat Acceptance (NAAFA). (2002). *NAAFA policy obesity research*. Consultada en Noviembre de 2002 por: [http://www.naafa.org /documents /policies/obesity\\_ research.html](http://www.naafa.org /documents /policies/obesity_ research.html).

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). (2003).

*Statistics related to overweight and obesity*. Consultada el 10 de Junio de 2003 por:

<http://www.niddk.nih.gov/health>.

National School Lunch (NSL). (2003). *Nutrition Program Facts Foods and Nutrition Center*.

Consultada en Abril 2003 por: <http://www.fns.usda.gov/cnd/Lunch>.

Nestle, M., y Jacobson, M. (2000). Halting the obesity epidemic: A public health policy approach. *Public Health Reports*, 115(1), 12-25.

Nettles, S. M., Mucherah, W., y Jones, D. S. (2000). Understanding resilience: The role of social resources. *Journal of Education for Students Placed at Risk*, 5(1/2), 47-60.

New Brunswick Schools. (2003). *Food and nutrition policy*. New Brunswick: Fredericton Department of Education. Consultada el 21 de Abril de 2003 por: [www.district14.nbed.nb.ca/pdf/FoodandNutritionpolicy](http://www.district14.nbed.nb.ca/pdf/FoodandNutritionpolicy).

Nies, M. A., Buffington, C., Cowan, G., y Hepworth, J. T. (1998). Comparison of lifestyles among obese and non-obese African American and European American women in the community (Research Report). *Nursing Research*, 47(2), 251-257.

Nilsson, T., Ericson, M., Potson, II, W. C., Linder, J., Goodrick, C. K., y Foreyt, J. P. (1998). Is the assessment of coping capacity useful in the treatment of obesity? *Eating Disorders*, 6, 241-251.

Nowak, M., Buttner, P., y Crawford, D. (2001). A cross-sectional study of weigh- and shape-related beliefs, behaviors and concerns of North Queensland adolescents. *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, 58(3), 174-181.

- O'Connor, M., Simmons, T., y Cooper, M. (2003). Assumptions and beliefs, dieting, and predictors of eating disorder-related symptoms in young women and young men. *Eating Behaviors*, 4(1), 1-6.
- Obesity Treatment/Tax Deduction*. (2000). *A tax payer's guide on IRS policy to deduct weight control treatment*. Consultada el 16 de Marzo de 2003 por: <http://www.drhoffman.com/obesitytreatmentstaxdeduction>.
- Obesity, Facts, Figures, Guidelines. (2003). Consultada el 17 de Abril de 2003 por: <http://www.wvdhhr.org/bph/oehp/obesity/section1.htm>
- Orzolek-Kronner, C. (2002). The effect of attachment theory in the development of eating disorders: Can symptoms be proximity-seeking? *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(6), 421-436.
- Padgett, D. (1998), *Qualitative methods in social work research. Challenges and rewards*. USA: Sage.
- Palazzoli, M. S. (1996). *Self-starvation: Por: individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. London: Jason Aronson.
- Paquette, M. C., y Raine, K. (2004). Sociocultural context of women's body image. *Social Science and Medicine*, 59(5), 1047-1058.
- Patten, M. L. (2002). *Proposing empirical research. A guide to the fundamentals* (2<sup>nd</sup> ed.). Los Angeles, CA: Pyrczak.
- Patterson, J. M. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 349-361. Consultado el día 30 de Mayo del 2003 por: EBSCOhost database.

- Peck, D. (2003). The weight of the world. *Atlantic Monthly*, 29(5), 38-40.
- Peña, M., y Bacallo, J. (2000). La Obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas. In M. Peña. y J. Bacallao (Eds.), *La Obesidad en la Pobreza*. Publicación Científica, 576, 3-11.
- Pesa, J. A., y Turner, L. W. (2001). Fruit and vegetable intake and weight-control behaviors among U.S. youth. *American Journal of Health Behavior*, 25(1), 3-9.
- Piaget, J. (1997/1972). Development and learning. *Piaget Rediscovered* (pp. 7-20). In M. Gauvain y M. Cole. New York: W. H. Freeman.
- Pierre, C. (2003). Dieting with the enemy. *Prevention*, 55(6), 128-132.
- Pope, C., y Mays, N. (1999). Qualitative methods in health research. In C. Pope y N. Mays (Eds.), *Qualitative research in health care* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 1-20). USA: BMJ.
- Pope, C., Ziebland, S., y Mays, N. (1999). Analyzing qualitative data. In C. Pope y N. Mays (Eds.), *Qualitative research in health care* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 75-89). USA: BMJ.
- Puhl, R., y Brownell, K. D. (2003). Ways of coping with obesity stigma: review and conceptual analysis. *Eating Behaviors*, 4(1), 53-78.
- Raiten, D. (1998). Food safety, dietary supplements and obesity. *Priorities for Health*, 10(2/3), 26-28.
- Ramanathan, C. S., y Link, R. (1999). *All our futures: Principles and resources for social work practice in a global era*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Ramos, A. (1996). Epidemiología. In A. Ramos (Ed.), *Obesidad conceptos actuales* (pp.16-28). México: Cámara de la Industria Editorial.

