



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Durango

**CAUSAS POR LO QUE EL PACIENTE OBESO RECHAZA EL TRATAMIENTO
NO FARMACOLOGICO PARA ADELGAZAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Incluir: SELLO DE LA

MARIA DEL ROCIO BRAVO CAMPOS

Dr. Isaías Hernández Torres
DIRECTOR DE TESIS:



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**CAUSAS POR LO QUE EL PACIENTE OBESO RECHAZA EL TRATAMIENTO
NO FARMACOLOGICO PARA ADELGAZAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA DEL ROCIO BRAVO CAMPOS

A U T O R I Z A C I O N E S

Dr. Carlos Alberto Guido Arreola

DIRECTOR DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN Durango

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

DIRECTOR DE TESIS

DR. TOMAS GONZÁLEZ GAMIZ

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL ISSSTE.

DURANGO

2011

**CAUSAS POR LO QUE EL PACIENTE OBESO RECHAZA EL TRATAMIENTO
NO FARMACOLOGICO PARA ADELGAZAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA DEL ROCIO BRAVO CAMPOS

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROSA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Agradezco a Dios por darme vida, inteligencia, paciencia, perseverancia y los medios para lograr este objetivo.

También quiero darle las gracias al Dr. Heriberto Salinas V, a la Dra. Guadalupe Sariñana Montenegro, a mi asesor Dr. Isaías Hernández Torres porque sin su ayuda y paciencia no lo hubiera logrado.

De forma muy especial a mi esposo Juan Gabriel, a mis hijas Violeta y Andrea por el apoyo que me dieron y por creer en mí.

INDICE

Marco Teórico

Planteamiento del Problema

Justificación

Objetivos

Metodología

Resultados

Conclusión del resultado

Referencia Bibliografía

Anexos

MARCO TEÓRICO

LA OBESIDAD:

Es una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones, se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo. Y se presenta cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) en el adulto es igual o mayor a 30Kg/m². También se considera signo de obesidad un perímetro abdominal aumentado en hombre mayor o igual a 102cm y en mujer mayor o igual a 88cm, y una relación cintura/cadera superior a 1.0 en hombres y 0.8 en mujeres es indicativo de un elevado riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares¹

La obesidad no distingue color de piel, edad, nivel socioeconómico, sexo o situación geográfica.

Anteriormente se consideraba a la persona con sobrepeso como una persona que gozaba de buena salud, sin embargo ahora se sabe que la obesidad tiene múltiples consecuencias en nuestra salud.

Con excepción de las personas que son muy musculosas, aquellas cuyo peso supera en un 20 por ciento o más el punto medio de la escala de peso según el valor estándar peso/altura, son consideradas obesas. La obesidad puede ser clasificada como leve (del 20 al 40 % de sobrepeso), moderada (del 41 al 100 por cien de sobrepeso) o grave (más del cien por cien de sobrepeso). La obesidad es grave en solamente el 0,5 por ciento de las personas obesas.

La obesidad es una amenaza para la vida, es una enfermedad progresiva y crónica de proporciones epidémicas que afecta a todo el mundo.

Sin embargo no existe una definición satisfactoria para esta enfermedad, tampoco una proporción de peso a talla donde podamos definir que las enfermedades y complicaciones asociadas que limitan y acortan la vida.

Según su origen se clasifica en exógena y endógena:

Obesidad exógena es la obesidad debido a una alimentación excesiva.

Obesidad endógena la que tiene por causa alteraciones metabólicas. Dentro de las causas endógena, se habla de obesidad endocrina cuando está provocada por disfunción de alguna glándula endocrina, (obesidad por hipotiroidismo), o por deficiencia de hormonas sexuales como en el caso de obesidad gonadal.¹

Causas

La obesidad es el resultado del consumo de una cantidad de calorías mayor que las que el cuerpo utiliza. Los factores genéticos y ambientales influyen en el peso del cuerpo, pero su interacción para determinar el peso de una persona no está todavía aclarada.²

Factores genéticos: investigaciones recientes sugieren que, por término medio, la influencia genética contribuye en un 33% aproximadamente al peso del cuerpo, pero esta influencia puede ser mayor o menor en una persona en particular.²

Factores socioeconómicos: estos factores influyen fuertemente en la obesidad, sobre todo entre las mujeres. En algunos países desarrollados, la frecuencia de la obesidad es más del doble entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo que entre las de nivel más alto. El motivo por el cual los factores socioeconómicos tienen una influencia tan poderosa sobre el peso de las mujeres no se entiende por completo, pero se sabe que las medidas contra la obesidad aumentan con el nivel social. Las mujeres que pertenecen a grupos de un nivel socioeconómico más alto tienen más tiempo y recursos para hacer dietas y ejercicios que les permiten adaptarse a estas exigencias sociales.²

Factores psicológicos: los trastornos emocionales, que durante un tiempo fueron considerados como una importante causa de la obesidad, se consideran actualmente como una reacción a los fuertes prejuicios y la discriminación contra las personas obesas. Uno de los tipos de trastorno emocional, la imagen negativa del cuerpo, es un problema grave para muchas mujeres jóvenes obesas. Ello conduce a una inseguridad extrema y malestar en ciertas situaciones sociales.²

Factores relativos al desarrollo: un aumento del tamaño o del número de células adiposas, o ambos, se suma a la cantidad de grasas almacenadas en el cuerpo. Las personas obesas, en particular las que han desarrollado la obesidad durante la infancia. Pueden tener una cantidad de células grasas hasta cinco veces mayor que las personas de peso normal. Debido a que no se puede reducir el número de células, se puede perder peso solamente disminuyendo la cantidad de grasa en cada célula.²

Actividad física: la actividad física reducida es probablemente una de las razones principales para el incremento de la obesidad entre las personas de las sociedades opulentas. En algunas, los Estados Unidos, por ejemplo, la obesidad es hoy dos veces más frecuente que en el año 1900, aun cuando el término medio de calorías consumidas diariamente ha disminuido un 10 por ciento. Las personas sedentarias necesitan menos calorías. El aumento de la actividad física hace que las personas de peso normal coman más, pero puede que no ocurra lo mismo en las personas obesas.

Hormonas: Algunos trastornos hormonales pueden causar obesidad, como son el síndrome de Cushing, insuficiencia suprarrenal, diabetes etc.

Fármacos: ciertos fármacos utilizados frecuentemente causan aumento de peso, como la prednisona (un corticosteroide) y muchos antidepresivos, así como también muchos otros fármacos que se utilizan para curar los trastornos psiquiátricos.²

Síntomas

La acumulación del exceso de grasa debajo del diafragma y en la pared torácica puede ejercer presión en los pulmones, provocando dificultad para respirar y ahogo, incluso con un esfuerzo mínimo. La dificultad en la respiración puede interferir gravemente en el sueño, provocando la parada momentánea de la respiración (apnea del sueño), lo que causa somnolencia durante el día y otras complicaciones.

La obesidad puede causar varios problemas ortopédicos, incluyendo dolor en la zona inferior de la espalda y agravamiento de la artrosis, especialmente en las caderas, rodillas y tobillos.

Los trastornos cutáneos son particularmente frecuentes. Dado que los obesos tienen una superficie corporal escasa con relación a su peso, no pueden eliminar el calor del cuerpo de forma eficiente, por lo que sudan más que las personas delgadas. Es frecuente asimismo la tumefacción de los pies y los tobillos, causada por la acumulación a este nivel de pequeñas a moderadas cantidades de líquido (edemas)²

Complicaciones

Las personas obesas corren un riesgo mayor de enfermarse o morir por cualquier enfermedad, lesión o accidente, y este riesgo aumenta proporcionalmente a medida que aumenta su obesidad.

La obesidad abdominal se ha vinculado con un riesgo mucho más elevado de enfermedad coronaria y con tres de sus principales factores de riesgo: la hipertensión arterial, la diabetes de comienzo en la edad adulta y las concentraciones elevadas de grasas (lípidos) en la sangre. El motivo por el cual la obesidad abdominal incrementa estos riesgos es desconocido, pero es un hecho constatado que, en las personas con obesidad abdominal, se reducen con la pérdida notable de peso.

La pérdida de peso hace bajar la presión arterial en la mayoría de las personas que tienen hipertensión arterial y permite a más de la mitad de las personas que desarrollan diabetes del adulto suprimir la insulina u otro tratamiento farmacológico.

Ciertos tipos de cáncer son más frecuentes en los obesos que en las personas que no lo son, como el cáncer de mama, de útero y de ovarios en las mujeres y cáncer de colon, de recto y de próstata en los varones. Los trastornos menstruales son también más frecuentes en las mujeres obesas y la enfermedad de la vesícula biliar se produce con el triple de frecuencia en ellas.³

Tipos de obesidad

Según la distribución de la grasa corporal existen los siguientes tipos:

Obesidad androide: Se localiza en la cara, cuello, tronco y parte superior del abdomen. Es la más frecuente en varones.

Obesidad ginecoide: Predomina en abdomen inferior, caderas, nalgas y glúteos. Es más frecuente en mujeres.

Obesidad de distribución homogénea: es aquella en la que el exceso de grasa no predomina en ninguna zona del cuerpo.⁴

¿Cómo se clasifica la obesidad?

Considerando su inicio, se clasifica como obesidad de la infancia o del adulto, considerando la distribución del exceso de grasa corporal en obesidad del tronco y hombros y obesidad de tronco y caderas, pero para propósitos de pronóstico y tratamiento, la obesidad se clasifica de acuerdo al índice de masa corporal o IMC como clase I (moderada), Clase II (severa) o Clase III (mortal).⁵

El IMC entre 25 y 29 es sobrepeso, excepto en personas con una estatura de 150cm o menor, donde la obesidad clase I se alcanza con un IMC de 27 y la clase III o mortal con IMC de 35 (en vez de 40). No existe un determinado índice de masa corporal (IMC) o proporción de peso a talla, en el cual podamos decir que las enfermedades asociadas que acortan la vida y la limitan, van a aparecer.

Obviamente el riesgo de desarrollarlas es mayor entre más alto el IMC y entre más pronto la obesidad es corregida, más enfermedades asociadas serán evitadas y prevenidas. Incluso esta clasificación es subjetiva, personas con obesidad clase I refieren síntomas de la clase III y presentan sus complicaciones, mientras otros que han sido diagnosticados como clase III, no los tienen, este último ejemplo está muy relacionado con la edad, sucede comúnmente entre gente joven, una vez que el sobrepeso y obesidad han aparecido, es solo cuestión de tiempo, esta es la razón por la que cada caso debe ser diagnosticado y estudiado de forma individual, el pronóstico debe ser explicado al paciente así como las opciones de tratamiento.

La persona que sufre de sobrepeso y obesidad, necesita ser diagnosticada tan pronto como sea posible independientemente de sus síntomas, ya que sin el diagnóstico, no se puede discutir el pronóstico con el paciente, tampoco establecer

un tratamiento adecuado y por lo tanto el enfermo no disfrutara de una pérdida significativa y constante de peso.⁵

La obesidad generalmente se mide a partir de indicadores de sobrepeso, como el índice de masa corporal (peso en kilogramos sobre talla en metros al cuadrado), o bien por medio de indicadores de porcentaje y distribución de tejido adiposo en el organismo (como los distintos pliegues subcutáneos, o la razón circunferencia de cintura sobre circunferencia de cadera).^{5,6}

Con los pliegues cutáneos, valoramos la cantidad de tejido adiposo subcutáneo. Para realizar esta valoración medimos en unas zonas determinadas el espesor del pliegue de la piel, es decir una doble capa de piel y tejido adiposo subyacente, evitando siempre incluir el músculo. Se mide en mm

Se utiliza el plicómetro para su medición y los pliegues se toman en el bicipital, tricipital, subescapular, suprailíaco, muslo, abdomen, pecho, axilar y pierna, los más usados son el tricipital y subescapular.⁶

La prevalencia de obesidad y sobrepeso ha aumentado tanto en países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo.

En la Ciudad de México, en un estudio desarrollado en población adulta de nivel socioeconómico bajo se encontraron tasas de prevalencia de obesidad de 37% en hombres y 60% en mujeres.

Estudios en población adulta México -norteamericana en los Estados Unidos han encontrado tasas de prevalencia de sobrepeso ajustado por edad de 39.1% en hombres y 47.2% en mujeres y es debida a problemas étnicos y a cambios en la dieta al migrar a EU.

Nota: esta tabla es para personas adultas (de 20 años y mayores).⁷

Si su IMC es de 25 a 29.9, usted está en la categoría de “sobrepeso.” Si su IMC es de 30 ó más, usted está en la categoría de “obesa.” Existen tres clases de obesidad:

Obesidad de Clase I -IMC de 30 a 34.9

Obesidad de Clase II -IMC de 35 a 39.9

Obesidad de Clase III -IMC de 40 ó más^{1,2,4}

Obesidad en México

México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil y adulta, así como el primer lugar en diabetes infantil. Haciéndolo oficial el Presidente de México Felipe Calderón el 25 de enero del 2011.⁹

Mortalidad de la obesidad

Diversos estudios señalan que México se encuentra en transición epidemiológica - proceso en el cual se observa un descenso dramático de la mortalidad por enfermedades infecciosas, y un aumento modesto en la mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas.⁸

El país ha experimentado un descenso en sus tasas de fecundidad a partir de la década de los setenta, así como una reducción de la mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas, y un aumento relativo en enfermedades crónicas a partir de los años cincuenta. Asimismo, cabe considerar dos factores que intervienen en este proceso: por un lado, el desarrollo socioeconómico no es homogéneo en todas las regiones del país.^{8,9}

De acuerdo con el índice de marginación elaborado por el Consejo Nacional de Población, los estados del sur y el centro de la República Mexicana tienen niveles más altos de marginación que los estados del norte y el Distrito Federal.

Por el otro lado, diversas regiones de México se encuentran en distintas etapas del proceso de transición epidemiológica. Este fenómeno, conocido como polarización epidemiológica, refleja grandes disparidades en las condiciones de salud de distintos grupos sociales en el país.⁸

En México, en general, se ha prestado mayor atención a los problemas de desnutrición que a los de mala nutrición por exceso. Sin embargo, los cambios que el país ha experimentado y el proceso de transición epidemiológica por el cual atraviesa, indican que la malnutrición por exceso también puede constituir un problema de salud pública importante. La creciente urbanización y el desarrollo económico producen cambios en las condiciones y en los estilos de vida. Estos cambios pueden generar modificaciones en la dieta y en los patrones de actividad física de la población, lo que puede aumentar el riesgo de obesidad.⁸

Información procedente tanto de países desarrollados como en desarrollo, indica que el riesgo de sufrir obesidad no es homogéneo entre los distintos estratos socioeconómicos y educativos de la población. En los Estados Unidos, hasta antes de 1980, la prevalencia de obesidad en niños era mayor entre estratos socioeconómicos altos. Sin embargo, recientemente se ha detectado un aumento en la prevalencia en preescolares de bajos ingresos. Del mismo modo, se han encontrado prevalencias más altas entre niños de bajos ingresos, hispanos o indios americanos, en comparación con las de otros grupos étnicos. La obesidad entre adultos en los Estados Unidos es más frecuente entre personas de bajos recursos económicos y entre la población áfrico americana y México norteamericana.⁸

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) Cada año mueren al menos:

2.6 millones de personas como consecuencia de sobrepeso y obesidad.

4.4 millones de personas como resultado de niveles de colesterol alto.

7.1 millones de personas como resultado de una presión arterial alta.

En el 2005 murieron 495,240 personas; de las cuales 16:4% a causa de enfermedad cardiovascular, 13.6% por Diabetes Mellitus y 12,7% tumores malignos ¹¹ Estas son las tres primeras causas de mortalidad en el país, y la obesidad es uno de los principales factores de contraerlas. riesgo para la salud.

COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD:

Problemas cardiovasculares:

- Opresión torácica y estenocardia.
- Estasis vascular-pulmonar.
- Taquicardia de esfuerzo.
- Hipertensión arterial.
- Insuficiencia cardiaca.
- Angina de pecho.
- Infarto de miocardio.
- Estasis venoso periférico.
- Varices.
- Tromboflebitis.
- Ulceras varicosas.
- celulitis.

Arteriosclerosis:

Causa frecuente de retinitis, nefroesclerosis y alteraciones coronarias.

Menos frecuente la arteriosclerosis cerebral, causa de trombosis y hemorragias cerebrales.

Diabetes Mellitus tipo II. ³

Alteraciones metabólicas: ³

- Hiperglucemia, intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina.
- Hipercolesterolemia.
- Hipertrigliceridemia.
- Hiperuricemia.

Problemas respiratorios:

- Hipo ventilación alveolar.
- Aumento de la incidencia de catarros, bronquitis crónica, neumonía...
- Síndrome de Picwick (cuadro de insuficiencia cardio-respiratoria). Apnea nocturna.

Problemas osteoarticulares:

- Aplanamiento de la bóveda de la planta del pie.
- Aplanamiento de los cuerpos vertebrales de la columna, con neuralgias y espondilitis deformante.
- Artrosis generalizada: especialmente en rodillas, caderas y columna lumbar.
- Atrofia muscular.
- Gota.
- En niños: pie plano, genu valgum, desplazamiento de la epífisis de la cabeza femoral.

Problemas digestivos:

- Dispepsia gástrica, con acidez, flatulencia, digestiones pesadas....
- Dispepsia biliar, con colecistitis y coledocitis.
- Úlcera gastroduodenal.
- Estreñimiento, con frecuentes hemorroides.
- Insuficiencia hepática en grado variable por infiltración grasa.
- Aumento de la frecuencia de cirrosis hepática.
- Insuficiencia pancreática.

Problemas renales:

- Nefrosclerosis con hipertensión arterial.
- Albuminuria y cilindruuria.
- Retención líquida con edemas.

Problemas cutáneos:

- Cianosis por estasis vascular y telangiectasias.
- Estrías cutáneas.
- Lesiones por rozaduras.
- Lesiones por maceración cutánea.
- Intertrigo.
- Mayor frecuencia de forúnculos, ántrax...
- Caída de pelo, a veces hirsutismo.
- Exceso de sudoración.
- Úlceras y celulitis.
- Pigmentación en la piel (acantosis pigmentaria)

Problemas gonadales:

- Alteraciones menstruales variables: hipomenorrea, hipo e hipermenorrea, amenorrea.

Problemas gestacionales

- Mayor incidencia de toxemia preeclámpsica, mal posiciones fetales y partos prolongados.

Problemas sexuales:

- Disminución de la libido, frigidez e impotencia (frecuentemente psicológica).
- Compulsivita e impulsividad sexual.
- Problemas de orden físico para realizar el acto sexual.

Problemas neurológicos:

- Cefaleas.
- Insomnio.
- Múltiples trastornos psicósomáticos.

Problemas hematológicos:

- Policitemia con aumento de la hemoglobina.

Infecciones:

- Aumento de las infecciones cutáneas y respiratorias.
- Peor pronóstico en casos de fiebres tifoideas, neumonías y gripe.

Problemas parietales:

- Hernias umbilicales, inguinales y crurales.

Problemas quirúrgicos y anestésicos:

- Aumento en general del riesgo quirúrgico inducido por otras complicaciones (cardíacas, pulmonares, metabólicas, etc.).
- Aumento de la mortalidad operatoria proporcional al incremento de peso.
- Dificultad para adoptar ciertas posiciones quirúrgicas (Trendelenburg).
- Incremento de la dificultad en la realización de venopuntura, intubación y punción lumbar.
- Complicaciones de cicatrización.
- Elevado riesgo de eventraciones postquirúrgicas.
- Aumento de las embolias y trombosis postquirúrgicas.
- Mayor riesgo de infecciones postquirúrgicas.
- Incremento de la dificultad de ajuste de la dosis anestésica.
- Hipo ventilación postanestésica.

Problemas oncológicos:

- Aumento general de la mortalidad por cáncer.
- Aumenta estadísticamente el riesgo de cáncer de próstata y colon en hombres.
- Aumenta estadísticamente el riesgo de cáncer de endometrio, ovario y mama en la mujer.

Problemas psicológicos:

- Miedo e inseguridad personal.
- Pérdida de la autoestima.
- Desorden de conductas alimentarias.
- Perturbación emocional por hábitos de ingesta erróneos.
- Distorsión de la imagen corporal.

- Tristeza e infelicidad.
- Ansiedad, frecuente en niños, por pseudomicropene y pseudoginecomastia.
- Depresión.
- Frigidez e impotencia.^{8, 10, 12}

Problemas sociales:

- Angustia por presión social frente a su obesidad.
- Angustia por presión social frente a su adelgazamiento.
- Aislamiento social.
- Dificultades para vestir, usar transportes públicos...
- Sobreprotección familiar.
- Rotura del núcleo familiar o de la pareja^{8, 10, 12}

Obesidad y género.

En un estudio que dirige el profesor Terry Wilkin, estudiaron 226 familias y constataron que entre las madres obesas la posibilidad de tener hijas con el mismo problema, era 10 veces mayor que entre las madres con un peso normal.

Lo que llamó la atención es que los hijos varones de esas mismas madres no presentaban problema de obesidad en la misma proporción. Lo mismo ocurría con los padres con respecto a sus hijos varones en este caso el índice de probabilidad era 6 veces superior al de los padres con peso normal y a sus hijas.

El estudio concluyó que es “altamente improbable” que la genética este detrás de estos datos porque los genes no marcan límites entre los sexos, sino que más bien tiene que ver con que los niños tienden a copiar el comportamiento del progenitor del mismo género.^{13, 14}

En general hay más mujeres obesas que hombres obesos, pero la diferencia de género puede disminuir con el tiempo. En muchos países, durante los años 1990 el incremento en obesidad severa fue generalmente mayor para hombres que para mujeres. Al grado las diferencias de género en Europa han disminuido y en varios países han disminuido.^{13, 14}

Es interesante notar que el desarrollo de obesidad severa en los 2 géneros es también heterogéneo entre países. Las tendencias en Dinamarca muestran que entre 1964 y 1994 la prevalencia de obesidad se incrementó para todos los hombres y en las mujeres de edad madura, con grados diferentes entre los grupos de edad.

En contraste, la prevalencia disminuyó para las mujeres de edad media y fue estable para mujeres más jóvenes. El mismo patrón de desarrollo se observó para mujeres de mediana edad en Finlandia, Noruega y Suecia, pero no en hombres de mediana edad nórdicos o en mujeres de mediana edad nórdica o en mujeres de mediana edad en otros lados.^{13, 14}

Este estudio sugiere que la presunción general de que los cambios más en factores de estilo de vida están asociados con tendencias crecientes en obesidad no pueden explicar las tendencias heterogéneas.^{13, 14}

Diferencia de género en la distribución de grasa:

La grasa localizada periféricamente y subcutáneamente en caderas y muslos se conoce como ginecoide, o patrón de grasa tipo femenino, en tanto que la grasa concentrada en el tronco, particularmente de forma visceral, se conoce como androide o patrón de grasa tipo masculino.

Esta distribución está determinada en gran medida por las hormonas y por tanto las diferencias en los patrones típicos de grasa tienden a desvanecerse con la edad, particularmente cuando las mujeres alcanzan la menopausa y desarrollan un patrón más androide.

La obesidad está estrechamente ligada al desarrollo de diabetes y la mayoría de las autoridades de salud concuerdan en que la actual epidemia de obesidad ha iniciado una epidemia de diabetes que culminara en 10 a 15 años o más. Adicionalmente, la diabetes mellitus tipos 2 que se encontraba solamente entre adultos, ya apareció entre niños y adolescentes.¹⁴

Las relaciones entre obesidad y diabetes y entre diabetes y enfermedad del corazón son diferentes para hombres y mujeres. Estudios bien concluidos muestran que la obesidad puede ser una mayor desventaja de salud para la mujer que para el hombre. Es más riesgoso para mujeres obesas desarrollar diabetes que para hombres obesos. Así como una mujer con IMC mayor de 30 sin previa historia de diabetes tiene riesgo a los 8 años de desarrollar Diabetes Mellitus. que es 28 veces mayor que el de una mujer con IMC menor de 22, por tanto es 4 veces mayor el riesgo de padecer diabetes una mujer obesa que para los hombres con IMC similares porque en el hombre obeso es 7 veces solamente.^{13, 14}

Aspectos sociales:

Efectos negativo de índole social y psicológico.

Las personas con sobrepeso y obesidad a menudo son objeto de burlas y solo con lleva a problemas emocionales no expresados fácilmente.

Lo consideramos un problema social porque afecta a gran parte de la población, y la mayoría de las personas están expuestas a ese problema¹⁵

La mayoría de la gente no sabe que es un problema de salud. Se realizaron encuestas para el problema a personas normales: 15%e las personas dedican 2 hs. diarias a ver la TV, 82%consideran que están peor vista socialmente una mujer obesa que un hombre obeso en la misma situación, 65% piensan que una persona delgada tiene más facilidades de encontrar trabajo, 72% tanto el hombre como la

mujer cree que el exceso de peso es un impedimento para encontrar pareja sentimental. 16% no realizan actividad física y el 40% que lo hace es por cuestión estética no por cuestión de salud.¹⁶

En la sociedad se refleja un mensaje contradictorio. Por un lado, se fomenta el sedentarismo, la vida poco saludable y la comida chatarra, factores que han convertido a la obesidad en una epidemia global desde edades cada vez más tempranas. Anteponiéndose a esta situación, se exigen valores superficiales, como la belleza y el cuerpo perfecto, que parecen tomar más importancia que la idoneidad, la honestidad y el talento.³²

La sociedad alimenta el trastorno y a la vez condena al enfermo y éste mismo se refugia en la no-aceptación de los demás para seguir hundiéndose en su enfermedad. Conforme va aumentando de peso aparecen la depresión, baja autoestima, apatía etc. El enfermo no es consciente de su situación, no se acepta y no cree que deba cambiar algo, así se protege del daño de verse y saberse enfermo.

Cambiar la imagen que la sociedad tiene de la persona obesa y su condición no es tarea de un día para otro. Se requiere una profunda campaña de concientización.³²

Psicológicas en el infante

Es muy importante la repercusión que la obesidad tiene sobre el desarrollo psicológico y la adaptación social del niño. En general, las personas afectadas de obesidad no están bien consideradas en la sociedad.

En los medios de comunicación los niños y adultos obesos suelen desempeñar un personaje cómico, tropezón y glotón. Un niño de 7 años ya ha aprendido las normas de atracción cultural y de aquí que elija a sus compañeros de juego basándose en sus características físicas, hasta el punto de que muchas veces prefieren elegir a un niño con una discapacidad antes que a un niño obeso.

Se ha comprobado que los niños obesos tienen una pobre imagen de sí mismos y expresan sensaciones de inferioridad y rechazo. Por lo tanto, suelen presentar dificultades para hacer amigos. La discriminación por parte de los adultos o de los compañeros desencadena en ellos actitudes antisociales, que les conducen al aislamiento, depresión e inactividad, y frecuentemente producen aumento en la ingestión de alimentos, lo que a su vez agrava o al menos perpetúa la obesidad.

En la adolescencia el concepto de sí mismo es de tal importancia que cualquier característica física que les diferencie del resto de sus compañeros tiene el potencial de convertirse en un problema más grave, en concreto disminuyendo su autoestima.

Es también un gran problema encontrar vestimenta para los niños obesos, ya que es difícil que encuentren ropas de moda adecuadas para su talla. Además, estos

niños presentan frecuentemente alteraciones del comportamiento, síntomas de depresión y ansiedad.^{2, 20}

La obesidad se considera una lacra en muchos países Europeos, y se percibe como una apariencia física no deseable y un signo de los defectos de carácter que se supone que indica. Incluso los niños de seis años perciben a otros niños obesos como “vagos, sucios, estúpidos, feos, mentirosos y tramposos”.

Las personas obesas tienen que enfrentarse a la discriminación. Según los estudios realizados en el Reino Unido y en Estados Unidos, las jóvenes con exceso de peso ganan mucho menos que las mujeres sanas, sin sobrepeso o que otras mujeres con problemas crónicos de salud.^{2, 21}

También es más frecuente que las personas obesas coman compulsivamente, y que tengan una largo historial de desórdenes alimentarios que se caracterizan por los atracones y las variaciones de peso.

Por ejemplo, la influencia de factores Psicológicos aun permanece incierta; mientras que el paciente obeso ha sido etiquetado como comedor compulsivo, también encontramos a muchas personas no obesas que también lo son. La patología psicológica se encuentra ligada a esta enfermedad, solo en un número pequeño de casos, entre estos el “síndrome del comedor nocturno” (anorexia por la mañana, gula por la tarde e insomnio), han incluido en este pequeño grupo a aquellos que han sido obesos desde su infancia, en este caso, más que un factor de acusa psicológica, el sentido común lo llamaría una consecuencia psicológica.²¹

La insatisfacción corporal y la percepción de uno mismo como gordo junto con otros comportamientos alimentarios (dieta) son características muy frecuentes en la población femenina.

El ideal delgado y las preocupaciones por el peso viene de un ideal cultural y que aunque hoy sea considerado estético, es sólo una moda y no es necesariamente saludable ni accesible. Puede tener consecuencias negativas. Como la gran preocupación por el peso y la figura.²⁰

Obesidad en la familia

Los factores familiares son otro tema interesante, el 80% de los hijos de 2 padres obesos son obesos, el 40% de los hijos de un matrimonio cuando uno de la pareja es obeso, sufre de esta enfermedad y solo el 10% de las personas son obesas cuando ninguno de sus padres lo es. Algunos autores se refieren a esto como factor “genético”, también controversial, ya que la traducción práctica de la estadística mencionada es que “padres delgados pueden criar a hijos obesos y padres obesos pueden criar a hijos delgados”, la obesidad puede no ser heredada genéticamente, pero un hecho contundente es que los hijos adoptan los malos

hábitos de los padres, muchos niños se encuentran comiendo la misma cantidad de comida de un adulto y quizás la obesidad en los niños inicia con una madre que se complace al ver a sus hijos comer en forma abundante.³²

Un reciente estudio en Pensilvania halló que los adolescentes tendían a ser más pesados en aquellas familias que con frecuencia se saltaban alguna comida o pasaban varias horas frente al televisor o en los videojuegos. Es decir la investigación que el peso y la obesidad es cuestión de familia, pero no sólo por compartir rasgos genéticos, sino por lo que hacen juntos, cómo pasar el tiempo juntos, lo que comen o cómo se organizan en familia.²⁰

El ritmo acelerado de hoy en día, así como la desorganización familiar o los escasos recursos económicos pueden llegar a saltarse una comida, y es casi determinante que no comer de forma fraccionada influye en el incremento del apetito y aumenta la ingesta de alimento, favoreciendo el aumento de peso (20)

Respecto a los factores sociales, algunos estudios mencionan que la obesidad se encuentra 6 veces más aumentada en gente de bajo ingreso pero en conclusión, las personas suben de peso por el consumo crónico del “exceso de calorías baratas” o “calorías caras”, cualquiera de estas.²⁰

¿Qué está sucediendo con la comida actual?

La respuesta es que la comida actual ha cambiado pero nuestro sistema digestivo permanece igual desde hace por lo menos cien mil años, nuestros genes son los mismos, no han cambiado.³⁰

Los “consejos” tradicionales de contar las calorías ya no funcionan. Necesitamos aprender a escoger la comida que consumimos entre esa inmensa diversidad de productos en los centros de abastos en donde hay cientos de diferentes variedades y para poder escogerlos debemos de educarnos desde el punto de vista nutricional y si no tomamos parte activa en esto, seguirán en aumento las enfermedades relacionadas con la alimentación El comer tiene dos objetivos básicos primordiales:³⁰

- a) Suministrar la energía necesaria para todas nuestras actividades.
- b) Suministrar los elementos necesarios para reparar y renovar todas las células y tejidos de nuestro organismo.

Debemos de escoger primordialmente alimentos que llenen los dos objetivos y por consiguiente es necesaria la orientación nutricional profesional, no comercial. Comentarios sobre los Alimentos:

Incluso los hábitos alimenticios son confusos, mientras algunas personas obesas ingieren cantidades importantes de comida durante todo el día, otros no, algunos son afectados por la cantidad de alimento que consumen y otros por la calidad, sin

embargo también hay gente delgada que pasa el día comiendo entre comidas, otro hecho también es que la gente difiere en la eficacia con la que utilizan y almacenan energía (en la forma de grasa).³⁰

Otro factor no encontrado en la literatura médica como factor contribuyente y quizás el más común en la obesidad del adulto que busca ayuda en la consulta médica para control de peso, son los cambios en su estilo de vida, mucha gente inicia su aumento de peso después del matrimonio, una vez que termino sus estudios y se encuentra trabajando de tiempo completo o también después de los partos, en todos estos encontramos un incremento en el consumo de calorías en los alimentos o una disminución de las calorías utilizadas en las actividades cotidianas.³⁰

La comida que consumimos en la actualidad es muy diferente a la que se comía hace diez o veinte años atrás.

La industria alimentaria ha efectuado cambios sustanciales desde el cultivo y la preparación hasta la presentación en los centros de abastos. Las enfermedades relacionadas con la alimentación también han cambiado y a que han aumentado considerablemente. Sabemos muy bien que algunos alimentos tienen gran influencia en el desarrollo del cáncer pero los seguimos comiendo y todos los tipos de cáncer van en aumento.³⁰

Tres de cuatro personas saben muy bien que una alimentación no adecuada es causa del desarrollo de diabetes pero cada año crece el número de personas con esta enfermedad.

Consumimos mayor cantidad de leche pero hay más gente con osteoporosis. La Leche no es necesaria en el adulto.

Se consumen gran cantidad de productos “Light y Low Fat” y la obesidad persiste.

Cuatro de cada diez personas están con régimen dietético para bajar de peso pero cada día hay más gente con sobrepeso.³¹

UNAS CUANTAS REALIDADES SOBRE LA OBESIDAD³¹

La famosa “curva de la felicidad” se ha transformado hoy en día en la “curva de la desgracia”

El insigne don Gregorio Marañón ya dijo que las modas obedecen a una serie de motivos: los motivos de utilidad, los económicos y los sexuales, combinándose en proporciones distintas según el caso. La estética, por muchos de estos motivos, ha forzado el ideal de delgadez extrema.

Marañón apoyaba las modas de la delgadez: “Creo que una moda como la actual, con el enorme poder sugestivo de su sentido erótico, puede hacer más por lograr una alimentación correcta que todos los esfuerzos de los médicos”, y también dijo

que “el cine, con sus esbeltas actrices, ha contribuido más a la esbeltez que todas las campañas sanitarias juntas”. Marañón propugnaba al hombre “delgado, no gordo, pero tampoco flaco”.

La Gran Paradoja ¹⁶

La Publicidad, que postula cánones estéticos definidos por la delgadez, al tiempo que oferta continuamente la comida (se le ha definido con toda razón como “la gran fábrica de obesos tristes”).

Otra gran paradoja médica y humana es la llamada Ceguera a la Obesidad. La mayoría de los pacientes no reconocen su “obesidad”, no se ven como “personas obesas”, si acaso “algo llenitas y poco más”. Pese a todo, el 83,5% de los españoles admite que el exceso de peso es un problema de salud.

De ellos, un 82,6% aceptan que es causa de problemas cardíacos, un 79,5% de hipertensión arterial, y un 45,8% la relacionan con la diabetes. También debemos tener en cuenta que en España un 53% de la población tiene sobrepeso, y un 15% de los adultos entre 25 y 60 años es declaradamente obeso.

El 60% de los pacientes obesos mienten sobre las cantidades y composiciones de su ingesta.

Determinado problemas de salud es infundada, de modo que dicha preocupación no debe impedir a las personas obesas intentar disminuir su peso. ¹⁶

Para los moderadamente obesos que desean perder peso más rápidamente, se han desarrollado programas con regímenes con un bajo contenido calórico, de 800 calorías diarias o incluso menos. Estas dietas son seguras cuando están supervisadas por médicos calificados.

No existe en la literatura mucha información sobre las causas del obeso para no aceptar adelgazar, por lo que se me apoyo en literatura sobre la no aceptación de la Diabetes Mellitus. A continuación podemos observar la evolución emocional del paciente recién diagnosticado: ²³

Los recién diagnosticados de diabetes presentan una evolución típica en su estado emocional que podríamos identificar también en el diagnóstico de otras enfermedades crónicas o incluso en la comunicación de noticias trágicas.

Siguen generalmente un patrón ya muy conocido y estudiado que podríamos resumir en los siguientes estadios.

El primero evidentemente ante la noticia, es el CHOQUE EMOCIONAL, con la etapa de la Negación/Incredulidad: “No me lo puede creer”, “Esto en realidad no está pasando”. “No estoy enfermo yo me veo bien”, “Esto se pasara dentro de unos días. ²³

Pero al choque inicial de la noticia pueden seguir estas variantes:

Miedo: ¿Qué significará esto en mi vida?, ¿Qué va a pasar?

Enojo con las típicas frases inculpatorias: ¿Por qué yo?, ¡No es justo! “Esto esta está arruinando mi vida”.

Culpabilidad: ¿Qué hice para merecer esto? “Si solo no hubiera comido azúcar”.

Tristeza/Depresión: “Me siento tan solo”, “Nadie me comprende”.

Aceptación: “Tengo diabetes, así es que, voy a tener que hacer algunos cambios”.

Hasta llegar con el tiempo a la asunción de su estado real:

Pero esto no es un árbol lógico, no se produce en este tipo de escalado, sino que frecuentemente las frases se mezclan y solapan unas a otras pudiendo sumarse el periodo de Enojo al de Culpabilidad.²³ (Todo esto se puede adoptar para el paciente obeso.)

Es importante intentar un cambio de actitud con la ayuda de los profesionales de la salud.²³

El paciente obeso en su mayoría se encuentra en esa etapa de negación, en la que parecería no importe el estar ganando kilos y más kilos. “no es que no le importe, sino que está en una situación donde refugiarse en el” no estoy tan obeso”, no tomar conocimiento de cuánto pesa o los riesgos de salud que padece, lo protege psicológicamente” explica la Dra. Delbono.²⁴

Todo paciente durante el tratamiento de una enfermedad crónica pasa por varias etapas antes de llegar a aceptar lo que el profesional tratante le indica.²⁴

Etapas

- 1.- Negación.
- 2.- Rebelión.
- 3.-La negociación.
- 4.- La reflexión.
- 5.- Aceptación.

.

En el paciente obeso:²⁵

La negación puede estar vinculada a la conducta (yo no como mucho, sino que asimilo demasiado; solamente pequé algo) y también al propio cuerpo (no estoy gorda, es que soy grandota); (tengo solo unos kilos de más). Esto provoca que el obeso no tome contacto con su verdadera situación y con la presencia de su

enfermedad, también al inicio de la enfermedad puede tener otro pensamiento que no es la negación sino la omnipotencia: el obeso cree que todo lo puede, todo lo sabe, y que puede manejar la situación de su enfermedad. Es común escuchar de boca de obesos cosas tales como: yo cuando quiera comienzo el régimen, voy a ir al médico cuando yo quiera, y o me cuido solo.²⁵

Por negación y omnipotencia, pensando que él puede manejar solo su enfermedad, el obeso inicia un camino que lo lleva constantes intentos frustrados por superarlos. Así se va sumiendo en un deterioro progresivo de todos los aspectos de su personalidad.²⁵

También, pese a reconocer que tiene sobrepeso u obesidad, el paciente tome la decisión de continuar igual, es decir, con los viejos malos hábitos alimenticios (una dieta alta en grasa o carbohidratos) e inactividad.²⁶

Desde el punto de vista psicológico el médico puede observar al paciente o incluso escuchar al paciente decir que pese a tener limitaciones físicas asociadas al sobrepeso u obesidad, se encuentran en un estado de bienestar o pseudoconfort que experimenta como placer. Este estado de relativa comodidad es claramente un obstáculo para iniciar el proceso de control de peso y asumir la responsabilidad de sostener los cambios necesarios para recuperar la salud.

El hecho de que la obesidad sea una enfermedad progresiva, puede dar la falsa impresión que es inofensiva, lo que retrasa la toma de conciencia del agravamiento del problema, este hecho constituye a que psicológicamente el paciente a minimice o justifique el aumento del peso y de sus medidas corporales.²⁶

En la práctica clínica puede identificarse otro grupo de riesgo: el de los pacientes que posponen el momento de solicitar ayuda médica hasta que las complicaciones médicas secundarias al sobrepeso u obesidad sean de tal magnitud, que no sea posible seguir igual (pese a haber presentado limitaciones físicas y psicológicas durante un largo tiempo). En otras palabras se esperan hasta que las consecuencias de la enfermedad les dificulten permanecer en la fase de negación.²⁶

Consecuencias de las actitudes de negación.

Si no existe conciencia de que la obesidad es una enfermedad crónica y progresiva, ninguna estrategia externa servirá para controlar el peso de manera sostenida. Negar el sobrepeso u obesidad impide la posibilidad de un cambio de actitud en el paciente. En otras palabras, el paciente no tiene por qué cambiar su estilo de vida ya que, desde su perspectiva, no existe ningún problema (“es que soy de huesos anchos”).