- Research Department of Human Nutrition. (2002, May 29). Achieving “proper” satiety in different social context-qualitative interpretations por: a cross-disciplinary project, sociomaet (Research Report). Consultada el 12 de junio de 2003 por: <http://www.idealibrary.com>
- Rippe, J., Aronne, L., Gilligan, V., Kumanyika, S., Miller, S., Owens, G. et al. (1998). Public policy statement on obesity and health. Por: the Interdisciplinary Council on Lifestyle and Obesity Management. *Nutrition in Clinical Care*, 1, 34-47.
- Ritchie, J., y Spencer, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. In A. Bryman y R. Burgess (Eds.), *Analyzing qualitative data* (pp. 173-194). USA: Routledge.
- Roberts, A. (1999). What are the characteristics of overweight and obese patients who achieve weight loss and what factors are most helpful? A quantitative and qualitative study of patients and interventions in a rural general practice. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 12(1), 20-27.
- Rodin, J. (1980). Pathogenesis of obesity: Energy intake and expenditure. In G. A. Bray (Ed.), *Obesity in America*. Washing ton, DC: U.S. Department of Health, Education, y Welfare.
- Rodin, J. (1993). *Las Trampas del cuerpo*. Buenos Aires: Editorial Paidos.
- Rondwell, M. K. (1988). *Social work constructivist research*. New York: Garland.
- Rothbaum, F., Rosen, K., Ujiie, T., y Uchida, N. (2002) Family system theory, attachment theory and culture. *Family Process*, 41(3), 328-350.



- Rothblum, E. D. (1999). Contradictions and confounds in coverage of obesity: Psychology journals, textbooks, and the media. *Journal of Social Issues*, 55(2), 355-369.
- Rubin, H. J., y Rubin, I. S. (1995). *Qualitative interviewing. The art of hearing data*. USA: Sage.
- Ruiz, S. (2003, Agosto 8) Advierte salud de malos hábitos. El Norte. Consultada el 8 de Agosto de 2003 por: <http://www.elnorte.com nacional/articulo/335261>.
- Russo, M. (2004). SKH Quest logo. In *Unleash your potential*. Consultada el 17 de julio de 2004 por: <http://www.skhquest.com/articles/questlogo.aspx>
- Ryan, G., y Bernard, R. ( 2003). Data management and analysis methods. In N. K. Denzin y Y. Lincoln. (Eds.). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In *Collecting and interpreting qualitative materials* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 259-310). USA: Sage.
- Ryden, A., Karlsson, J., Persson, L., Sjostrom, L., Taft, C., y Sullivan, M. (2001). Obesity-related coping and distress and relationship to treatment preference. *British Journal of Clinical Psychological Society*, 40(2), 177-188.
- Salve, A. D., y Ravaussin, E. (2000). The determinants of obesity. In C. Bouchard (Ed.), *Physical activity and obesity* (pp. 69-102). USA: Human Kinetics.
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., y Sansone, L. A. (2000). The prevalence of borderline personality disorder among individuals with obesity. A critical review of the literature. *Eating Behaviors*, 1(1), 93-104.