En esta condición (negación) es difícil motivarlo al cambio, a menos que el médico se percate de esta situación emocional y se tome el tiempo necesario para mostrar a su paciente, de manera empática, la manera en que paulatinamente ha ganado peso. El objetivo es crear conciencia a través de la educación.²⁶

Estatus socioeconómicos: diversos estudios tanto transversales como longitudinales, encuentran una asociación con obesidad (Mclaren 2007) y encontró que en países desarrollados existe una relación inversa entre estatus socioeconómicos y obesidad en mujeres mientras que en hombres las asociaciones fueron menos significativas. Algunas razones por las que se observa una relación directa entre estatus socioeconómicos y obesidad en países con desarrollo medio y bajo son: la escasez alimentaria, el mayor grado energético observado en los pobres, debido a que estos se involucran en actividades laborales que requieren mayor esfuerzo físico, así como el mayor acceso a alimentos por parte de los grupos de ingresos altos.²⁷

La obesidad y la economía.

Los costos económicos de ser obeso pueden ser hasta de 7,879 dólares en mujeres y 2,646 en el hombre cada año, de acuerdo con el informe de la Universidad George Town.

Los costos no médicos fueron principalmente costos laborales, cosas como la pérdida de salarios, baja productividad en el trabajo, ausencia por enfermedad, y cargos por exceso de gasolina.²⁸

Los costos médicos incluyen cosas como visitas al hospital, tarifas de sala de emergencia, visita al médico, y la compra de medicinas formuladas por el médico. ¿Pero porque la obesidad le cuesta tanto a las mujeres?²⁸

La coautora del estudio Christine Ferjuscior, dice que la disparidad por género es principalmente el resultado de salarios perdidos.

“Para los hombres obesos no afecta sus salarios” dijo Ferguson. “Si eres un hombre obeso, eres más propenso a ganar significativamente.

No se incluyó factores como el exceso de necesidades de vestimenta, comida, automóviles o muebles más grandes, porque no existen datos confiables sobre esos rubros.²⁸

El costo de los programas de prevención del sobrepeso y obesidad según la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), alcanzo 3,500 millones de pesos anuales, y si estos programas se realizan con atención individualizada por médicos familiares, el costo alcanzaría 19,000 millones de pesos. Estas cifras son grandes, pero con estos costos se podrían reducir los 42,000 millones de pesos que gasto el sector salud en el 2009 por enfermedad relacionadas con la obesidad, de acuerdo con los datos del Consejo Nacional de Salud.

Sin embargo, según el Centro de Población y Vivienda 2010, solamente el 64.6% de la población tiene derecho abierto de servicio de salud, por lo que 39.7 millones de personas quedarían al margen de esas acciones preventivas.²⁹

El incremento en gasto por parte del sector salud ha ido aumentando con los años, en el 2010 represento un impacto económico por 80,000 millones de pesos, de los cuales 80,000 millones serian absorbidos por el sector salud, y el resto corresponde a lo desembolsado por la sociedad. De no atacar este problema de inmediato, para el año 2017, el golpe a las finanzas públicas llegaría a 150,000 millones de pesos, advierte la secretaría de salud. A pesar de las estrategias para frenar esta epidemia, evidentemente no ha funcionado.²⁹

Desde la óptica del individuo obeso ¿Qué costo implica cuidar su peso o no hacerlo?

Es importante analizar los costos:

Papas fritas 25gr. \$4.50 (1kg \$180.00)	Papas crudas 1kg \$19.00
<u>Sopa de pasta instantánea individual</u> \$5.50	Verduras crudas picadas 350gr. \$ 6.50
Pan dulce 1 pieza \$ 4.50	Bolillo mediano 1 pieza \$ 1.20
Cereales hojuelas de maíz azucarado \$50.00	Tortillas de maíz 1 kg \$ 10.50
Jugo de naranja envasado 1 litro \$ 18.00	Naranja fresca 1kg 4 a 5 piezas \$ 10-00
Consola para juegos de video \$3,600.00	Bicicleta de montaña sencilla \$ 1,800.00
Juego para consola de video \$ 900.00	Balón de futbol % 100.00
Día en terapia intensiva \$ 15,000 a 30,000	Consulta con médico bariatra \$ 800.00

La conducta favorecedora de la obesidad con toda certeza resulta ser más costosa, tanto a nivel individual, como a nivel macroeconómico.²⁹

Aspecto cultural

La causa de la obesidad puede ser muchas. A todas las causas ya conocidas, debe sumarse otro factor importante; el entorno cultural en el que vive una persona puede influir notablemente para que esa persona termine siendo obesa.

Es habitual ver que en determinados países, provincias o ciudades, los porcentajes de personas obesas son superiores a las de otros lugares. Esto se debe a que desde el punto de vista cultural, existen ciertos hábitos y costumbres que contribuyen y son un factor de riesgo para que un porcentaje elevado de la población termine con sobrepeso. Asimismo, cuantas más personas sean obesas en el entorno cercano, mayor es la probabilidad de padecer también obesidad.

Por este motivo, es habitual ver que, en una misma familia, varios integrantes tienen un exceso de peso. Los hijos de padres obesos tienen mayor tendencia a ser obesos, debido a la influencia familiar y cultural de sus padres.

La vida moderna en las sociedades desarrolladas suponen un acceso fácil y barato a grandes cantidades de alimentos muy calóricos y apetecibles, combinado una necesidad mucho menos de actividad física.³²

Los medios de comunicación tienen un efecto de gran peso en la formación de hábitos, esteró tipos, conductas aprendidas a través de ellos. Especialmente en los hábitos alimenticios y en la forma en que se aprenda relacionarse con los cambios, su influencia es muy marcada.

No solo por la publicidad sino también por el mensaje que se recibe a través de películas, fotografías, canciones, opiniones, artículos y programas de televisión, el público aprende de alimentos, formas de preparados, contexto en que pueden ser consumidos, efectos en el aspecto físico y estereotipos alrededor de ellos. Pero no siempre esta información es adecuada, en muchas ocasiones los medios de comunicación son responsables directos de la adquisición de hábitos negativos o prejuicios nocivos.

Los tipos de alimentos que se consumen también se eligen por la influencia de la publicidad o modas difundidas por los medios, así, productos light, funcionales (yogurt con bífidos activos, leche con omega 3, etc.) orgánicos o exóticos (a los que se les atribuyen características benéficas, como el nono, las vallas del gojÍ, tofú, algas spiredina, gluten etc.) se incorporan a la dieta tradicional buscando optimizarla, o bien, se sustituye esta por comida rápida, procesada o pre cocida , no sólo por el tiempo que ahorra evitar su elaboración sino también por la familiarización con una marca o con el estilo de vida que identifican así, pizzas, hamburguesas, hot-dog, papas francés, burros, sopas instantáneas, etc. Son adoptados en gran parte por una motivación aspiracional de imitar el estilo de vida de países más desarrollados, que se nos muestra en cines, películas y revistas.³¹

Como podemos observar en el párrafo anterior la televisión es otro factor que ha influido notablemente en el incremento de la obesidad ya que ésta tiene un papel muy importante en la sociedad actual. En la televisión se ven constantemente anuncio sobre comida basura, golosinas, snacks, comidas ya preparadas y bebidas azucaradas. Esto genera una cultura en la que cada vez es más habitual alimentarse con este tipo de alimentos. Gran parte de los alimentos que se publican en la televisión son perjudiciales para una persona obesa.

Actualmente en la televisión y en los medios de comunicación, se da una curiosa paradoja que también se ve reflejada en toda la sociedad en general. Entre todos los anuncios de refrescos azucarados, comidas basura, dulces y golosinas, ha entrado con fuerza la publicidad de los productos light y bajos en grasa. Estos productos responden a la urgente necesidad de un gran número de personas que son obesas, como consecuencia de diferentes factores, pero siendo uno muy importante, la publicidad que ahora les vende productos light.³⁰

La obesidad y la genética:

Una pregunta muy frecuente que escuchamos es ¿porqué unas personas son obesas y otras no, si todas están expuestas al mismo caldo de cultivo? ¿Cuál es la causa de que unas personas gasten la misma energía que consumen, manteniendo así su peso, mientras otras consuman un exceso y engorden?

La respuesta es que algunas personas tienen predisposición genética a engordar y otras no, por otra parte la respuesta de una persona a la dieta y el ejercicio también es distinta; unas pierden peso con mucha facilidad y, a otras les cuesta más. Esta respuesta también es básicamente genética y explica junto con la anterior porque unas personas tienen más tendencia a engordar que otras.³²

Cultura contemporánea

En las culturas occidentales modernas, la forma del cuerpo obeso es ampliamente considerado no atractivo y muchos estereotipos negativos están comúnmente asociados con la gente obesa. La obesidad es frecuentemente vista como un signo de estatus socioeconómico bajo.¹⁸

Recientemente ha emergido un pequeño pero creciente movimiento de aceptación a la gordura que busca cuestionar la discriminación basada en el peso. Los grupos de apoyo y aceptación de la obesidad, han iniciado un litigio para defender los derechos de las personas obesas y para prevenir su exclusión social.

Varios estereotipos de personas obesas han encontrado su vía dentro de expresión de la cultura popular. Un estereotipo común es el carácter de la persona obesa, quien tiene una personalidad cálida y fiable. Sin embargo es igualmente común el estereotipo del matón vicioso y obeso. La glotonería y la obesidad son comúnmente representadas juntas en trabajos de ficción.

En los dibujos animados la obesidad es frecuentemente usada como efecto cómico, con personajes de dibujos animados gordos (tales como piggy, porky pigy) teniendo que escurrirse a través de espacios angostos quedando frecuentemente atorados o inclusive explotando.¹⁸

Una causa social que muchos creen que juega un rol es el incremento en el número familiar con dos ingresos, en los cuales ninguno de los padres permanece en el hogar para cuidar la casa. Esto incrementa el número de restaurantes y comidas para llevar. El aumento de los restaurantes de comidas rápidas. Comidas a bajo costo y una intensa competencia por una porción del mercado, ha conducido a un incremento en el tamaño de las porciones.¹⁸

TRATAMIENTO:

El tratamiento no farmacológico de la obesidad supone modificaciones dietéticas, actividad física e intervención conductual y psicológica.

Recomendaciones para estimular la percepción del problema en el paciente:

Es parte de quehacer del médico detectar en el paciente y su familia el riesgo de padecer sobrepeso u obesidad y de señalarle manera empática en donde radica los malos hábitos, con el fin de prevenir la enfermedad o en su defecto de mostrarle lo beneficios de un tratamiento de control de peso.

El médico debe ser sumamente cuidadoso y evitar proporcionar información que haga parecer su problema como algo tan difícil de controlar que el paciente desarrolle aún más resistencias a iniciar un tratamiento.²⁶

Generalmente en los adultos el interés por iniciar el control de peso puede ser motivado por múltiples factores, entre las que se encuentran: La influencia de los medios de comunicación, donde se subraya que bajar de peso ya no es un problema, se puede lograr bajar de peso rápidamente, sin esfuerzo, ni dieta, ni rebote, a través de algunas estrategias mágicas o aparato de ejercicio que evita todo esfuerzo.

Los hombres suelen empezar por realizar ejercicio, mientras que las mujeres optan por conductas restrictivas, como dietas radicales, abstinencia de ciertos alimentos y algunos ejercicios. La característica común es que la motivación es de corto plazo y las expectativas son poco realistas.²⁶

La búsqueda de objetivos a corto plazo por ejemplo como los promovidos por los comerciales de televisión, por ejemplo: un evento social inminente, próximas vacaciones, etc.)

Desde el punto de vista psicológico el bajar de peso con objetivos a corto plazo son útiles para atraer la atención hacia el control de peso, pero si se utiliza como única estrategia el riesgo psicológico es por un lado favorecer expectativas poco realistas mágicas de alcanzar un objetivo de manera rápida y efectiva, lo que eventualmente lleva a la frustración repetida y, en consecuencia, al reinicio de malos hábitos y por el otro fomentar conductas impulsivas para lograr el objetivo lo antes posible.

Todo lo anterior debe ser identificado y manejado por el médico para ayudar al paciente a ubicar el beneficio de control de peso como algo que puede alcanzar de manera gradual, y sostenida, mediante una alimentación sana y la práctica de actividades físicas.²⁶

El tratamiento debe adaptarse perfectamente a la edad y a las características de cada paciente.

Las normas de alimentación de ser parte de un estilo de vida equilibrado y sano, adecuado lo máximo posible a cada paciente, a sus gustos, e incluso a su presupuesto, por lo que deben ser flexibles pero eficaces, sencillas y llevaderas.

La actividad física se designe como parte del tratamiento debe ser controlada,

suave y progresiva.

EL apego al tratamiento es una condición relacionada con los siguientes factores:

Sociales, la validación de lo que se considera sano;

Educación médica: riesgo y beneficio al controlar la enfermedad;

Económicos: relacionado con el ingreso monetario personal o familiar, el costo de la enfermedad o del tratamiento;

Características de la conducta médica: accesibilidad, frecuencia, empatía en la relación médico-paciente;

Tipo de tratamiento: accesibilidad, costo, conciencia de la necesidad de seguir con el tratamiento por medio de una buena educación por parte del médico;

Familiares: educación médica familiar, es decir, la conciencia de la necesidad de prevenir enfermedades a través de fomentar hábitos asociados a un estilo de vida saludable.²⁶

Para perder peso, las personas obesas deben consumir menos calorías que las que gastan. Los métodos utilizados para conseguir este objetivo se pueden clasificar en tres grupos: autoayuda, en el que las personas, solas o en grupos con intereses comunes, usan información proveniente de libros u otras fuentes; programas no clínicos suministrados por consejeros que no son licenciados sanitarios; y programas clínicos suministrados por especialistas sanitarios.³³

La mayor parte de los programas para perder peso se basan en la modificación del comportamiento. Los regímenes, por lo general, se consideran menos importantes que los cambios permanentes en los hábitos alimentarios y de ejercicio físico. Los programas acreditados enseñan cómo hacer cambios seguros, sensatos y graduales en los hábitos alimentarios que aumenten el consumo de hidratos de carbono complejos (frutas, vegetales, pan y pasta) y que disminuyan el consumo de grasas. Para los levemente obesos, se recomienda sólo una modesta restricción de calorías y de grasas.³³

Es importante indagar en la historia alimentaria del paciente, ya que existen pacientes obesos que no obtienen su exceso energético de fuente alimentaria y son altos consumidores de bebidas alcohólicas, en este caso el simple análisis de sus hábitos orienta al tratamiento; Puede ser un patrón inadecuado como omisión del desayuno o que sea frugal y el grueso de las calorías del día se ingieran en horas de la tarde o de la noche, con inversión del ciclo circadiano de los alimentos. Se debe precisar si ingiere grandes cantidades de grasa e hidratos de carbono, especialmente azúcares.³³

La intervención dietética puede suponer modificaciones cualitativas de la selección de los alimentos, Alteración de la frecuencia de comidas y recomendaciones cuantitativas de restricciones de kilocalorías.³³

La dieta para adelgazar debe ser hipocalórica; la cual debe permitir una pérdida de peso global y suave, que favorezca el reajuste metabólico adecuado, fundamentalmente para un posterior mantenimiento de peso deseable. Se acepta

como saludable pérdidas del orden de 0.5 y 1 kg/semana. ⁶

Debe asegurarse el aporte de todos los nutrientes, mixta y equilibrada.

Las pérdidas corporales serán a expensas fundamentalmente de tejido adiposo, debiendo reducirse al mínimo las de masa magra. Lo que se logra con pérdidas suaves y un aporte proteico suficiente.

La dieta recomendada debe de alterar en el menor grado posible los hábitos alimentarios y de vida.

La pérdida de peso conseguida con una dieta hipocalórica no debe comportar un incremento del riesgo de aparición de alteraciones emocionales. Esta dieta es recomendada en pacientes con un IMC de 27 a 35k. Para paciente con más severidad necesitara una restricción mayor. ⁶

Recomendaciones calóricas. Una dieta de 1,200 y 1,700kcal/día son las más recomendadas, según el tamaño corporal y el sexo del individuo. En la clínica basta con reducir en un 20-40% la energía usualmente ingerida por el paciente que presenta obesidad. La reducción del aporte calórico se realizara de forma importante a expensas de la disminución del aporte lipidico, del alcohol y de los azúcares simples. ⁶

La dieta debe aportar 0.8g de proteína por kilogramo de peso corporal, debe de ser de buena calidad, lo que se logra con alimentos como leche, huevos, carne, pescado y leguminosas, y así mismo de menor calidad (los cereales).

Hidratos de carbono: serán carbohidratos complejos a través de pan integral, cereales, leguminosas las cuales además aportan proteínas, vitaminas, minerales y fibra. ⁶

Lípidos: se recomendará lípidos monoinsaturados (ácido oleico, en el aceite de oliva preferentemente virgen) y poli saturados; se evitara las carnes grasas, embutidos, leche entera etc., se limitarán los aceites.

Vitaminas y minerales: parte se adquieren de las proteínas, carbohidratos y grasas, pero para cubrir el espectro completo de estos micronutrientes se exige la inclusión frutas, verduras y hortalizas. Aportan vitamina c, carotenos y tocoferoles, y minerales como magnesio, hierro y potasio, flavonoides (antioxidantes), fitosteroles con su capacidad hipocolesterolemica. Aportan pocas calorías y aportan fibra. ⁶

Agua se recomienda de 1.5 litros / día cuidando que no sea a través de líquidos endulzados. ⁶

En un tratamiento de obesidad debe recomendarse un cierto grado de actividad física, cuya modalidad, intensidad y duración, van a depender del grado de obesidad, edad y condición de salud del paciente. Aunque sus efectos en la reducción ponderal son pequeños, su práctica de manera sinérgica con la dieta hipocalórica ayuda a mantener el peso perdido y a reducir riesgo de salud. ⁶

Se recomendarán en general actividades aeróbicas diarias, es decir, donde no

existan movimientos bruscos e intensos, sino suaves y continuos. En ningún caso la frecuencia cardiaca máxima alcanzada debe de sobrepasar el valor de 220 latidos /minuto menos la edad del paciente en años. En este sentido, la andadura, marcha, natación y ciclismo, todas ellas en grado moderado, serán las de elección. A pesar de esto, hay que recomendar también una mayor frecuencia y duración de actividades habituales (subir escaleras, prescindir en cierto grado del coche, etc.), que a la larga pueden llegar a ser más eficaces que programas impuestos de ejercicio físicos.

Las ventajas del ejercicio físico en el tratamiento de la obesidad son evidentes como se expone a continuación:⁶

Permite que el paciente siga una dieta menos restrictiva, al aumentar el gasto energético por la actividad física consiguiente.

Ayuda a mantener el peso perdido.

Contribuye al mantenimiento de la masa muscular cuya pérdida parcial ocurre en mayor o menor medida cuando se sigue una dieta hipocalórica. De modo aproximado se puede decir que la práctica del ejercicio físico disminuye hasta un 50% la pérdida de masa magra, en comparación con la que sucede cuando sólo se sigue una dieta hipocalórica.

Mejora la sensibilidad a la insulina en obesos diabéticos, disminuyendo los niveles de la misma.⁶

Reduce la colesterolemia, lo que es claramente positivo en personas obesas que tienen elevada la misma y pueden presentar un grado mayor o menor de aterosclerosis. También aumenta los niveles plasmáticos de HDL.

Reduce el riesgo cardiovascular y de diabetes con independencia del peso perdido.

Favorece el mantenimiento de la densidad ósea.

Colabora en el descenso de la presión arterial en personas hipertensas.

Mejora el estado de ánimo, aumenta la autoestima y disminuye la ansiedad y la depresión.⁶

Terapia Cognitiva Conductual⁶

Esta terapia implica el aprendizaje de nuevas actitudes y comportamientos que permiten mantener un menor peso y una mejor salud general. Esta parte del tratamiento es muy importante pues lo provee de una capacidad personal adecuada para asumir algunos cambios, a veces profundos, en su comportamiento habitual.

Los objetivos fundamentales en la terapia cognitiva conductual son:

a) conocer el grado de motivación del paciente, base previa para poner en marcha el tratamiento adecuado.

b) Conseguir que el paciente obeso se considere el protagonista real de su tratamiento, y por tanto de gran parte del éxito o fracaso del mismo.

c) Proporcionar una educación nutricional y alimentaria de tipo general y específicamente en aquellos aspectos más al peso corporal (valor energético de los alimentos, disciplina alimentaria, causas de la obesidad, complicaciones de la obesidad, etc.).

d) Potenciar la práctica del ejercicio físico.

e) Ayudar al establecimiento de nuevos comportamientos para reducir los efectos del estrés sobre los estilos de vida.

En cuanto a las estrategias terapéuticas hay que considerar las siguientes:

Autocontrol: ⁶

Se sugieren las siguientes prácticas para reforzar el protagonismo del paciente obeso:

-Seguimiento de la evolución del peso.

-Registro de la ingesta de alimentos a modo de una encuesta de registro dietético.

-Registro de actividad física realizada.

-Monitorización del estado emocional previo a la ingesta alimentaria, así como la sensación de hambre y saciedad.

Control de estímulos ⁶

Se deben identificar las circunstancias asociadas a los malos hábitos alimentarios, así como los relacionados con la inactividad física.

Dentro de esta estrategia terapéutica se deben estimular determinadas actitudes como una adecuada planificación de comidas en tiempo y lugar, eliminar distracciones que impiden ser conscientes del acto de comer, ingerir pequeñas cantidades, comer sentado, etc.

Reestructuración cognitiva: ⁶

Se trata de ampliar su visión de lo que significa el peso, la imagen corporal y la mejoría de su condición física y psíquica. Esto ayuda eficazmente a su papel activo en el tratamiento anti-obesidad.

Manejo de estrés

El estrés es un elemento predictivo de sobre ingestas, compulsión y recuperación del peso perdido, por lo que debe instruirse al paciente para que sepa manejarlo y evitarlo.

Dentro de las diversas maniobras prácticas, la práctica de ejercicio físico es, sin duda, un eficaz sistema anti estrés.

Apoyo social ⁶

La ayuda de la familia es fundamental para conseguir un éxito del tratamiento, y asimismo su entorno social inmediato (amigos, compañeros de trabajo, etc.). La implicación de los mismos en el conocimiento del problema y de su capacidad de

influnciar directa o indirectamente en el tratamiento ayuda eficazmente a alcanzar los objetivos marcados.

Educación nutricional ⁶

Cuanto mayor sea el esfuerzo en este sentido, más posibilidades de éxito habrá, sobre todo de cara al mantenimiento de un peso saludable, una vez se haya alcanzado el mismo. ⁶

Uno de los factores determinantes por los que muchas personas abandonan el tratamiento del control de peso es el ambiente, por lo que el médico puede proporcionar algunos consejos prácticos para controlar lo que se come en el trabajo.

Utilizar la distribución de la jornada laboral y el acceso limitado a la comida para controlar los hábitos alimentarios.

No saltarse ninguna de las tres comidas importantes, puesto que se tiende a sobre compensar en la siguiente oportunidad.

Llevar tentempiés bajo en grasas y calorías: frutas, vegetales crudos, galletas saladas.

Dar un ligero paseo al terminar de comer.

Grupos de apoyo ⁶

Hablar con las personas que comparten problemas similares puede ser muy beneficioso.

Las personas con diabetes (lo que se puede también aplicar al paciente obeso) pueden asistir a grupos de apoyo donde pueden conversar y comparar sus experiencias y sentimientos acerca de la enfermedad. Las personas que recién descubrieron que padecen la enfermedad pueden intercambiar vivencias con otras que la han tenido por más tiempo. Además, pueden compartir o discutir ideas sobre formas de cuidado, preparación de las comidas, dieta adecuada y actividad física.

Los familiares también pueden participar en los grupos de apoyo.

Terapia individual y familiar

En algunos casos, puede ser necesario que las personas con diabetes (en este caso obeso) y sus familiares conversen con un terapeuta sobre su estado emocional en relación con la enfermedad.

El terapeuta puede ayudar a que las personas acepten la condición crónica de su enfermedad y aprendan a manejarla en su vida cotidiana. Además, si es necesario, el profesional puede ayudar a resolver cualquier conflicto que surja.

El profesional debe tener especial conocimiento sobre la diabetes (obesidad) y su tratamiento. ²³

Como podemos ver en un estudio realizado por Malena Monteverde y Beatriz nova. ³⁴

Donde se investigo el efecto del peso sobre la mortalidad, la perdida de esperanza de vida y el número de personas fallecidas debido a la obesidad en México. El resultado obtenido fue que el exceso de peso incrementaba el riesgo de mortalidad a los 60 años y más en México.

Hasta un 11% de las muertes registradas durante el periodo del 2001 al 2003 en México dentro del grupo de las personas de 60 años o más en exceso de peso con un IMC arriba de 40 y se vio que viven 4 años menos, en promedio, que las personas peso normal.³⁴

Pueden ser muchas las causas por las que se fracasa en los tratamientos de obesidad. Muchas personas evalúan solo dos parámetros: peso y perfil corporal y se ponen a adelgazar y si no ocurre una reducción progresiva alguno de los dos parámetro se frustran rápidamente.³⁵

Los esfuerzos necesarios para perder kilos de grasa corporal y mantenerse luego en el peso alcanzado a largos palazos, dependen en gran medida del humor y de la disciplina del método aplicado.³⁵

El humor es cambiante y la ejecución de la disciplina es variable. Frente a eso el profesional está preparado pero la mayoría de las personas no.

La capacidad de abarcar mentalmente el proceso mental es reducida y ocurre que el foco mental se va desplazando día a día y semana a semana perdiéndose la perspectiva que había al comienzo y corriéndose hacia adelante la meta.

Suele disolverse la emoción inherente al llegar, Por ejemplo en un viaje en automóvil usted puede pasar por varios estados emocionales y de conciencia como: tranquilo, irritable, dormido, despierto, cansado pero llega un momento en que realmente se accede a la meta. Es justamente lo que puede no ocurrir en un programa de adelgazar medida que la meta se corre hacia adelante. Por ello es la frustración.³⁵

Por eso es muy importante definir claramente el cuadro del cual se parte, el proceso o los procesos posibles y aceptar metas aceptables.³⁵

La mayor parte de los programas para perder peso se basan en la modificación del comportamiento. Los regímenes, por lo general, se consideran menos importantes que los cambios permanentes en los hábitos alimentarios y de ejercicio físico.

Los programas acreditados enseñan cómo hacer cambios seguros, sensatos y graduales en los hábitos alimentarios que aumenten el consumo de hidratos de carbono complejos (frutas, vegetales, pan y pasta) y que disminuyan el consumo de grasas. Para los levemente obesos, se recomienda sólo una modesta restricción de calorías y de grasas.³

Además

De un modo creciente, los médicos han comenzado a prescribir fármacos para perder peso. Generalmente, estos fármacos reducen el peso en un 10 por ciento aproximadamente en el término de 6 meses y mantienen dicha reducción mientras se sigue tomando el fármaco. Cuando el fármaco se interrumpe, se recupera

rápidamente el peso.³

Las múltiples complicaciones de la obesidad grave (más del cien por cien de sobrepeso) hacen muy necesario el tratamiento médico y, en muchos casos, la cirugía aparece como la opción más eficaz.³

La cirugía se aplica en estos casos para reducir el tamaño del estómago, de modo que disminuya la cantidad de alimento que se puede ingerir de una vez; este procedimiento quirúrgico puede producir pérdidas de peso muy notables, que alcanzan habitualmente la mitad del exceso de peso de la persona, por lo general de 36 a 68 Kg.

La pérdida de peso es rápida al inicio, luego disminuye gradualmente durante dos años, hasta alcanzar un nivel que, con frecuencia, se mantiene. La pérdida de peso generalmente alivia las complicaciones y mejora el humor de la persona, su autoestima, la imagen del cuerpo, el nivel de actividad y la capacidad para trabajar y relacionarse con otras personas.³

La cirugía se reserva para los casos de obesidad grave y se lleva a cabo sólo dentro de determinados programas que se especializan en este tipo de cirugía y que han demostrado suficiente seguridad y eficacia.

Dentro de estos programas, la cirugía es por lo general bien tolerada. Menos del 10 por ciento de estos pacientes de alto riesgo desarrolla complicaciones; el 1 por ciento o menos fallecen. Mantenga en mente el comportamiento progresivo de la obesidad, mientras más rápido la persona llegue a un rango de peso aceptable recibirá el mejor tratamiento de sobrepeso BMI de 25 a 29. Para una persona con este tratamiento se recomienda un cambio de dieta así como también actividades físicas.³

Dependiendo de la rutina de ejercicios y la altura una mujer debe tratar una dieta de 1200 a 1600 y un hombre de 1500 a 1800 calorías por día, dependiendo de las diferencias.³

Cuando la persona siente que ya no puede continuar en esa situación porque su cuerpo no responde como quiere, porque siente vergüenza o por otros motivos es que decide buscar una solución pero lo que él no sabe es que su mente le puede jugar algunas trampas para hacerlo desistir.³

Luego del entusiasmo inicial, es común que aparezcan las primeras excusas y los miedos ante lo que vendrá. El paciente no sabe cómo podrá vivir siendo flaco, la obesidad le ha servido de excusa para esconderse y sentirse fuera de la sociedad, por lo que adelgazar implica exponerse tal cual es arriesgándose a ser criticado por su verdadero yo y no sólo por su apariencia física.³

Grupos focales

Los grupos focales es una técnica utilizada en la Mercadotecnia y en la investigación social. Es una técnica de exploración donde se reúne un pequeño número de personas guiadas por un moderador que facilita las discusiones. Esta técnica maneja aspectos cualitativos. Los participantes hablan libre y espontáneamente sobre temas que se consideran de importancia para la

investigación. Generalmente los participantes se escogen al azar y se entrevistan previamente para determinar si califica o no dentro del grupo.

La reunión del grupo focal es dirigida por un moderador que utiliza una guía de discusión para mantener el enfoque de la reunión y el control del grupo. La guía de discusión contiene los objetivos del estudio e incluye preguntas de discusión abierta. Para determinar cuántos grupos se necesitan, primero es necesario recopilar la información pertinente, generar hipótesis del tema en estudio y continuar la organización de grupos hasta que la información obtenida este completa.

El tamaño aceptable para un grupo focal es de ocho a diez participantes. Pero existe la tendencia hacia grupos más pequeños según el fin establecido; es decir, con los grupos grandes se obtienen más ideas y con los grupos pequeños se profundiza más en el tema.

Como apoyo, en esta técnica se utilizan observadores, equipos de grabación de audio o video, espejos unilaterales y salas de observación que ofrece un ambiente privado, cómodo y de fácil acceso.

Se recomienda una duración de una hora y media a dos. Los participantes deberán sentarse de forma que se promueva su participación e interacción.^{36, 37}

Planteamiento del problema:

En la actualidad la obesidad ha adquirido una importancia mundial debido a las complicaciones que se presentan.

En el transcurso de la vida la obesidad a tenido un giro de 360 grados ya que antes era considerado como sinónimo de prosperidad, bienestar, y belleza, de ahí los viejos refranes “lo gordo es bello” y “donde hay gordura hay hermosura”. Después fue considerado como un problema estético y no asociado a lo que comen o lo que hacen y si por el ejercicio que no hacen.³⁸

En la actualidad se considera una enfermedad crónica y un factor de riesgo que representa para quien la sufre, un peligro hasta de 6 veces mayor de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, como: Dislipidemias, algunas neoplasias, trastornos hepáticos, diabetes tipo 2, enfermedades Cardiovasculares, Todas estas enfermedades ponen en peligro la salud, la sobrevida y calidad de vida.³⁹

En la consulta diaria se observa con mucha mayor frecuencia a pacientes obesos, los cuales acuden a consulta por cualquier otro problema de salud, menos por la obesidad que presentan; cerca del 80% de los pacientes obesos que acuden a mi consultorio, no le da importancia a la obesidad y cuando se les explica que la obesidad es una enfermedad y que les va a causar más problemas de salud o bien que es la causa de las enfermedades que en ese momento presenta. Son muy pocos los que lo aceptan que tienen una enfermedad que les está desencadenado el problema por el cual acuden a consulta y de esos, pocos son los que aceptan ponerse en tratamiento.

Algunos pacientes al escuchar que tiene obesidad se extrañan pues ellos se consideraban que estaban bien, otros aceptan que desde que están obesos comenzaron su problema de salud pero empiezan a dar disculpas por no aceptar ponerse a dieta, unos argumentan que no tienen dinero, otros que ya están muy viejos para cambiar hábitos, otros que el resto de la familia no apoya, la mayoría solo escucha no contesta nada, y muy pocos dicen que va a hacer algo, pero la minoría es la que busca una verdadera solución .

Varios de los pacientes obesos comienzan a modificar su glicemia en ayunas arriba de lo normal pero sin llegar a diabéticos y al explicarles que de seguir con ese sobrepeso terminaran diabéticos su respuesta generalmente es el silencio, pocos se interesan por la información y así cada vez que van a consulta se le insiste en que tiene que adelgazar y la respuesta de algunos de ellos es no volver a consulta conmigo pues lo tomar como regaño o cuando se vuelven diabéticos preguntan ¿Por qué? (nunca pusieron atención en lo que les informe). Ante este panorama y observando las dimensiones que ha obtenido la obesidad en nuestra población y mucho más preocupante la falta de interés del paciente ante su obesidad, es necesario detectar cuales son las barreras que ellos tienen para no aceptar un tratamiento para adelgazar a pesar de que se le ha dicho que está afectando su salud. Sabiendo cuáles son esas barreras contaremos con armas

muy valiosas para ayudarlos.

Por las anteriores consideraciones, para este trabajo se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son las causas que los pacientes obesos adultos tienen para no aceptar un tratamiento no farmacológico para adelgazar?

JUSTIFICACION:

La obesidad y sobre peso alcanzan tales proporciones que hoy la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La define como una pandemia pues afecta a personas de los cinco continentes y estima que hay un billón de personas con sobrepeso pero y de éstas por lo menos 300 millones son obesas. De continuar este crecimiento se calcula que para el año 2025 habrá aproximadamente 2,300 millones de adultos con sobrepeso y 700 millones con obesidad, siendo el mayor contribuyente para el riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, infarto del miocardio, e infartos cerebrales, algunas neoplasias, todas estas enfermedades ponen en peligro la salud, la sobrevida y la calidad de vida de las personas.³⁹

Grafica 1

Japón (2001)	3.2
Corea (2001)	3.2
Noriega (1998)	6
Suiza	6.8
Italia (2000)	8.6
Francia (2000)	9
Austria (1999)	9.1
Suecia (2001)	9.2
Holanda (2001)	9.3
Dinamarca (2000)	9.5
Irlanda (2002)	10
Finlandia (2001)	11.4
Polonia (1996)	11.4
Alemania (1999)	11.5
Bélgica (2001)	11.7
Islandia (2002)	12.4
España (2001)	12.6
Portugal (1999)	12.8
Rep. Checa (2002)	14.8
Canadá (2001)	14.9
Rep. Eslovaca (1998)	16.2

Nueva. Zelandia (1997) -----	17
Hungría (1999) -----	19.4
Australia (19999) -----	20.8
Reino Unido (2000) -----	22
México (2000) -----	24.4
Estados Unidos (1999) -----	30.9

A nivel nacional la población del adulto (de 20 a 80 o más años de edad) la constituyeron 58'942,777 personas, (34'636,000=58.8% femenino y 24'306,700=41.2% masculinos), de ellas, la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en ambos géneros fue de 69.8% que representa a 41'142,400 adultos de ellos 23'292,800 (56.6%) con sobrepeso y 17'849,600 (43.4%) con obesidad. Esto muestra el grave problema de salud que enfrentamos los mexicanos ya que de cada 10 mexicanos de 20 años en adelante, 7 tienen obesidad o sobrepeso.⁴¹

Hoy México ocupa el lugar número 13 a nivel mundial en la prevalencia de obesidad infantil y del adolescente (de los 6 a los 17 años de edad), en adultos de ambos géneros, el segundo lugar mundial y el primero en obesidad femenina.⁴²

El sobrepeso y obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2.8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso y obesidad.⁴⁰

Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41 % de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y obesidad.

En el 2010, alrededor de 43 millones de niños menores de 5 años de edad tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propios de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en países de ingresos bajos y medios, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en países desarrollados esa cifra es de 8 millones.⁴⁰

Unas de las causas de sobrepeso y obesidad en el mundo se ha producido: por un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasas, sal y

azúcares pero pobres en vitaminas y minerales y otros micronutrientes, y un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamientos y de una creciente urbanización.

A menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de política de apoyo en sectores como la salud, agricultura, distribución y comercialización de los alimentos y educación.⁴⁰

Muchos pacientes al enterarse de que el ser obesos implica tener una enfermedad crónica causante a su vez de otras enfermedades crónicas degenerativas entran en duelo psicológico, el duelo también tiene una dimensión física, cognitiva, filosófica y de la conducta que es vital en el comportamiento humano y que ha sido muy estudiado a lo largo de la historia.⁴³

Duelo es la Priscilla del valle ante la pérdida de una persona, animal, objeto o evento significativo. Se trata de una reacción principalmente emocional y comportamiento mental en forma de sufrimiento y aflicción, cuando el vínculo afectivo se rompe.²

Duelo es el nombre del proceso psicológico, pero hay que tener en cuenta que este proceso no se limita a tener componentes emocionales, sino que también los tiene fisiológicos y sociales. La intensidad y duración de este proceso y de sus correlatos serán proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. Freud define al duelo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción equivalente”. En el duelo el sujeto ha experimentado una pérdida real del objeto amado y en el proceso, que se prolonga un tiempo necesario para la elaboración de esta pérdida, este pierde el interés por el mundo exterior sustrayendo la libido de todo objeto que no remita al objeto perdido.⁴³

Se describen 3 fases:⁴³

Fase inicial o de evitación: Reacción normal y terapéutica, surge como defensa y perdura hasta que el Yo consiga asimilar gradualmente el golpe. Shock e incredulidad, incluso negación que dura horas, semanas o meses. Sentimiento arrollador de tristeza, el cual se expresa con llanto frecuente. Inicia el proceso de duelo el poder ver el cuerpo y lo que oficializa la realidad de la muerte es el entierro o funeral, que cumple varias funciones, entre ellas la de separar al muerto de los vivos.

Fase aguda de duelo: Dolor por la separación, desinterés por el mundo, preocupación por la imagen del muerto, incluso pseudoalucinaciones, la rabia emerge suscitando angustia. Trabajo penoso de deshacer los lazos que continúan el vínculo con la persona o animal amados y reconocer la ambivalencia de toda relación; todas las actividades del doliente pierden significado en esta fase. Va disminuyendo con el tiempo, pero pueden repetirse en ocasiones como los aniversarios y puede durar 6 meses o más.

Resolución del duelo: Fase final, gradual re conexión con la vida diaria, estabilización de altibajos de etapa anterior. Los recuerdos de la persona desaparecida traen sentimientos cariñosos, mezclados con tristeza, en lugar del dolor agudo y la nostalgia. Los pacientes obesos generalmente se quedan en la primera etapa y ese es el momento en que el personal de salud debe intervenir para que pase a las siguientes etapas y así estar listo para aceptar el tratamiento para adelgazar que se le ofrece, con un probable porcentaje mayor de éxito.

Ante estos temores es normal que el paciente recurra a excusas para “hacer trampa” en el plan para bajar de peso en un intento de sabotear sus propios logros. El deseo de abandonar el tratamiento suele estar anticipado por ideas y actitudes que lo delatan: el paciente obeso puede mentir acerca de lo que come, buscar excusas para justificar las fallas en el tratamiento, mentir a los familiares y amigos acerca de lo que puede comer.⁴⁴

Los niveles crecientes de obesidad son alarmantes probablemente por el estilo de vida que se lleva en la actualidad, por lo que se requieren estrategias sociales y medicas que permitan controlar el problema y así reducir los gastos en salud pública y a la vez conseguir un incremento en la calidad de vida de nuestros pacientes,. Para ello es necesario conocer los factores de riesgo asociados a nuestra población, así como las causas de no aceptación a realizar algún tratamiento para adelgazar.

Es posible aplicar estrategias para descubrir las barreras que los pacientes tienen para no aceptar tratamientos para adelgaza a través de cuestionarios dirigidos para estimular al paciente a que haga consciente esas barreras, la muestra se tomara de los paciente del consultorio 7 matutino de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Durango ya que se cuenta con muchos pacientes en esas condiciones, por lo que se puede obtener una muestra significativa y sería un trabajo que aportaría descubrimientos muy importantes para lograr que esa gran cantidad de pacientes iniciaran por primera vez un tratamiento para adelgazar y así hacer medicina preventiva.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar las causas por las que el paciente obeso puro rechaza tratamiento no farmacológico para adelgazar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las razones de tipo social.

Identificar las razones de tipo cultural.

Identificar las razones de tipo económico.