- Saskatoon District Health (SDH). (2002). *Call to action: Strategic health information and planning services*. Consultada el 14 de Marzo de 2003 por: <http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity/calltoaction/>
- Schmid, R. (2002) *Diet report calls for more exercise*. Consultada el 28 de Septiembre de 2002 por: <http://story.news.yahoo.com/news?tmpl>
- School Lunch Program. (2003). *Food sold in competition with USDA school meal programs: A report to Congress*. Consultada el 27 de Marzo de 2003 por: <http://www.doe.k12.ga.us/nutrition/competition.pdf>
- Schools that Shine. (2002). Exclusive report. *Natural Health*, 32(5), 63-65.
- Secretaria de Salud. Dirección General de Comunicación Social. (2002, February 19). Comunicado de Prensa No. 21. Consultada el 9 de Junio de 2003 por: <http://www.conava.gob.mx/sala/boletines/boletinnut.htm>.
- Shekter-Wolfson, L., Woodside, D., y Blake, D. (1997). Social work treatment of anorexia and bulimia: Guidelines for practice. *Research on Social Work Practice*, 7, 1.
- Sherwood, N., Morton, N., Jeffery, R., French, S., Neumark-Sztainer, D., y Falkner, N. (1998). Consumer preferences in format and type of community-based weight control programs. *Health Promote*, 13(1), 12-18.
- Sims, E. A. (1980). Definition, criteria, and prevalence of obesity. -In G. A. Bray (Ed.), *Obesity in America* (pp. 20-36). Washington, DC: U.S. Department of Health, Education y Welfare.
- Smith, T. (2002). Obesity and nature's thumbprint: How modern waistlines can inform economic theory. (Department of Economics, UCSB University of California, Santa

Barbara, working paper 18-02). Consultada el 14 de Junio 2003 por:

<http://repositories.cdlib.org/ucsbecon/dwp/18-02>

- Soliah, L., Walter, J. M., y Erickson, J. S.(2000). Physical activity and affinity for food of high school and college students. *American Journal of Health Behavior*, 24(6), 444-458.
- Stain, H., Fonagy, P., Ferguson, K. S., y Wisman, M. (2000). Lives through time: An ideographic approach to the study of resilience. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(2), 281-305.
- Stice, E., Trost, A., y Chase, A. (2003). Healthy weight control and dissonance-based eating disorders prevention programs: Results por: controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 33(1), 10-21.
- Storly, J., y Jordan, H. A. (1984). *Behavioral management of obesity*. New York: Medical y Scientific Books.
- Strauss, A., y Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing Grounded Theory*. USA: Sage.
- Stuart, R. B. (1967). Behavioral control of overeating. *Behavioral Research and Therapy*, 5, 357-365.
- Stunkart, A. J. (Ed.). (1980). Introduction and overweight. In *Obesity*. - Philadelphia/London: W. B. Saunders.
- Sundermeyer, C. A. (1995). *¿Son los gordos más felices?*. Barcelona, Spain: Editorial Grijalvo.

Taylor, S. J., y Bogdan. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.*

Mexico: Paidós.

The 10<sup>th</sup> Food Choice Conference 2002. (2002). Abstracts. *Appetite*, 39, 227-265. Available online at <http://www.idealibrary.com>

The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity.

(2003). *Overweight and obesity: At a glance*. Consultada el 13 de Abril de 2003 por:

<http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity/calltoaction/>

Thompson, J. K., y Heinberg, L. J. (1999). The media's influence on body image, disturbance and eating disorders: We've reviled them, now can we rehabilitate them? *Journal of Social Issues*, 55(2),. 339-353.

Tolerance in the News. (2002). *Sizing up weight-based discrimination*. Consultada el día 16 de Junio de 2003 por: <http://tolerance.org/news/article>

Tutty, L.M., Rothery, M.A., y Grinnell, R. M., Jr. (1996). *Qualitative research for social workers*. Boston, MA: Allyn y Bacon.

U.S. Department of Agriculture (USDA). (2001, January). *Foods sold in competition with USDA school meal programs. A report to Congress*. (House Report 106-619). Consultada el 17 de Marzo de 2003 por: <http://www.commercialalert.org/competitivefoods.pdf>.

U.S. Department of Agriculture (USDA). (2003). *U.S. Department of Agriculture, United States government manual, 2000 2001*. Consultada el 12 de Marzo de 2003 por: <http://www.usda.gov>.