Elaborar una propuesta educativa con base en los resultados obtenidos con el propósito de coadyuvar a resolver el problema de aquellos que se niegan a adelgazar.

Metodología

Tipo de estudio:

Observacional y estudio cualitativo.

Población, lugar, tiempo

Pacientes obesos adultos de 40 años en adelante sin otra patología crónica asociada. Del consultorio 7 turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE Durango del mes de julio a Agosto del 2011.

Tipo y tamaño de la muestra:

Muestreo no aleatorio.

El muestreo se calcula por conveniencia del investigador.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

Adultos de sexo masculino y femenino.

Igual o mayor de 40 años.

Con un IMC igual o mayor de 30.

Derechohabiente de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Durango.

Criterios de exclusión;

Adulto con IMC menor de 30.

Adultos que no sean derechohabientes de la Clínica de Medicina Familia ISSSTE Durango.

Adultos que decidan no participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Que los entrevistados contesten con información diferente a la solicitada.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable	Definición	Operacionalización	Nivel de medición
EDAD	Tiempo de existencia desde el nacimiento	1 a 99 Años	Continúa
SEXO	Es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando como resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina	Hombre – Mujer	Nominal
INFLUENCIA SOCIAL	Atribución de la sociedad para intervenir en el paciente a no aceptar un tratamiento para adelgazar.	Influencia favorable Influencia desfavorable	Nominal
INFLUENCIA CULTURAL	Atribución a la cultura para la intervención del paciente a no aceptar un tratamiento para adelgazar.	Influencia favorable Influencia desfavorable	Nominal
INFLUENCIA ECONOMICA	Ciencia que estudia la producción, distribución, cambios y consumo de los materiales que satisfacen las necesidades humanas	Influencia favorable Influencia desfavorable	Nominal
OBESIDAD	Enfermedad caracterizada por exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en el adulto, cuando existe un IMC mayor 30 y en población de talla baja menos de 25	Clase 1 IMC 30ª 34.9 Clase 11 IMC 35 a 39.9 Clase 111 IMC 40 ó más	Ordinal

PROCEDIMIENTO

Este estudio se llevo a cabo en el mes de agosto del presente año, en el salón de usos múltiples de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Durango, con los pacientes obesos del consultorio 7 matutino.

La recolección de datos se obtuvo a través de grupos focales la cual es una técnica de investigación cualitativa.³⁶

Como el objeto fundamental del grupo focal es alcanzar o lograr el descubrimiento de una estructura de sentido compartido si es posible consensualmente, o, en todo caso bien fundamentada por los aportes de los miembros del grupo y ya que la investigación es encontrar las barreras que tienen los pacientes obesos para no aceptar un tratamiento no farmacológico para adelgazar, me pareció que esta técnica de investigación era la adecuada.³⁶

Los grupos los forme de de 8 personas máximo del ambos sexo. La duración fue de una hora y media a dos, según la participación de la gente.

Consideración Ética

La Declaración de Helsinki es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación de material humano o de datos identificables.

En ella se muestra un principio del médico “Ante todo por la salud de mi paciente” y El Código Internacional de Ética Médica afirma que el médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de no debilitar la condición mental y física del paciente.

En medicina es necesario la investigación en seres humanos, para diagnóstico, tratamiento y etiología de diversas enfermedades, pero no se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquier medida de protección para los seres humanos establecida en esta declaración.

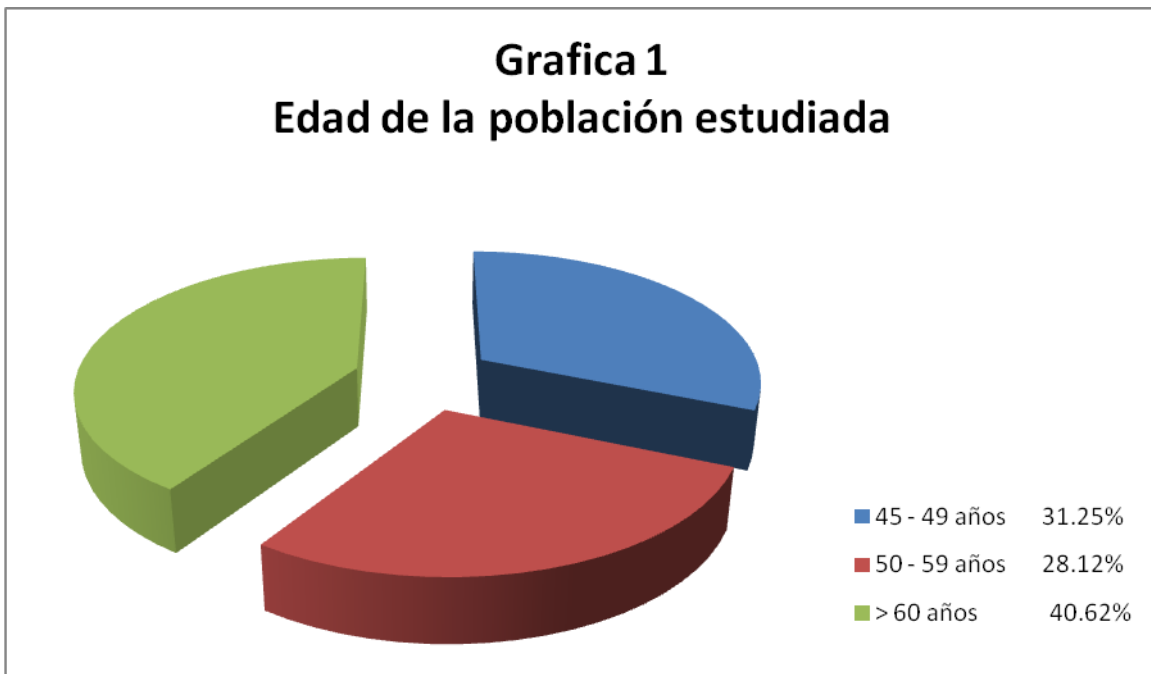
En esta investigación de acuerdo al Código de Ética de Helsinki no se pondrá en riesgo la integridad de los pacientes, se le explicará a cada uno de ellos las características del estudio, asegurando la confidencialidad de la información que nos proporcionen, así como la libertad para no participar si así lo deciden.

RESULTADOS

Tabla 1
Edad de la población estudiada

Años	No. De pacientes	Porcentaje %
40 - 49	10	31.25
50 - 59	9	28.125
> 60	13	40.62

Fuente: Entrevista “Grupos focales”



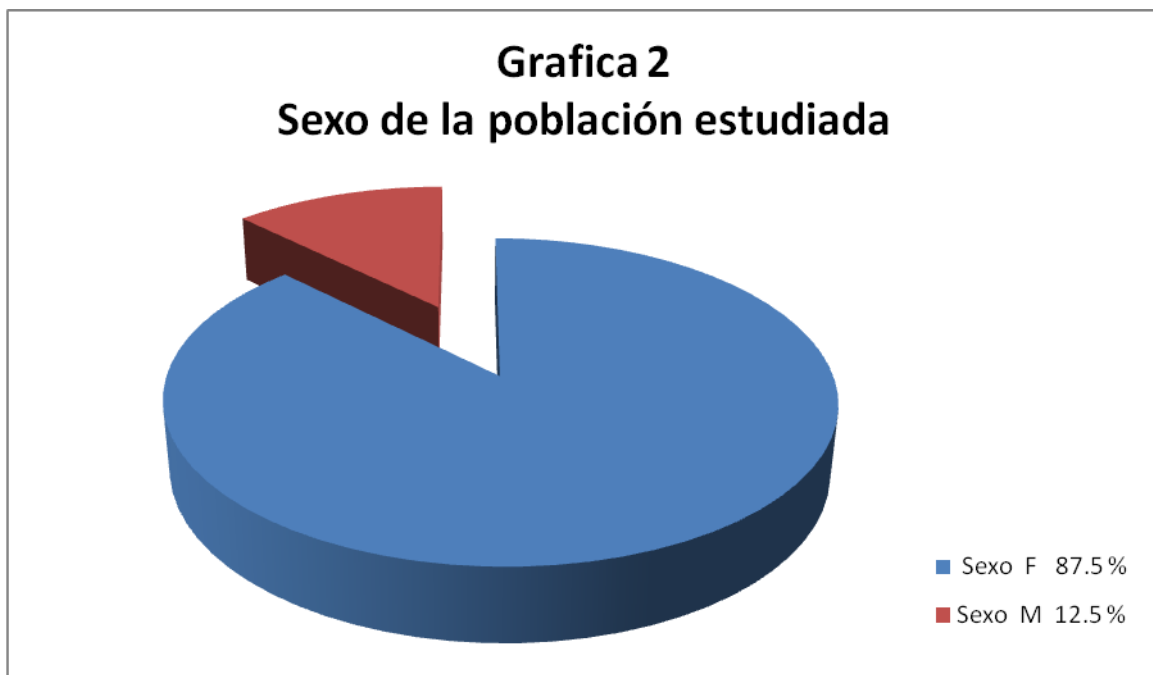
En esa tabla nos muestra la edad de los participantes correspondiendo el 31.25% a la edad comprendida entre 45 a 49 años, en seguida los de 50 a 50 años con un 28.12% y finalmente el 40.62% más de 60 años.

Tabla 2

Sexo de la población estudiada

Sexo	No. de pacientes	Porcentaje %
Femenino	28	87.5
Masculino	4	12.5

Fuente: Entrevista “Grupos focales”

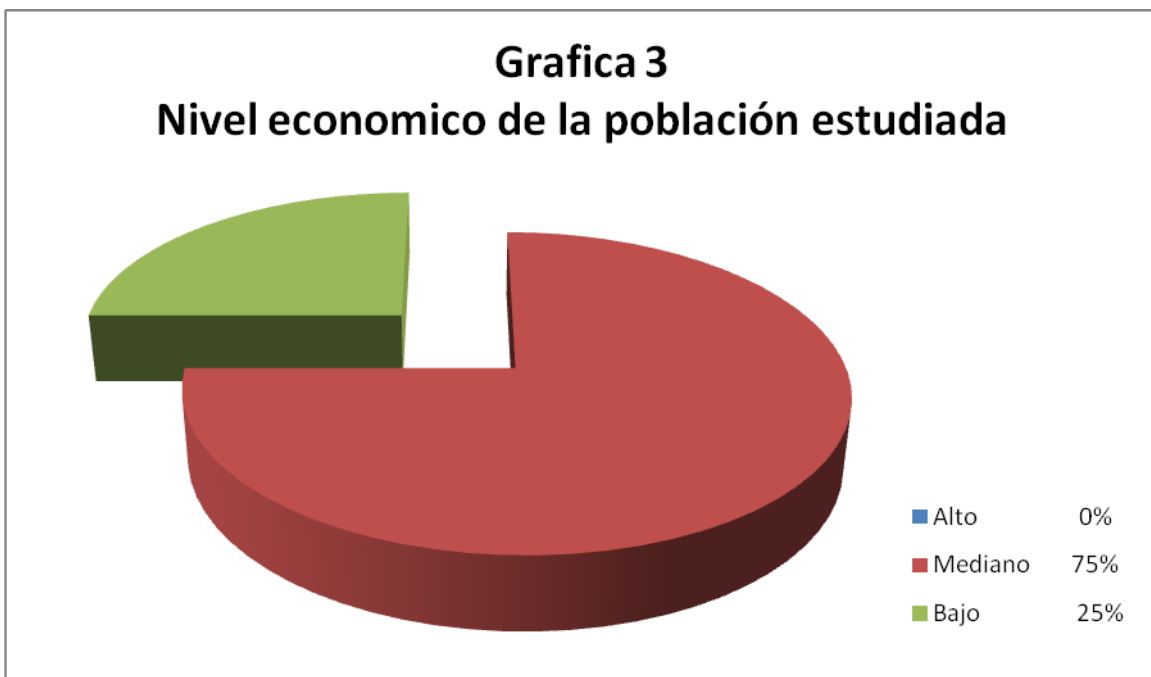


En esta tabla observamos que predominó el sexo femenino sobre el masculino.

Tabla 3
Nivel económico de la población estudiada

Nivel económico	No. de pacientes	Porcentaje %
Alto	0	0
Medio	24	75
Bajo	8	25

Fuente: Entrevista “Grupos focales”

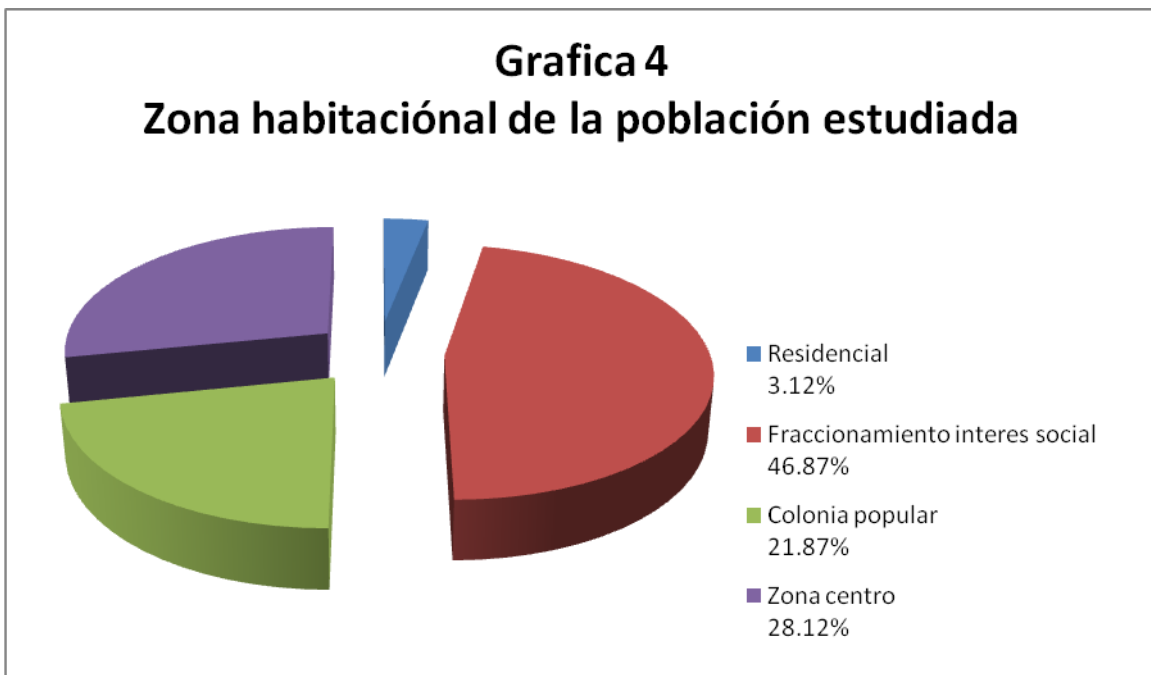


En esta tabla se refleja el nivel económico de los participantes predominando el nivel medio con un 75%, luego le sigue el nivel bajo con un 25%, y no hubo ninguno con nivel alto.

Tabla 4
Zona habitacional de la población estudiada

Zona habitacional	No. de pacientes	Porcentaje %
Residencial	1	3.12
Fraccionamiento Interés social	15	46.87
Colonia popular	7	21.87
Zona centro	9	28.12

Fuente: Entrevista “Grupos focales”

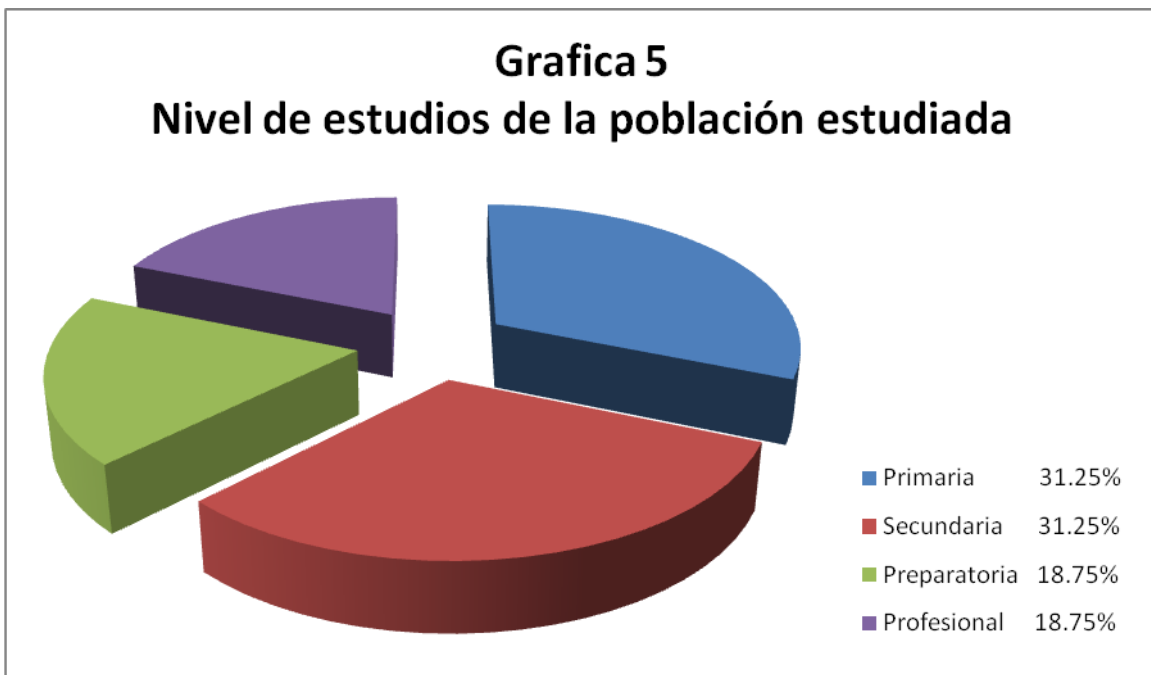


Como se puede ver la tabla 4 nos muestra la zona habitacional de los participantes, con el fin de darnos una idea de la influencia sociocultural en la que viven, viviendo la mayoría en fraccionamiento de interés social.

Tabla 5
Nivel de estudios de la población estudiada

Nivel de estudios	No. de pacientes	Porcentaje %
Primaria	10	31.25
Secundaria	10	31.25
Preparatoria	6	18.75
Profesional	6	18.75

Fuente: Entrevista “Grupos focales”



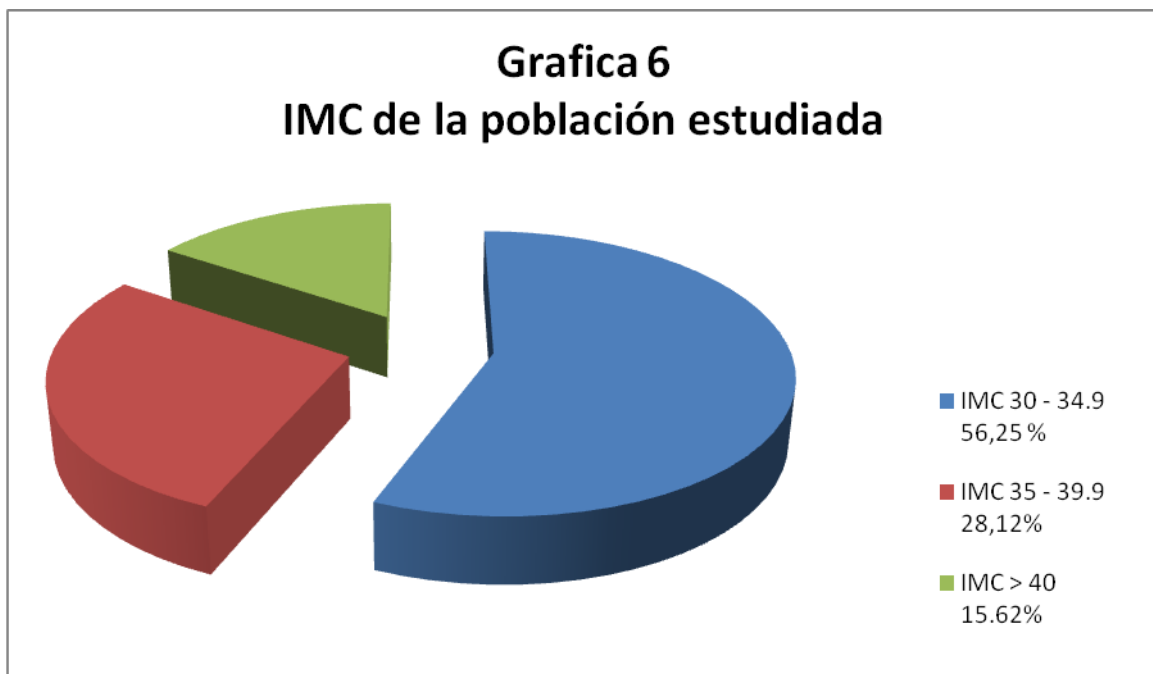
Esta tabla nos muestra el nivel de estudios que tienen los participantes, y como podemos observar los que estudiaron primaria y secundaria fueron la mayoría y estos fueron por partes iguales.

Tabla 6

IMC de la población estudiada

IMC	No. de pacientes	Porcentaje %
30 – 34.9	18	56.25
35 – 39.9	9	28.12
>40	5	15.62

Fuente: Entrevista “Grupos focales”



Esta tabla nos muestra los grados de obesidad de los participante, predominando el grado uno con un IMC de 30-34.9 ya que fue el 56.25%; en segundo lugar fueron obesidad grado 11 con IMC de 35 al 39.9 y fueron 28.12% y finalmente en obesidad grado 111 fue la minoría un 15.62% correspondiendo a un IMC de 40 en adelante.

RESPUESTAS DE LAS PERSONAS QUE FORMARON LOS GRUPOS FOCALES:

GUIA DE ENTREVISTA	RESPUESTAS DEL PRIMER GRUPO	RESPUESTAS DEL SEGUNDO GRUPO	RESPUESTAS DEL TERCER GRUPO	RESPUESTAS DEL CUARTO GRUPO	CATEGORIZACION FINAL
¿Considera que unas de las personas llamadas "llenitas" o "gorditas" son sanas?	1 persona: yo considero que no doctora, porque la mayoría de las personas que conozco tienen sobrepeso, pues tiene algunas enfermedades diabetes, hipertensión, y se cansan mucho, no pueden hacer lo mismo que una persona delgada, y yo mi experiencia no, porque ahora que yo he aumentado de peso tengo muchas complicaciones, no	1.- si son sanas, depende de su modo de vivir y por eso son sanos	1.-Yo considero que no, porque el estar gordo no es estar bien nutrido, porque hay excesos en la comida sobre todo	1.-yo considero que las personas llenitas no son sanas, porque trae muchos problemas la obesidad	Conciencia de enfermedad 3 Limitantes para actividades de la vida cotidiana 2 Falta de conciencia de enfermedad 1.
	2.- Considero que una persona que esta pasada de peso no es sana, porque el sobrepeso conlleva muchas enfermedades diabetes, este, colesterol, hipertensión arterial, para mí no, no son sanas.	2.- No, no son sanas porque una persona gorda no quiere decir que es sana, sin embargo vemos una delgada y dice uno: no está bien comida Pero es al revés, los gordos estamos llenos un poquito de comida chatarra no de comida nutritiva.	2.-no yo considero que no, porque a veces comemos lo que debe de ser	2.-yo considero que las personas que somos llenitas tampoco tenemos una gran vida saludable, tenemos más problemas de fondo que felicidad	Conciencia de enfermedad 4 Necesidad de orientación alimenticia 2 Percepción de complicaciones secundarias a la obesidad 1 Percepción de baja autoestima 1
	3.- Bueno yo considero que una persona gordita no trae	3.- No yo considero que la persona gordita no es sano,	3.-Yo considero que una persona gordita no es sana,	3.- yo considero que no somos sanas porque	Conciencia de enfermedad 4 Percepción de

	nada bueno, que trae muchas enfermedades eso sería todo.	recordemos que la gordura ,la obesidad es una enfermedad que nos ocasiona muchas complicaciones	pues cuando esta uno gordita de ahí vienen muchas enfermedades, por eso debe uno de tratar de conservar peso adecuado	entra mucho la depresión	depresión 1
	4.- No porque las grasas que trae, no puede caminar, cuando esta uno delgado se mueve más fácil.	4.- No, yo estoy consciente que el ser gordo no es sano porque nos trae muchas complicaciones serias	4.-yo considero que una persona gordita no es sana porque comemos cosas que nos engordas y la persona gordita no quiere decir sana	4.-pues hay muchas por lo que se afecta física y anímicamente como los llenitos y obviamente no es sinónimo de estar llenito con salud	Conciencia de enfermedad 4 Limitantes para actividades de la vida cotidiana 3 Necesidad de orientación alimenticia 1 Percepción de depresión 1
	5.- si yo considero que no son sanos, comemos mucho alimento y mucho del llamado chatarra	5.- No, no es sano al menos en mi persona empiezo a tener problemas en mis rodillas, problemas cuando subo esclareas, cuándo camino mucho y yo pienso que es por mi obesidad	5.-yo considero que una persona gorda no está sana, porque la gordura no quiere decir salud, quiere decir que uno está abusando de los alimentos prohibidos	5.-yo también pienso que no son sanas, pues nos movemos con dificultad	Conciencia de enfermedad 4 Limitantes de actividades de la vida cotidiana 2 Necesidad de orientación alimenticia 2
	6.- no no son sanos estar gordo se siente uno mal	6.- Yo considero también que no es sano ser gordo, el estar gordo no es sano por las complicaciones que trae como el colesterol, triglicéridos, presión	6. no para mí no son sanos pues el estar gordo trae muchas complicaciones	6.- no, no somos sanos porque no sentimos mal	Conciencia de enfermedad 4 Percepción de complicaciones secundarias a la obesidad 2
	7.- no, no somos sanos, nos duele las rodillas y la espalda	7.- Yo soy una gordita feliz pero sé que mi salud está mal, que también me he caído y he tenido fracturas por mi peso, por falta de ejercicio, porque se me	7.- yo considero que una persona gordita no es sana pues entre más gorda oiga comen más, comen más y es muy peligroso para la salud	7.- si pos no, no podemos esta sanos necesitamos llevar una dieta que nos haga rebajar	Etapas de pseudoconfort 1 Conciencia de enfermedad 3 Limitantes para actividades de la vida cotidiana 2 Etapas de negación 1

		contractura mis rodillas en las caídas que he tenido			
	8.-no definitivamente son malas costumbre no es lo que cómenos en volumen sino los nutrientes	8.- Yo considero que una persona gordita no es una persona sana, puesto que al estar en un peso ideal lo lleva a una mejor salud y evita los problemas	8.-no, bueno desde mi punto de vista surgen dos variables, por ejemplo: decimos una persona obesa tiende a hacer diabética, pero muchas veces no es cierto, la otra es :si se tiene diabéticos ,él va a ser diabético tampoco es cierto , pues la diabetes ahorita está de moda hoy puedo estar muy sana y mañana ya tener diabetes	8.-no, no son sanos estar gordo se siente uno mal, y nos da otras enfermedades	Conciencia de enfermedad 4 Etapa de negación 1 Necesidad de orientación alimenticia 1

GUIA DE ENTREVISTA	RESPUESTAS DEL PRIMER GRUPO	RESPUESTAS DEL SEGUNDO GRUPO	RESPUESTAS DEL TERCER	RESPUESTAS DEL CUARTO GRUPO	CATEGORIZACION FINAL
¿En tu familia se tiene la creencia que una persona que come mucho esta bien alimentada?	1.- no yo considero que comer en exceso hasta decir ya estoy bien lleno, Al contrario es no saber alimentarnos. Es nada más una determinada cantidad nada más.	1.- bueno una persona que come mucho no está mal alimentada, porque cada quien come hasta donde su estomago llena	1.-si se cree pero depende de lo que coma, ahorita de los mexicanos de lo que tenemos es que nos gusta mucho las cosas grasosas, la tortilla en abundancia, entonces eso es la mala alimentación , no a las frutas y verduras sino a las cosas grasosas, llámese gorditas , hamburguesas, chicharrón, no comemos sanamente	1.No creo que sea bien pero lo hacen	Influencia familiar de malos hábitos 3 Etapa de negación 1 Necesidad de orientación alimenticia 2

	<p>2.- En mi familia no se consideran que deben comer demasiado, siempre se nos dijo que había que dejar un huequito y en mi familia no hay personas obesas, yo creo que soy de las pocas de la familia que tiene poco sobrepeso</p>	<p>2.- No, no está bien que el comer mucho es esta bien alimentada</p>	<p>2.- pues no porque no debe ser, para que le sirve, uno no debe de comer tanto, no más suficiente</p>	<p>2.- creo que en mi familia no, pero por ejemplo cuando te relacionas con otras personas lo primero que dicen o las costumbres que tienen las otras personas, está muy flaquito es que no come, o está enfermo, aunque este delgado y en su peso normal a fuerza quieren verlo gordo, algunas personas si creen que estar gordo es sano yo creo que el comer demasiado influye en otras cosas</p>	<p>Necesidad de orientación alimenticia 2</p> <p>Influencia familiar de malos hábitos 3</p> <p>Etapas de negación 1</p>
	<p>3.- Yo considero que debe uno de saber comer, lo que debe de comer, no todo es nutritivo, pues comer bastante es que está bien comido.</p>	<p>3.- En mi familia no creemos de las personas que comen mucho esta bien alimentada ya que muchas veces comen cosas que a lo mejor le van a causar gordura y no cosas que la nutra</p>	<p>3.-pues no, no es normal que coma mucho es estar bien alimentado, el comer sano si mucho no</p>	<p>3.-el comer mucho es estar mal, tiende a estar más gordito, no es estar bien alimentado</p>	<p>Necesidad de orientación alimenticia 4</p>
	<p>4.- Si hay que comer todo</p>	<p>4.- en mi familia materna y paterna si se cree que el comer mucho significa salud, pero mi familia de ahora que es mi esposo y mis hijos no, porque ellos comen</p>	<p>4.- no porque las gordas no quieren decir que están sanas,, no hay salud, comer mucho no es bueno si algunas son cosas dañinas no</p>	<p>4.- anitguamente así se creía en la familia que el estar gordito era sinónimo de salud, pero no es así, ahora con la medicina y las informaciones</p>	<p>Influencia familiar de malos hábitos alimenticios 3</p> <p>Necesidad de orientación alimenticia 2</p>

		sanamente		nos hemos dado cuenta que no es así	
	5.-no, nosotros les ponemos poca comida a nuestros hijos, pero nosotros mi esposo y yo no hacemos lo mismo si comemos mucho	5.- si en mi familia si se cree que el estar llenito es estar bien alimentados, yo recuerdo que cuando mis hijas estaban chiquitas estaban muy delgaditas y mi mamá me regañaba decía que porque yo no les daba y los comparaba con mis sobrinos que eran obesos	Antes sí, ahora no por la información que existe, ya se ha aumentado la cultura de comer sano	5.-no Dra. No es esta bien alimentada	Influencia familiar de malos hábitos 1 Necesidad de orientación alimenticia 1
	6.- si como dice mi esposa aunque comemos de todo verduras, fruta, casi diario carne me sirvo doble y como muchas tortillas	6.- yo en mi familia si mis padres creían que el que comiera bastante, comiera suficiente era bueno para que estuviera, bien, pero ahora veo que eso no es verdadero	6.-no en mi familia se tiene la creencia que una persona que come mucho no está bien alimentada	6.-no Dra. Tengo un hijo que esta también llenito y uno de mis nietos salió también así y lo llevaron a hacer ejercicio y se ve que ha bajado	Influencia familiar de malos hábitos alimenticios 3 Necesidad de orientación alimenticia 3
	7.-mi familia si acostumbra a comer mucho, para estar bien alimentados, aunque ahora sé que no debemos comer tanto pues engordamos	7.- los ayuno prolongados engordan, pero tampoco nuestro organismo al llegar a comer aprovecha todo lo que comemos, aunque no comamos mucho, entonces llevamos una vida sedentaria en nuestros trabajos, horas sentados y no	7.- no porque nosotros no comemos tanto, nos servimos lo que vamos a comer, en mi casa así nos acostumbraron	7.-si es una alimentación sana pero no les hace bien	Influencia familiar de malos hábitos alimenticios 3 Necesidad de orientación alimenticia 1

		hacemos ejercicio como debemos salimos cansados y eso también afecta mucho a la obesidad			
	8.-no nosotros no, nos servimos lo que es normal, no mucho, no es lo que comemos es la calidad de los alimentos	8.- Bueno yo considero que el comer bien no es la cantidad sino la calidad, que debe de haber un equilibrio, más bien un balance.	8.- en mi familia si nos servimos mucho, porque con el trabajo da mucha hambre y los hijos llegan con mucha hambre, pero no debemos hacerlo, por eso estamos gordos	8.-si a mi si me gusta comer mucho y a mi familia también yo si sirvo muy bien y si al rato veo comida ,me la como	Influencia familiar de malos hábitos alimenticios 2

GUIA DE ENTREVISTA	RESPUESTAS DEL PRIMER GRUPO	RESPUESTAS DEL SEGUNDO GRUPO	RESPUESTAS DEL TERCER	RESPUESTAS DEL CUARTO GRUPO	CATEGORIZACION FINAL
¿El no comer toda la comida que se te sirve es mal visto en tu familia, porque significa desperdiciar la comida?	1.- En si familia si lo vemos ser descortés el no probar el alimento que nos ofrecen, sí tengo la costumbre que aunque no quiera si me lo como.	1.- Bueno yo en mí persona como lo que a mí me gusta si mi familia no come de eso yo si como porque a mí me gusta	1.-bueno pues socialmente hay personas, familias que eso si lo consideran que es desperdicio, pero en mi familia no, nos servimos exactamente lo que vamos a consumir	1-pues sí, si considero que se está desperdiciand o la comida, pues uno mismo dice come todo mira como estas desperdiciand o la comida y comete todo y eso es malo, no come lo que deben de comer sino lo que uno les está insistiendo que coman y no debe ser	Influencia familiar de acabarse todo lo servido 3
	2.- Yo si acepto para no ser descortés con las personas, pero no me lo como, sino tengo hambre no me lo como, nada más lo pruebo y lo dejo	2.- no, no es mal visto cada quien come y no es mal visto cada quien comemos lo que es necesario,	2.- pues también yo digo lo mismo que no debemos de consumir más de lo que nuestro mi estomago nos pide, mi familia también	2.-si yo creo que es mal visto por la familia el hecho que no te comas el plato que te está sirviendo , pero más bien	Influencia familiar de acabarse todo lo servido 2

	por ahí			deberíamos de empezar a cambiar un poquito la manera de pensar de la familia, de no porque te sirvan mucho este, o más bien dicho el tamaño del plato, si te ponen un plato tamaño familiar, que mejor no cambiarlo por uno más pequeño si lo puedes poner llenito pero es una cantidad menor que la que te pusieron en el grande	
	3.- Yo pienso lo mismo, para no ofender a la persona como poquito,	3.- también en mi familia cada quien come lo que quiere	3.-yo considero que no es mal visto que uno deje comida en el plato, tiene uno que comerlo que el cuerpo nos pide además	3.-si Dra. Si es mal visto es de mal educación desperdiciar la comida que a veces es escasa	Influencia familiar de acabarse todo lo servido 2
	4.- Si pues le da a uno pena, si no le gusta tiene que comerlo.	4.-no, no es mal visto que socialmente en mi casa se quede la comida, pero yo si siempre reniego porque dejan la comida y les digo que otra gente se está muriendo de hambre y me la como yo para que no se desperdicie	4.-no está bien comer demás de lo le sirven a uno, este muchas veces en la familia me dicen comete otro plato acabo está muy rico, y uno ahí es donde cae en el error	4.-yo creo que es cuestión de cultura, como uno fue educado de esa manera a veces se repiten esos patrones y caemos en el mismo error sabiendo de que no es sinónimo de tal cantidad de comida igual a nutrientes	Influencia familiar de acabarse todo lo servido 3
	5.-si en mi familia así era,	5- no, no es mal visto	5.-yo considero que a veces si	5.- para mí ha sido muy	Influencia familiar de acabarse todo lo

	pero ahora trato de poner lo que se van a comer y si me lleno lo dejo	también en mi familia cada quien comen lo y no es mal visto	abusamos de los alimentos, a veces por quedar bien con las personas de no dejar nada en el plato o porque aquello nos gusto mucho, pedimos más, estamos muy mal con eso	positivo servirles de poquito, si quieren repetir ellos saben la cantidad que se van a servir	servido 2
	6.- yo, también ahora le digo a mi esposa que me ponga menos que antes, porque yo si me como todo aunque ya me sienta lleno	6.- yo creía que eso era mal, que se desaprovechaba comida inclusive cuando tenía mis niñas chicas yo me comida lo que ellas dejaban para que no se desperdiciara	6.-bueno yo pienso que si es un error servir los platos llenos porque trae enfermedad, en mi familia tenemos problemas porque yo y mi esposo ya sabemos de las enfermedades tratamos de no comer tanto, pero los hijos más chiquitos no entienden eso y me reclaman que porque le digo no coman tanto y todo eso y es el problema que tenemos	6.- no, no es mal visto porque yo sirvo lo que es necesario para mí y para mi esposo y a si él me pide más yo le doy más	Influencia familiar de acabarse todo lo servido 2
	7.- en mi familia siempre nos decían que nos acabáramos toda la comida, que no debíamos desperdiciarla, que había mucha gente que no tenía que comer	7.- en mi caso estamos procurando antes había desorden se servían los platos llenos ahora no lo que se va a comer y nadie desperdicia	7.-si es mal visto por la familia porque esta porque desperdician pues, pero si es cierto, pero en mi caso cada quien nos servimos lo que nos vamos a comer nomas y no desperdiciamos	7.-yo nada más me como lo que es lo normal lo que me sirven ya si tengo ganas que me sirvan otro poquito	Influencia familiar de acabarse todo lo servido 2
	8.- no en mi caso si ya estoy lleno lo dejo	8.-yo considero que no es mal visto siempre	8.- el que se sirva uno mucho influye también	8.-yo si me como todo, pues siento	Influencia familiar de acabarse todo lo servido 3

		<p>procuro que haya comida que no sea dañina</p>	<p>el que traiga uno mucha hambre y piensa uno que con lo que se va a servir no va a llenar y se sirve bastante, entonces en los niños o en mi familia se sirven un poco y luego pero como salen de estar estudiando se llenan el plato, pues como salen con mucha hambre hasta que se hartan se lo comen</p>	<p>que desperdicio la comida, a veces hasta me como lo que dejan los niños</p>	
--	--	--	---	--	--