- U.S. Department of Health and Human Services (USHHS). (2002). *Obesity still on the rise, new data show*. Consultada el 6 de Febrero de 2003 por: <http://www.hhs.gov/news/press/2002pres/>
- U.S. Department of Health and Human. (2004). The 2004 HHS poverty guidelines: One version of the (U.S.) federal poverty measure. Consultada el 8 Julio de 2004 por: <http://aspe.hhs.gov/poverty/04poverty.shtml>
- U.S. Senate: Committee on Health, Education, Labor, and Pensions. One hundred seventh Congress. (2003). *Getting fit, staying healthy: Strategies for improving nutrition and physical activity in America*. Washington DC: U.S. Government Printing Office: 2003.
- Ungar, M. (2003). Qualitative contributions to resilience research. *Qualitative Social Work*, 2(1), 85-102.
- Van Strien, T., y Owens, M. A. (2003). Counter regulation in female obese emotional eaters: Schachter, Goldman, and Gordon's (1968) test of psychosomatic theory revisited. *Eating Behaviors*, 3(4), 329-340.
- Vanderwater, E. A., Shim, M., y Caplovitz, A. G. (2004). Linking obesity and activity level with children's television and video game use. *Journal of Adolescence*, 27(1), 77-85.
- Vecchiato, T. (2002). Outcome-based evaluation of national health and social programs. In A. N. Maluccio, C. Canali, y T. Vecchiato. (Eds.), *Assessing outcomes in child and family services: Comparative design and policy issues* (pp. 48-61). New York: Aldine de Gruyter.

- Waller, G., Dickson, C., y Ohanian, V. (2002). Cognitive content in bulimic disorders: Core beliefs and eating attitudes. *Eating Behaviors*, 3(2), 171-178.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1), 1-18.
- Warrix, M. (2003). *Cultural diversity: Eating in America Mexican-American*. Fact Sheet Consultada el 8 de agosto de 2003 por: <http://ohioline.OSU.edu/hyg-fact/5000/5255.html>
- Wechselblatt, T., Gurnick, G., y Simon, R. (2000). Autonomy and relatedness in the development of anorexia nervosa: A clinical case series using Grounded Theory. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(1), 91-121.
- Weitzman, E. A., y Miles, M. (1995). *A software sourcebook: Computer programs for qualitative data analysis*. USA: Sage.
- Wengraf, T. (2001). *Qualitative research interviewing: Biographic narrative and semi-structured methods*. London: Sage.
- Wenzel, J. (2002). *Obesity growing threat to world health*. Consultada el 6 de Noviembre de 2002 por: <http://www.newswise.com/articles/2002/2OBESITY.URI.html>
- Williams, Z. A. (2000). *Self-esteem and overweight: The influence of belief in weight controllability*. Unpublished doctoral dissertation, Hofstra University.
- Williamson, D. (2000). Cuestiones de interés para la vigilancia de la obesidad en salud pública: Prevalencia, incidencia y tendencias seculares In: M. Peña. y J. Bacallao (Eds.), *La Obesidad en la Pobreza*, 576, 95-101.

- Wolf, R. F. (2000). A phenomenological study of in-church and televised worship. In *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis*.(pp. 96-116). USA: John Willey.
- Wolf, R. F. (2000). Self reflection: An essential quality for phenomenological researchers. In *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis* (pp.117-120) USA: John Willey y Sons, Inc.
- World Bank Group. (2001). Global poverty monitoring: Latin American and the Caribbean. Consultada el 8 de Septiembre de 2004 por:  
<http://www.worldbank.org/research/povmonitor/countrydetails/Mexico.htm>
- World Health Organization (WHO). (2003). Killjoy woz here. *Economist*, 366(8314), 75.
- Young, E. A., McFatter, R., y Clopton, J. R. (2001). Family functioning peer influence, and media influence as predictors of bulimic behavior. *Eating Behaviors*, 2(4), 323-337.
- Young, L. R., y Nestle, M., (2002). The contribution of expanding portion sizes to the U.S. obesity epidemic. *American Journal of Public Health*, 92(2).

APENDICE A  
COMPARACIÓN DE ESTUDIOS EMPÍRICOS  
DE LA LITERATURA REVISADA  
( VER VERSION EN INGLÉS)



**APENDICE B**  
**ESTUDIO DE ELEGIBILIDAD**

**Encuesta para determinar la elegibilidad en el estudio**

1. Tiene usted entre 25 y 55 años?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2. Tiene usted un Índice de Masa Corporal de mas de 35%.?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3. Ha usted mantenido ese peso durante el ultimo año?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4. Esta usted consumiendo algún medicamento que lo haga subir de peso (cortisona, anticonceptivos).