GUIA DE ENTREVISTA	RESPUESTAS DEL PRIMER GRUPO	RESPUESTAS DEL SEGUNDO GRUPO	RESPUESTAS DEL TERCER	RESPUESTAS DEL CUARTO GRUPO	CATEGORIZACION FINAL
<p>¿Emocionalmente como le afecta las criticas de su familia por su imagen física?</p>	<p>1,-Si la verdad es que yo ya tengo que será, unos 3 años que empecé a subir de peso y la mayoría de la familia, cuando me dicen estas muy gordita o hacen un comentario en mi ropa de cómo me luce porque estoy pasada de peso, si me afecta bástate, emocionalmente creo que he estado con depresiones a raíz de que he subido de peso.</p>	<p>1.- a mi no me afecta la opinión de nadie</p>	<p>1.-bueno pues, este desafortunadamente no estamos en una educación así donde respetara a la persona y eso se debe desde la niñez, con los niños obesos en las escuelas que el gordito que el panzón y uno también ya de adulto con las mismas vecinas se tiene problemas o con sus hijos, mira como estas gordita y está muy gordita y las vecinas si con esa vieja gorda, si afecta en lo personal y muchas veces puede caer a la</p>	<p>1.-pues si me afecta, si me afecta porque caray digo yo como es posible que yo no pueda tener esa fuerza de voluntad para bajar prefiero no sé cómo podría decir, si me afecta mucho como quisiera tener mucha fuerza de voluntad no me gusta estar gorda</p>	<p>Percepción de depresión 2 Percepción de baja autoestima 1</p>

			depresión y empieza uno a decir ya mañana le voy a bajar a la comida si me como 5 tortillas me voy a comer 4 pero no es cierto, nomas en ese ratito se siente la ofensa, otro día ya se olvido		
	2.- A mí emocionalmente no me afecta, porque hasta ahora que ya estoy en la tercera etapa de mi vida es que he aumentado de peso y considero que no me critican. No, no me afecta.	2.-no no me afecta	2.-yo considera que si afecta, en mi familia no se me ofende, pero el que me ofende es el espejo no habla pero a como habla, pero si repercute como dice aquí la compañera se hace uno el propósito pero si necesita uno una ayudita para adelgazar	2.-si me ha afectado las criticas de mi familia, primer te hacen sentir triste luego te enojas porque piensas que como es posible que ellos se pongan y te critiquen, cuando ellos a lo mejor están igual o van por el mismo camino que tú , en lugar de tratar de hacer un ambiente más agradable para que puedas alimentarte sanamente, yo lo que he hecho desquitarme con la comida el mal momento que estoy pasando	Percepción de depresión 1 Percepción de baja autoestima 1
	3,-Pues sí cuando me dicen que estoy gordita si me agito, pero de todas maneras no dejo de comer. Tengo que hacer para	3.- no, no me afecta bueno en una ocasión si cuando mi hija me dijo que ya estaba más panzoncita y si me puse un poco medio	3.-si me afecta a veces si me da pena que me digan que no dejo de comer, como lo que no debo y pienso ya no voy a comer o a cenar	3.-pues si, si me afecta más sobre todo cuando viene de mis padres me da mucho sentimiento cuando me dicen algo	Percepción de depresión 3

	bajar un poquito.	tristecilla, pero de ahí en más no	y ya se me olvida y si ceno		
	4.- Yo casi no como con exageración no soy gorda, no me dicen nada	4.-a mí sí me afecta porque me gusta mucho la ropa moderna y no hay de todas las tallas	4.-si si afecta las críticas de que le digan que ya está más gorda y quiere hacer uno el propósito pues de bajarle y hacer más ejercicio y a veces nada más se queda en propósito	4.-trato de adaptarme oigo críticas y pienso que debemos tener una proyección hacia la sociedad con una figura aceptable	Percepción de depresión 3 Etapa de negación 1
	5.-si a mi si me afecta cuando me dicen gorda o que fea se me ve la ropa me pongo triste, me deprimó	5.- no, no me afecta	5.-si me afecta, no me dicen a mi directamente pero yo veo que a ellas si les queda muy bien la ropa y no están enferma y entonces si me afecta y como dicen ellas en ese ratito trato de comer menos, lo que debe de ser, pero ya se me olvida y vuelvo a caer en lo mismo y vuelvo a comer	5.-a mi ,mi familia no me critica pero yo sola me veo mi forma , mis llantitas, me decepciono o yo sola en el espejo con una ropa que no me queda, porque me faja de mas y la llanita salta, la llanta por acá , de cualquier manera yo sola me estoy regañando o me siento mal cuando como de más y digo ahora sí me pase	Percepción de depresión 1 Percepción de baja autoestima 2
	6.- a mi me afecta poco más bien me apura que la ropa no me quede, porque luego no tengo que ponerme	6.- a mi si me afecta, pero eso a la vez me da coraje que me digan que estoy gorda, sobre todo tengo un hermano que nada más me está dando carrilla de que estoy más gorda, más gorda cada vez no sé si sea por llevarle la	6.- emocionalmente me afecta primeramente que me digan gorda, me duele y me da coraje y les digo cosas feas, pero después se me pasa el coraje y cuando me vuelven a decir digo pues ahora si para que digan voy a	6.-pues usted sabe Dra. . que yo he rebajado me dicen a mí que me mareo por eso y según mi médico me dice que es por el colesterol por esto por lo otro	Percepción de depresión 2 Etapa de negación 1

		contraria o qué pero ahí sigo estando gorda	comer más		
	7.- a mi si me afecta que me digan cosas, me da coraje y me voy, y pienso en cambiar pero solo me dura unos días y vuelvo a comer	7.-bueno si afecta, si afecta en las situaciones hacia los demás, pero uno trata de disminuir mucho sus alimentos , pero la verdad es que te das cuenta que la ropa no te queda, que tienes que comprar más, y porque tengo que comprar más si tengo, pero sí afecta, si afecta emocionalmente	7.- a ni en mi familia no me afecta pues no me critican, pero como dice la compañera la ropa me dice todo y entonces empiezo a deprimirme y a hacerme el propósito uno dos tres cuatro días pero vuelvo a caer soy débil	7.-no pues a mí me animan a que le eche ganas a hacer ejercicio yo siempre he sido. Ahora ya subí pero yo siempre fui delgado	Percepción de depresión 3
	8.- a mi no me dicen nada mi familia me respeta	8.-a mi no me afecta, pero si pongo atención en esa opinión, porque sé que es por mi bien	8.-no pero a mí no me critican pero si me fijo en el espejo como dice la compañera el espejo nos dice y si me propongo a adelgazar por un tiempo y vuelvo a caer	8.-a mi me afecta mucho, me pongo triste, no quiero ni salir y pienso en hacer algo pero al ver la comida se me olvida todo y vuelvo a comer	Percepción de baja autoestima 1

GUIA DE ENTREVISTA	RESPUESTAS DEL PRIMER GRUPO	RESPUESTAS DEL SEGUNDO GRUPO	RESPUESTAS DEL TERCER GRUPO	RESPUESTAS DEL CUARTO GRUPO	CATEGORIZACION FINAL
¿El escuchar, observar o leer anuncios de productos alimenticios te incita a comerlos?	1.- No de hecho no soy muy dada a que lo que veo en la televisión o escuche en radio. Si en mi casa comer algún tipo de golosinas no se me antoja, de hecho creo que no como mucho.	1.- pues si me gusta ese producto que estoy viendo me lo compro	1.- yo también a veces caigo	1.-pues no porque, como que si da tentación hacerlo, pero hay dudas porque difunden mucho en la televisión y en los medios de productos que no sirven para que va uno a gastar	Influencia de la mercadotecnia para el consumo de alimentos 2

	<p>2.- Definitivamente yo no me dejo influenciar por ese tipo de anuncios, en mi casa se come sano, procuro que se coma bastante sano y no me sonsaco con los anuncio.</p>	<p>2.- si se me antoja si lo compro</p>	<p>Pues sí, pero no siempre no podemos comerlo</p>	<p>2.-en el momento en que estar viendo el comercial, escuchando en la radio o que pasas por el puesto dices hay que rico, pero por ejemplo esta también la disponibilidad, por ejemplo vas al supermercado y llegas y ves a mira unos cacahuates, no mejor no, tu estado de ánimo influye mucho también recordarte los mensajes de los comerciales que vistes en la televisión, si vistes a un niño comiéndose un helado feliz, luego, luego lo asocias el helado con la felicidad y vas y lo compras no importa si tienes o no dinero</p>	<p>Influencia de la mercadotecnia en el consumo de alimentos 3</p>
	<p>3.- En este caso yo si soy muy apetitosa, si veo algo que me gusta no me quedo con las ganas, si me lo como, lo compro.</p>	<p>3.-a veces si se me antoja y lo compro</p>	<p>3.-si es buena si, si es alimento chatarra no, pues tengo una hija con problemas de salud y nunca le compro papitas ni refrescos</p>	<p>3.-si si influye Dra. No al momento pero cae en cualquier momento</p>	<p>Influencia de la mercadotecnia en el consumo de alimentos 4</p>
	<p>4.- No fíjese que tomo coca, y pasteles cuando</p>	<p>4.-si se me antoja principalmente</p>	<p>4.-si, si se me antoja, a veces los compro, si</p>	<p>4.-yo me considero una persona que</p>	<p>Influencia de la mercadotecnia en el consumo de</p>

	voy a fiestas, ningún anuncio.	las harinas y los chocolates.	podiera	no me dejo influir por las imágenes nada más, prefiero verlas con imágenes no	alimentos 2
	5.-si, si se me antojan y si los veo me los compro si soy antojada	5.- si, si se me antoja y lo compro	5.-Si porque están muy llamativos, cuando se ven están muy antojadles	5.-en mi familia son muy frecuentes las invitaciones o sea que son muy comelones por fuera en los puestos en todo eso, pero yo no porque traigo un modelo de mi mamá que ella de la calle no comía nada, entonces a todo le hago el feo, y no caigo los comerciales y todo eso las papitas, los refrescos, nada de eso	Influencia de la mercadotecnia en el consumo de los alimentos 3
	6.- yo también si se me antojan antes como soy taxista me paraba en alguna tiendita y me compraba el refresco y un gansito	6.- si, si despierta la sensación del antojo	6.-si es mucha tentación, ya ve como la ponen espectacular, los pasteles, la coca, es una tentación muy fuerte muy difícil de vencer	6.- si. Sí me incita pero no lo hago	Influencia de la mercadotecnia en el consumo de los alimentos 4
	7.- no yo no soy muy antojada de lo que sale en la tele, prefiero la comida	7.- bueno a mi no me despierta mucho el apetito pero la verdad es que en su casa tiene uno lo necesario para engordar	7.-no a mi no me llama la atención, a veces en la calle la comida pero papitas, dulces no	7.-si yo a veces le digo a mi señora, oye mira ponte a hacer esto de lo que sale en la televisión pero no, dice que no, no me hace caso	Influencia de la mercadotecnia en el consumo de los alimentos 1
	8.- no para nada no me llaman la atención	8.- no, no se me antoja primero veo si me va a	8.-si cuando veo en la televisión si me incita a	8.- a mi si y si los veo los compro	Influencia de la mercadotecnia en el consumo de los

		gustar, no lo compro no mas por comprar.	comerlo, cuando lo veo lo compro		alimentos 3
--	--	--	----------------------------------	--	-------------

GUIA DE ENTREVISTA	RESPUESTAS DEL PRIMER GRUPO	RESPUESTAS DEL SEGUNDO GRUPO	RESPUESTAS DEL TERCER	RESPUESTAS DEL CUARTO GRUPO	CATEGORIZACION FINAL
Cuando eres invitado a un convivio ¿Consideras que es de mal gusto o de mala educación, el no aceptar la comida que se te ofrece, cuando no tienes hambre?	1.- Si, la verdad si en mi familia acostumbramos que siempre que hay un convivio tiene que haber suficiente comida de gustos para todos. Y yo si saboreo de cada cosa que me gusta, que la preparo mi mamá, ni tía, mi hermana y sí, sí.	1.-yo cuando tengo hambre yo me como lo que me ofrecen y si no tengo hambre no me la como	1.- si es de mal gusto no aceptarla, si se sirve por lo menos una probadita, para no dejar el plato así pues sería una ofensa para quien me invito y desairar lo que me ofrece	1.-pues, yo pienso que si yo no tengo hambre y aunque me sirvan caviar yo no me lo comería, porque considero que esto me va a engordar no me lo voy a comer, así es tener fuerza de voluntad	Costumbres familiares de acabarse todo el alimento servido en casa y en eventos sociales 3
	2.- Bueno no precisamente que sea más agradable, si hay mucha comida. Si no hay no importa. Si hay mucha yo procuro no comer en exceso, no importa si hay o no comida.	2.-no no es de mal gusto si tengo hambre la acepto sino no	2.-yo considero que si es de mal gusto porque si somos invitados se supone que vamos a consumir, pero si voy sin hambre bueno hay ocasiones que dice mejor me lo llevo, para no caer en excesos y en otras pues si como estamos en confianza ya veces estamos conversando a gusto estamos comiendo sin pensar y estamos comiendo de más	2.-la verdad es que yo si he caído en esos patrones de que si estas por ahí en una fiesta, con tus amigos, fiesta familiar por ejemplo el anfitrión te ofrece algo y le dices que no, a lo mejor es mi cultura o la educación que yo recibí que rechazar si es una falta de respeto, lo que he tratado de hacer que a lo mejor no ha funcionado mucho, es este tratar de comer una cantidad pequeña	Costumbres familiares de acabarse todo el alimento servido en casa y en eventos sociales 2
	3.- En mi caso si me gusta hacer diferentes platillos y más	3.-yo también si tengo hambre me la como y si no tengo	3.-aunque sea poquito, pero se come uno	3.- yo considero que si es mala educación,	Costumbres familiares de acabarse todo el alimento servido en

	vale que sobre a que falte, para que quede contenta la gente.	hambre digo que no		pero yo tampoco me como todo lo que me sirven, en los convivios como poquito	casa y en eventos sociales 3
	4.- me como lo que me den, si	4.-yo este si acepto la comida que me ofrecen porque algunas personas se molestan cuando algunos rechazan algún taco que ofrecen	4.- bueno yo considero que no es de mal gusto no comérselo si no tiene uno hambre, pero yo siempre tengo hambre	4.- yo creo que es de adaptarse a la situación y por las normas sociales hay que dejar una parte aunque se quede con más hambre hay que dejar una pequeña ración ahí, solo para satisfacer lo básico	Costumbres familiares de acabarse todo el alimento servido en casa y en eventos sociales 3
	5.- no si no tengo hambre no me lo como, aunque a veces lo pruebo	5.-no yo pienso que no es mal visto y yo también si no tengo hambre no lo acepto	5.-bueno en algunos convivios este si es de mal gusto no comer porque a lo mejor las personas piensan que no está bien hecha la comida y uno piensa mejor voy a comer	5.-yo de antemano si están sirviendo pido que no se me sirva, yo considero más si es en la noche de hecho no ceno fuerte entonces por educación le digo que no ceno y si entienden mi situación	Costumbres familiares de acabarse todo el alimento servido en casa y en eventos sociales 1
	6.- no, no me lo como si no tengo hambre	6.-no debe de ser mal visto ya que si no se apetece lo que nos están ofreciendo no hay que comérselo, mas sin embargo a veces por no desairar a la persona que está ofreciendo pues se lo come uno por compromiso	6.-bueno este yo considero que más bien no somos honestos, vamos a un convivio y hasta decimos este me voy a ir hambreada para comer de todo lo que me den	6.-no yo como lo necesario nada más	Costumbres familiares de acabarse todo el alimento servido en casa y en eventos sociales 3

	7.- si, si me lo como porque es de mala educación, pues si va uno a una convivio ya sabe que le van a dar de comer	7.- pues por educación come uno poco de lo que nos ofrecen nada más	7.-bueno yo pienso que no es de mal gusto decir que no, puede uno ir a platicar, a divertirse pero no es necesario comer, puede uno ir a platicar a convivir pero no es muy necesaria la comida	7.- si si es de mal gusto porque le sirven a usted y dejar ahí lo que le sirven a uno, siquiera probar un poquito de cada cosa	Costumbres familiares de acabarse todo el alimento servido en casa y en eventos sociales 3
	8.- no, yo les digo que no tengo hambre, que gracias que así está bien	8.-yo considero que no es mal visto si no me gusta o ya comí doy las gracias amablemente y les digo que acabo de comer	8.-pues yo considero que si es de mal gusto no aceptar la comida que nos ofrecen, que si nos sirven mucho pues bueno a tiempo quítenos un poquito, lo que uno va a consumir para no desairar	8.-pues yo si me lo como, es que me gusta mucho la comida y al verla me gana	Costumbres familiares de acabarse todo el alimento servido en casa y en eventos sociales 2

GUIA DE ENTREVISTA	RESPUESTAS DEL PRIMER GRUPO	RESPUESTAS DEL SEGUNDO GRUPO	RESPUESTAS DEL TERCER	RESPUESTAS DEL CUARTO GRUPO	CATEGORIZACION FINAL
¿El comer abundante te ayuda a relajarte y alivia la tensión y el estrés por el trabajo y los problemas cotidianos?	1.- Si últimamente cuando estoy nerviosa, estoy tensa me da por estar comiendo aunque no tenga hambre.	1.- si, si me ayuda mucho	1.-bueno hay veces que ha vemos personas que sufrimos de nerviosismo y que muchas veces sentimos un vacio en el estomago y estamos a come y come y nada nos llena y seguimos ahora un pedazo de pan, una fruta pero es de los mismos nervios	1.-no no me ayuda en nada al contrario me hace sentir mal , o sea que uno cree que muchas personas si comen por nervios yo no	Liberación emocional a través del consumo de comida 2
	2.- No a mi no al contrario cuando estoy de nervios tiendo a comer un poquito menos. Los nervios no me	2.- no, no me ayuda mucho	2.-en mi caso si cuando estoy muy tensa me da por comer y más lo dulce, paste	2.-en relación a la pregunta yo si presento esa relación de mi comportamient o, desde muy	Liberación emocional a través del consumo de comida 2

	hacen comer más.			pequeña solía comer si me peleaba con alguien, solía comer si estaba triste, solía comer sobre todo cuando estaba preparando un examen o cuando tengo un problema en el trabajo, lo hago y la verdad me hace sentir bien, el trabajo y la comida son mi vida, obviamente me gustaría encontrar un cambio deshacerme de ese habito	
	3.- Yo si cuando me siento nerviosa me da por comer antojitos.	3.- no a mi no me ayuda a sacar las depresiones la comida	3.-pues no ha veces hasta me siento más cansada por no comer nada	3.-para mi no influye la comida cuando estoy estresada	Liberación emocional a través del consumo de comida 1
	4.- no como nada	4.- no a mi no me ayuda	4.-no al contrario come uno más estando así y se siente mal	4.-yo la verdad ahorita que lo mencionan si agarro de pretexto cuando estoy nervioso o de ocio me hace comer más yo sé que no necesito pero me gana la gula	Liberación emocional a través del consumo de comida 1
	5.- si cuando estoy preocupada o triste me da por comer aunque no me calma mucho y después me arrepiento	5.- yo si pienso que yo si tengo ese defecto de creer que comiendo ya me calmo	5.- abundantement e comer no es necesario después se siente uno más feo de haber comido	5.-yo de hecho si estoy estresada o estoy nerviosa más bien me dedico a hacer cosas en mi casa a pintar o hacer manualidades, la comida	Liberación emocional a través del consumo de comida 2

				noma gana no se me antoja comer, ni pienso en ella solamente cuando me toca mis comidas	
	6.- no yo no necesito comer, no pienso en eso	6.- no yo no para nada	6.-no me relaja, pero a veces me da como ansiedad y si estoy en la casa sola ando buscando a ver que me como	6.- pies yo también hago por comer y comer me dan ansias, después de almorzar tengo ganas de seguir comiendo y vuelvo a caer aunque sea fruta	Liberación emocional a través del consumo de comida o
	7.- no yo tampoco porque cuando yo estoy triste, enojada o preocupada es al revés se me quita el hambre	7.- no, no me ayuda para nada. Teniendo mi estomago lo suficiente ya no como	7.-bueno es lo mismo yo también empiezo a comer y me relaja un ratito pero después viene la culpa y todo y me siento más mal	7.- yo tengo lo que es normal. como tengo como unos 6 meses que empecé a engordar y si me da hambre y he estado comiendo	Liberación emocional a través del consumo de comida 1
	8.- no, yo no como por nervios.	8.- no yo no como para calmarme	8.-no yo también el comer mucho no me remedia nada, mejor me aguanto me como una fruta, una gelatina y algo por olvidar que quiero pan o soda y me siento mejor	8.- yo si me desquito comiendo y ese rato se me olvida el problema	Liberación emocional a través del consumo de comida 1

GUIA DE ENTREVISTA	RESPUESTAS DEL PRIMER GRUPO	RESPUESTAS DEL SEGUNDO GRUPO	RESPUESTAS DEL TERCER	RESPUESTAS DEL CUARTO GRUPO	CATEGORIZACION FINAL
¿Considera que los tratamientos para reducción de peso son costosos?	1.- En mi experiencia no he tenido ningún, que haya tenido que estar con algún tratamiento, desde que	1.-si son costosos, pero cuando uno tiene voluntad adelgazo sin medicamentos	1.-yo pienso que no porque ahorita hay muchos lugares donde se puede hacer ejercicio sin pagar un centavo hay	1.-si, si son muy costosos y no garantizan nada, simplemente unos los compra	Tratamientos costosos para adelgazar 2 Tratamientos para adelgazar poco costosos 1

	<p>empecé a subir de peso solo he estado con dietas de alimentación, y es algo que tengo en la casa, algo saludable, no he tenido ni porque comprar pastillas o algún otra cosa.</p>		<p>espacios nuevos como en el parque, el ejercicio es a voluntad de uno sin desembolsar un cinco, todo es cuestión de proponérselo uno, como una meta, una rutina obligatoria si se va a un gimnasio ya es diferente</p>	<p>porque dice hay esto me va a adelgazar, y tira uno el dinero nada más</p>	<p>Desconocimiento sobre tratamientos para adelgazar 1</p>
	<p>2.- Pues sí, si considero que puede ser costoso. Nunca he llevado un tratamiento así, pero yo creo que si puede ser costoso, pero nunca lo he llevado así como tratamiento, llevo alimentación que procuro que sea nutritiva, nunca he llevado dieta.</p>	<p>2.- yo pienso que no es necesario un tratamiento, teniendo fuerza de voluntad lo podemos hacer</p>	<p>2.-no pues realmente no son costosos pues en mi caso yo estoy yendo a una clase de zumba, tengo poquito menos del mes y me cuesta 5 pesos la hora, realmente no es costoso</p>	<p>2.-yo pienso que si son costosos, pero no jamás los he utilizado, a lo mejor mi mentalidad me tiene muy en contra de los tratamientos comerciales, yo estoy dispuesta a ponerme en tratamiento con un médico, una persona que me oriente a hacer ejercicio, pero no está en mi concepto de salud utilizar algún medicamento o alguna substancia</p>	<p>Tratamientos costosos para adelgazar 2</p> <p>Tratamientos para adelgazar poco costosos 1</p> <p>Desconocimiento sobre tratamientos para adelgazar 0</p>
	<p>3.- La verdad yo también desconozco. Nunca he llevado dieta en especial.</p>	<p>3.-los tratamientos efectivamente no son necesarios sino que únicamente de saber cómo comer de los varios tipos que tenemos de alimentación, ahí está la clave</p>	<p>3.-no se que decirle porque nunca lo he practicado</p>	<p>Yo si he caído y he comprado tratamientos y son costosos y poco favorables y no sirven</p>	<p>Tratamientos costosos para adelgazar 1</p> <p>Tratamientos poco costosos para adelgazar</p> <p>Desconocimiento sobre tratamientos para adelgazar 1</p>