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5. Tiene usted algún malfuncionamiento físico o problema glandular ( problema hormonal, hipertiroidismo, etc ) que lo haya hecho aumentar de peso.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

6. Nació usted en los Estados Unidos ( Solo en el caso de México-Americanos).

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

( solo en caso de no haber nacido en los Estados Unidos)

7. Cuantos años tenía usted cuando llego a los Estados Unidos? \_\_\_\_\_ años.

8. Es esta persona elegible para el estudio?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**APENDICE C**  
**FORMA DE CONSENTIMIENTO**

Universidad de Texas en Arlington  
Escuela de Trabajo Social  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Trabajo Social

**Formato de Consentimiento**

Se me ha invitado a participar en un estudio de investigación titulado “Factores Interpersonales y Familiares Asociados a la Obesidad desde una Perspectiva fenomenológica de Mexicanos y México-Americanos, la cual está bajo la dirección de Martha Leticia Cabello quien es estudiante de la Universidad de Texas en Arlington y la Universidad Autónoma de Nuevo León. Entiendo que el propósito de este estudio es conocer el factor humano de la obesidad. Además, esta investigación ofrecerá información que puede ayudar a mejorar programas de servicio social y promover políticas de salud pública encaminadas a prevenir la obesidad. Entiendo que fui seleccionado como un participante en este proyecto de investigación ya que vivo en México, que es uno de los países participantes, y además porque reúno las características de elegibilidad que ellos están interesados en estudiar.

Yo seré uno de los aproximadamente 24 entrevistados de este estudio. La entrevista puede tomar aproximadamente dos horas y se que podría ser necesario reunirnos un par de veces. Se me ha explicado que las preguntas que se me harán están relacionadas con percepciones, ideas, sentimientos y pensamientos relacionados con mi sobrepeso. Además, algunas veces en este tipo de estudio, se podrían hacer preguntas que tienen que ver con información personal o privada acerca de mi familia, hábitos alimenticios, cambios o etapas de estrés en mi vida asociados a mi peso. Si en la entrevista aparecen preguntas que yo no quiero responder, lo haré saber y serán omitidas. Para respetar mi privacidad se me ha hecho saber que cualquier información que sea obtenida a través de este estudio será estrictamente confidencial y puede ser revelada solamente en forma anónima tanto como sea posible de acuerdo a la ley estatal y federal.

Yo entiendo que los beneficios que puedo obtener de este estudio son: primero que todos los participantes podrán tener un reporte de los resultados de este estudio después que

la investigación sea publicada; segundo, basado en los resultados obtenidos, el investigador puede darnos una orientación que ayude a mejorar nuestra calidad de vida. Comprendo que no recibiré ninguna compensación económica como resultado de mi participación en este estudio.

Cláusulas:

- 1.- Entiendo que el consentimiento de información es requerido para todas las personas en este proyecto.
2. Que los procedimientos principales y alternativos incluyendo los procedimientos experimentales en este proyecto se me han explicado en un lenguaje claro que yo pueda entender.
3. Que los riesgos y los inconvenientes de los procedimientos se me han explicado.
4. Los beneficios que se esperan obtener también se me han explicado.
5. Se me ha ofrecido que para responder a cualquier pregunta antes, durante o después del estudio, me puedo contactar con la Dra. Joan Rycraft en la Escuela de Trabajo Social en la Universidad de Texas en Arlington (817) 272-52-55 en los Estados Unidos y con el Dr. Guillermo Zúñiga en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Nuevo León (81) 83-52-13-09 o al (81) 83 76-91-77 en México.
- 6.- Así mismo se me ha hecho saber que mi participación en este estudio es voluntaria y que yo podría retractarme en cualquier momento durante el estudio sin ningún problema o consecuencia.
7. Se me ha informado que si tengo alguna pregunta de acuerdo a mis derechos como participante en este estudio, puedo contactarme con el Dr. Marianne R. Woods, Asistente al Vicepresidente de Investigación/ Directora de la Oficina de Fondos y Contratos (817) 272-2105 (USA).
- 8.- Yo tengo derecho a la privacidad y toda la información obtenida de este estudio que pueda ser identificada puede ser publicada en revistas científicas, siempre y cuando no sea identificado mi nombre.

Yo voluntariamente estoy de acuerdo en participar como persona entrevistada en el dicho proyecto. Entiendo que me será dada una copia de esta forma de consentimiento que estoy firmado.

---

Fecha

---

Firma

Usando un lenguaje que es entendible y apropiado, he discutido este proyecto sobre los aspectos antes mencionado con la persona que será entrevistada.

---

Fecha

---

Firma del Investigador

**APENDICE D**  
**ENTREVISTA CUALITATIVA**

**Entrevista Cualitativa****Datos demográficos:** \_\_\_\_\_**Fecha** \_\_\_\_\_**Lugar de la entrevista** \_\_\_\_\_**Tiempo de duración de la entrevista** \_\_\_\_\_**Nombre** \_\_\_\_\_ **Género** \_\_\_\_\_**Dirección** \_\_\_\_\_**Teléfono** \_\_\_\_\_**Referido por:** \_\_\_\_\_**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

(Día) (mes) (año)

**Lugar de nacimiento** \_\_\_\_\_**Ocupación** \_\_\_\_\_**Religión** \_\_\_\_\_**Estado Civil** \_\_\_\_\_**Ingreso Familiar** \_\_\_\_\_**Número de hijos** \_\_\_\_\_**Datos antropométricos:****Peso** \_\_\_\_ **Kgs/ pounds** **altura** \_\_\_\_ **metros/ pies** **IMC** \_\_\_\_\_**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Guía de Preguntas

1. **¿Cuál es su percepción personal en relación a su peso?**  
Explorar:
  - ★ Sentimientos, ideas y pensamientos sobre sí mismo
  - ★ Su apariencia física
  
2. **Describa cómo acostumbra su familia prepara la comida y las preferencias alimenticias de la familia.**  
Explorar:
  - ★ Cuando crecías? ( en tu infancia?)
  - ★ Actualmente
  - ★ Consumo de comidas con grasa y frecuencia en que la consume.
  
3. **¿De qué manera las preferencias alimenticias culturales han influido sobre tu peso?**  
Explorar:
  - ★ Hábitos de comer cuando era niño
  - ★ Hábitos de comer actuales
  - ★ Disponibilidad de comida en el hogar
  - ★ Lugares y frecuencia cuando salen a comer fuera de casa
  
4. **¿Cómo maneja usted sus problemas de tensión emocional?**  
Explorar:
  - ★ Pérdidas, enfermedades, matrimonio, nacimientos, en relación a la pérdida o aumento de peso.
  - ★ Reacciones dentro de la familia.
  
5. **¿Cuál es el rol que juega la comida en su familia?**  
Explorar:
  - ★ Interacciones alrededor de la comida
  - ★ Indagar sobre el sistema familiar: costumbres, tradiciones, (cumpleaños, festividades, fiestas).
  
6. **¿Han sido afectadas tus relaciones personales, familiares o profesionales a causa de tu sobrepeso?**  
Explorar:
  - ★ La manera en la esas personas han influenciado sus relaciones.
  - ★ Discriminación (exclusión de juegos, deportes, falta de empleo, burlas) y qué piensa sobre ello.
  - ★ Sentimientos y reacciones.

7. ¿Has experimentado en algún momento tristeza, molestia, fastidio o enojo en relación a tu peso?  
Explorar:  
★ Actitudes en relación a su imagen corporal  
★ Búsqueda de ayuda
8. Describa su historia de peso y practicas de alimentación  
Explorar:  
★ Cuando empezó usted a aumentar de peso  
★ Explorar el ambiente socio-familiar que rodeaba a la persona en ese momento.  
★ Métodos, tratamientos y recursos utilizados cada vez que intento bajar de peso.
9. Explorar pensamientos, ideas en relación al éxito o fracaso de su intento por perder peso.  
Explorar:  
★ Si ha tenido recaídas, qué métodos ha utilizado para enfrentar esa situación: recursos sociales, institucionales, familia.  
★ Ambiente social y familiar existente en las recaídas.  
★ Recursos empleados en las recaídas.
10. ¿Está usted haciendo algo en este momento para controlar su peso?  
Explorar:  
★ Si su respuesta es si..... ¿qué es lo que está haciendo?  
★ Si su respuesta es no.....¿Por qué?
11. Describir un típico día de su vida incluyendo lo que habitualmente hace en su trabajo, consumo de alimentos y sus actividades sociales.  
Explorar:  
★ Número de veces que come al día, si deja algún tiempo de comida, tamaño de porciones  
★ Ocupación, ocio, compromisos sociales.
12. ¿Cómo percibe usted su problema de peso en su vida futura?  
Explorar:  
★ Metas mas importantes (expectativas en la vida).  
★ Significado del éxito  
★ Proyectos a futuro en relación a su peso.