<p>4.- Pues quien sabe nunca me he puesto a dieta.</p>	<p>4.- nunca me he sometido a un régimen de medicamentos para adelgazar</p>	<p>4.-bueno si se refiere a una nutrióloga yo si siento que es costoso</p>	<p>4.- yo la verdad nunca lo he hecho ni un tratamiento médico ni pastillas ni nada de eso para adelgazar, estoy convencido que con el ejercicio logra adelgazar y con una dieta adecuada nada más que ahorita me gana unas situaciones que quisiera cambiar</p>	<p>Tratamiento costoso para adelgazar 1</p> <p>Tratamiento para adelgazar poco costoso</p> <p>Desconocimiento sobre tratamientos para adelgazar 3</p>
<p>5.- si, yo pienso que son caros y que ni sirven, es mejor hacer ejercicio y dejar de comer</p>	<p>5.- no yo considero que no son costosos, aunque yo nunca los he manejado, pero yo creo que es como me han dicho muchos de los doctores que bajando la, es saber comer</p>	<p>5.-para mi yo pensó que es un beneficio que está adquiriendo uno, gasta uno en otras cosas innecesarias y esto es para nuestra salud</p>	<p>5.-si son costosos y son inútiles porque nos están invadiendo con aparatos, con tenis, con miles de cosas y yo no creo en nada de eso, yo creo nada más una dieta de acuerdo a mi estatura, a mi edad y todo eso pero, aun que la tengo, me la llevan da flojera estar midiendo, pesando por la comida, nada más pienso en comer lo adecuado pero no lo hago</p>	<p>Tratamientos costosos para adelgazar 2</p> <p>Tratamientos para adelgazar poco costosos 2</p> <p>Desconocimiento sobre tratamientos para adelgazar 0</p>
<p>6.- yo también pienso como mi esposa que son</p>	<p>6.-si los tratamientos en algunas</p>	<p>6.-es costoso pero nosotros nos ponemos</p>	<p>6.- pues el ejercicio si nos ayuda lo</p>	<p>Tratamientos costosos para adelgazar 3</p>

	caros, aunque nunca he comprado uno, cuando quiero bajar me quito la coca que tomo mucha y los pan dulces	ocasiones si son costosos, pero comer lo más limitadamente, lo más adecuadamente sería lo mejor	ese pretexto para decir hay no las dietas salen caras, hay que comprar para uno nada más porque los demás no quieren, pero si como dice Callito lo que gastamos para otras cosas eso si es costoso tomando en cuenta lo que cuesta un refresco, unas frituras	estamos viendo en mi, nada más que ahorita no puedo salir a caminar, pero a mí el ejercicio me ayuda mucho	Tratamientos para adelgazar poco costosos 0 Desconocimiento sobre tratamientos para adelgazar 0
	7.- si, si creo y no sirven, yo si he comprado a veces las vecinas me ofrecen cosas que son muy buenas para adelgazar y las compro y ni bajo	7.-Bueno nosotros en nuestro trabajo llevamos ayunos prolongados todos por lo general entonces Este jamás he querido yo llevar tratamientos de medicamentos no por el costo	7.- bueno para mí no es costoso depende del tratamiento si se trata de caminar ,de hacer ejercicio no se me hace costoso	7.-tambien no iba a hacer ejercicio, pero ya estoy yendo y me siento mejor	Tratamientos costosos para adelgazar 2 Tratamientos para adelgazar menos costosos 1 Desconocimiento sobre tratamientos para adelgazar 0
	8.- si, si pienso que son caros los medicamentos y que pueden hacer daño, es mejor hacer ejercicio y bajarle a la comida	8.-yo no creo en lo que es la mercadotecnia sino más bien para lo que para mí es sano	8.-no tampoco a mí se me hace costoso, porque ahora con eso de la zumba, caminar o simplemente ir con una nutrióloga que nos invite como en ISSSTE así que no tengo que desembolsar nada	8.- algunos son caros yo también he comprado pero nunca los acabo pues al ver la comida se me olvida el tratamiento y me la como	Tratamientos costosos para adelgazar 2 Tratamientos para adelgazar menos costosos 2 Desconocimiento sobre tratamientos para adelgazar

GUIA DE ENTREVISTA	RESPUESTAS DEL PRIMER GRUPO	RESPUESTAS DEL SEGUNDO GRUPO	RESPUESTAS DEL TERCER	RESPUESTAS DEL CUARTO GRUPO	CATEGORIZACION FINAL
¿El tener siempre demasiada comida en el	1.- No en mi familia acostumbramos tener nada más	1.- si porque me gusta tener bastante comida para la hora que	1.- me da tranquilidad tener mucha comida, me	1.-yo pienso que suficiente pues sí, no pero no	La posición de comida en abundancia equivale a nivel

hogar la hace sentirse que se encuentra económicament e estable?	por día lo que vamos consumiendo, de hecho si tenemos una alacena con comida pero en el refrigerador más bien por día el alimento.	me da hambre ya nada más caliente	siento estable	suficiente nada más lo necesario, lo que se necesita pues muchas de las veces tiene uno ahí, esta uno viendo la televisión y ya corre uno por la galleta, que agarras esto que agarras lo otro y eso es una engrodadera ya nada da más es una idea	socioeconómico elevado 3
	2.- No, no considero. No me siento pobre, de hecho procuro no tener demasiado alimento en el refrigerador que mi chamaco no coma demasiado.	2.- yo si me siento mejor, teniendo mucha comida	2.-pues no por lo regular se tiene lo suficiente no de más	2.- yo creo que no, más bien me este no está muy relacionado con eso, tener el refrigerador lleno a lo mejor cuando la familia es mucha siente que estas bien, pero por ejemplo cuando vives solo el tener el refri lleno te hace ponerte más triste porque no tienes con quien compartir	La posición de comida en abundancia equivale a nivel socioeconómico elevado 1
	3.- A mí cuando voy a surtir la despensa me hace bien surtir bastante mercancía, bastante mandado para tener lo suficiente necesario en mi casa, para no tener que andar	3.-si tener en el refrigerador lo necesario me da satisfacción hasta por mis hijos también	3.-si claro que tener comida sana frutas, leguminosas yo siempre tengo lentejas, garbanz2.-os frijoles y tener mucho me hace sentir feliz	3.-no Dra. El tener el refri lleno no significa estar bien, estar bien significa que estuviéramos sanos, mejor	La posición de comida en abundancia equivale a un nivel socioeconómico elevado 3

	comprando en la tienda, yo me siento a gusto.				
	4.- Si porque a veces van los nietos y son los que hacen el consumo y me hace segura.	4.-no yo nunca he acostumbrado a tener mucha comida en el refrigerador, porque tengo a un hijo que tiende mucho a engordar y todo lo que encuentra se come	4.-no, no porque haya mucho voy a aprovecharme, no me hace sentir estable, es la tranquilidad que haya algo	4.- yo lo interpreto que no necesariamente económicamente está bien más bien con respecto a la alimentación, tener lleno el refrigerador o la alacena llena es alimento para mí, yo en lo personal me dedico a ir a comer golosinas mientras haya comida ahí yo como	La posición de comida en abundancia equivale a un nivel socioeconómico elevado 1
	5.- a mí sí, me gusta tener mucha comida me hace sentir bien	5.-no yo antes así lo pensaba pero ya no porque he tirado mucha comida, se echa a perder porque no le hacen caso	5.- no, me gusta tener mucho para comer	5.-pues comida en abundancia a mí no me gusta solamente dos platillos que digamos y lo que considere yo que se va a consumir entre la familia los que somos nada más, si no hay mucho en el refrigerador prefiero salir a comprar a la tienda nada más lo que necesito	La posición de comida en abundancia equivale a un nivel socioeconómico elevado 1
	6.- a mí también me siento más seguro, ver el refrigerador lleno	6.-yo creo que el tener el refrigerador lleno propicia más a estar comiendo, más frecuentemente	6.- no es todo lo contrario, para mí es el caso de mucha pérdida de dinero porque compras cosas que no	6.-pues yo también el refrigerador lleno no me gusta porque si me da más tentación	La posesión de comida en abundancia equivale a un nivel socioeconómico elevado 2

			<p>sirven como galletitas, pan, no está bien eso, a mi esposo no lo hago entender que el agua natural es más sano, él tiene que beber siempre agua de sabor.</p>		
	<p>7.- no, a mi no me gusta tener mucha comida la que es y nada más</p>	<p>7.- yo he preferido tener mejor vegetales, porque las harinas nos hacen más daño y evita así la tentación</p>	<p>7.- si porque creo que no me falta la comida, en mi pensamiento me siento estable, que ya con eso voy a vivir aunque no tenga lo demás</p>	<p>7.-Si pero al ver el refrigerador lleno si se le antoja agarrar algo y si hay nada más lo normal no le da tentación</p>	<p>La posesión de comida en abundancia equivale a un nivel socioeconómico elevado 2</p>
	<p>8.- si me da tranquilidad tener comida en la alacena y el refrigerador, me siento seguro</p>	<p>8.- yo procuro tener en el refrigerador lo necesario, porque luego anda uno tirando</p>	<p>8.-no no es necesario tener mucha comida para sentirse económicament e estable</p>	<p>8.-a mi también, me siento bien, estable, tener mucha comida en el refrigerador</p>	<p>La posición de comida en abundancia equivale a un nivel socioeconómico elevado 2</p>

GUIA DE ENTREVISTA	RESPUESTAS DEL PRIMER GRUPO	RESPUESTAS DEL SEGUNDO GRUPO	RESPUESTAS DEL TERCER	RESPUESTAS DEL CUARTO GRUPO	CATEGORIZACION FINAL
<p>¿Qué razones puede usted dar para no someterse a un tratamiento médico para adelgazar?</p>	<p>1.- De hecho yo si estoy a dieta que me han estado dando, lo único que están por cambiarme son las pastillas de la depresión que son las que me han subido de peso, hago ejercicio, como lo más nutritivo que se puede.</p>	<p>1.-he tratado pero no duro, y lo poco que bajo lo vuelvo a subir y mejor ya no lo intento</p>	<p>1-En mi caso personal muchas veces es el factor tiempo, desafortunadamente uno como ama de casa se deja para el ultimo, primero están los hijos, luego la casa y, yo estoy al último aquí es entonces ponerse las pilas pensar primero en uno, en la salud de uno, en hacer lo que le indique el médico, que tenga que hacer</p>	<p>1.-bueno pues las razones que serian, pues no tener ganas de estar delgadas, pues yo pienso eso que nos vale</p>	<p>Falta de deseos para adelgazar 3</p> <p>Falta de motivación adecuada para iniciar un tratamiento 1</p>

			por uno mismo		
2.- No acepto un tratamiento porque éste no me lo permite mi economía, a aparte yo hago mucho ejercicio y yo siempre hago ejercicio y procuro comer sano, sin embargo no estoy delgada.	Yo sé que tengo que bajar por las enfermedades que tengo pero no puedo me gana el antojo, a cada rato estoy que me voy a poner a dieta, pero solo queda en el pensamiento	2.-tambien estoy de acuerdo con el factor tiempo es cierto que nos falta organización necesito cuidarme y quererme tanto más , en mi caso si hay antecedentes de Diabetes y comienzo las dietas, pero las dejo por factor tiempo	2.-pues yo creo que hay varios puntos en mi caso que podemos decir, el primero la falta de convicción porque quiero estar delgada pero no quiero dejar de lado todo lo que me gusta o por ejemplo que me junto con mis amigos y me voy al cine y se me hace gacho que ellos estén comiendo papitas y yo con una ensalada y hasta tus mismos amigos te dicen, a poco nada más vas a comer eso yo si necesito a mi familia que se pongan al mismo nivel que coman lo que yo para poder hacerlo	Falta de deseos para adelgazar 2 Falta de motivación adecuada para iniciar un tratamiento 2	
3.- Pena que me siento a gusto así, si adelgazo me voy a colgar y no hago mucho ejercicio, ya estoy en edad muy alta y no quiero estar toda muy floja de las carnes y toda arrugada.	3.-Me gusta comer y solo cuando me comienzan a decir que estoy gorda es cuando quiero bajar luego se me pasa y se me olvida	3.-la verdad es la desidia, hace uno desidia y lo deja uno para después	3.- yo este tiendo a estar probando la comida y ese es el problema que tengo que no puedo dejar, si estoy guisando tengo que estar probando	Falta de deseos para adelgazar 4 Falta de motivación adecuada para iniciar un tratamiento	
4.- Porque una ya no está en edad para adelgaza, siente uno hambre,	4.-yo si he intentado pero empiezo y mi esposo lleva y me invita unos	4.- yo en mi caso considera que es el tiempo porque llega uno de trabajar	4.- bueno yo creo que unos de los obstáculos sería modificar	Falta de deseos para adelgazar 3 Falta de motivación adecuada para	

	prefiero quedarme así.	taquitos y me sonsaca y caigo y ya después se me olvida que estaba tratando de llevar una dieta	y lo que quiere uno es comer y como que hace comida un día antes como que ya no le dan a uno ganas	el criterio en toda la familia, mis hijos y mi esposa comiéramos lo mismo y también parte de la cultura que estamos acostumbrados a comer comida mexicana, no importa que tengan muchas calorías o carbohidratos a sabiendas de que los va acumulando y hace daño	iniciar un tratamiento 1
	5.- yo siempre me sentí bien estando gorda, me preocupe cuando comenzó con dolor de las rodillas y por eso fui con la Dra. para que me ayudara	5.- yo no tengo tiempo trabajo mucho y llego con mucha hambre directo al refrigerador , me lo merezco	5.-yo también digo, en mi caso yo también trabajo, pongo de pretexto eso, pero como dice la Sra. falta organizarse, llega uno y come lo que sea, lo que encuentra	5.-más bien por desidia Dra. me invitan a camina y digo ahí no hay mucha violencia, tengo miedo y no me dan ganas de caminar lo que si es que soy muy activa en mi casa es desidia nada más	Falta de deseos para adelgazar 4 Falta de motivación adecuada para iniciar un tratamiento
	6.-yo empecé a engordar cuando comencé a trabajar en el taxi, me paso muchas horas sentado y ya no me quedaba la ropa y me faltaba el aire al caminar unas cuabras así me empecé a preocupar y si quiero bajar antes no me preocupaba	6.-me es difícil pues mi familia no quiere comer lo que yo, y no puedo estar haciendo comidas diferentes.	6.- más que nada es fuerza de voluntad, hacerse uno el propósito de hacer una dieta sana, pero también tengo mucha debilidad por el refresco de cola y el pan	6.-no sabría que decirle que razón pueda tener yo porque yo si he tratado de comer menos de lo que hay en la casa, incluso a mi si me acompañan todos Pero si me pasa lo que dice ella que si los nietos	Falta de deseos para adelgazar 2 Falta de motivación para iniciar un tratamiento 2

				traen fritangas pues yo también como	
	7.- si, yo también cuando la Dra. Me dijo que tenía que bajar para mejorar mi salud le hice caso y baje 10kg. Pero ya comencé a subirlos y me digo ya tengo que ponerme a dieta otra vez pero no lo hago	7.- se que debo bajar, y me siento mal cada vez que la Dra. me dice que tengo que bajar, pero no sé porque no me decido pero no tengo tiempo para preparar la comida por el trabajo	7.-yo también pienso que es por falta de fuerza de voluntad y también por falta de tiempo, que anda uno a la carrea y los hijos, problemas que no son de uno pero uno los agarra como de uno	7.-pues yo en primer lugar a veces no va uno al médico por cuestión económica y por eso dice que gano con ir si voy una vez y luego ya no vuelvo a ir por cuestión económica	Falta de deseos para adelgazar 2 Falta de motivación para iniciar un tratamiento 2
	8.- yo no, no me siento mal, y sé que si hago ejercicio bajo	8.- yo trato de comer sano pero a veces como de más y picoteo y lo hago sin pensar	8.- en mi caso mío también es el factor tiempo, que no se quiere uno, no se pone en primer lugar siempre está al último, no tengo tiempo y eso está mal para uno y lo sabemos pero no lo practicamos de que ser primero uno en sus necesidades	8.- yo la verdad es que me gusta mucho la comida y cuando me dice la Dra. que tengo que bajar digo que si pero ni el intento hago	Falta de deseos para adelgazar 4 Falta de motivación para iniciar un tratamiento

Para lograr las categorías finales tuve que leer la primera vez con cuatro veces las respuestas de los pacientes para captar el mensaje que me querían decir, en algunas preguntas las contestaciones fueron muy pobres lo cual me fue más difícil de interpretar, le mande a mí asesor el Dr. Isaías Hernández lo que redacte y me las regresó porque en no daba una idea concreta de lo que me trataban de decir los pacientes, así que volví a releer varias veces para lograr sintetizar las contestaciones y se las volví a enviar al Dr. Isaías Hernández y me las volvió a regresar porque aun no alcanzaba el 100% de las categorizaciones y volvía a repasar las respuestas varias veces hasta obtener categorías significativas desde el punto de vista clínico y susceptibles de ser analizadas.

NO.	CATEGORIZACIÓN FINAL	FRECUENCIA
1	Conciencia de enfermedad.	31
2	Necesidad de orientación alimenticia.	30
3	Falta de deseos para adelgazar.	24
4	Influencia de la mercadotecnia para el consumo de alimentos.	22
5	Percepción de depresión.	19
6	Costumbres familiares de acabarse todo el alimento servido en casa y en eventos sociales.	19
7	Influencia familiar de malos hábitos alimenticios.	17
8	La posición de comida en abundancia equivale a nivel socioeconómico elevado.	15
9	Tratamientos costosos para adelgazar.	7
10	Limitantes para la actividad de la vida cotidiana.	12
11	Liberación emocional a través del consumo de comida.	11
12	Desconocimiento sobre tratamientos para adelgazar.	10
13	Percepción de baja autoestima.	8
14	Falta de motivación adecuada para iniciar un tratamiento.	8
15	Tratamientos para adelgazar poco costosos.	7
16	Etapa de negación.	6
17	Percepción de complicaciones secundarias a la obesidad.	2
18	Estado de pseudoconfort.	1
19	Falta de conciencia de enfermedad.	1

ANALISIS:

Conciencia de enfermedad, Necesidad de información alimenticia y Percepción de complicaciones secundarias a la obesidad:

Con los resultados obtenidos en los grupos focales al respecto de la pregunta considera que las personas llenitas son sanas, la contestación de la mayoría fue yo considero que no, porque el estar gordo no es estar bien nutrido, porque hay exceso en la comida sobre todo; otra persona lo relaciono con las complicaciones contestando yo considero que una persona que esta pasada de peso no es sana, porque el sobrepeso conlleva muchas enfermedades: diabetes, colesterol, hipertensión arterial, para mí no, no son sanas; realmente la mayoría de los entrevistados si tienen conocimiento de que la obesidad es una enfermedad la cual a su vez les va a causar varios problemas de salud, desde un problema cardiovascular como la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus como un problema de limitación para sus actividades cotidianas por problemas osteoarticulares como lo señalan algunos autores Bray, INEGI,, G.Rundy Blognutricion. ^{3, 8, 10, 14}

Como se nota en la contestación primera también hay una falta de conocimiento alimenticio, la mayoría no describió a que se refería comer bien, y la culpa se la atribuyeron a la comida chatarra únicamente; Este es una limitante para entender porque tienen obesidad, ya que la obesidad exógena es causada por alimentación excesiva como lo señalan la OMS y el autor Matt Slone. ^{1, 20}

El comer tiene dos objetivos básicos primordiales: a.- suministrar la energía necesaria para todas nuestras actividades; b.-suministrar los elementos necesarios para reparar y renovar todas las células y tejidos de nuestro organismo. Debemos escoger primordialmente alimentos que llenen los dos objetivos, por consiguiente es necesaria la orientación nutricional profesional, no comercial, como lo comenta la autora Marina Calva Álvarez. ³⁰

Falta de deseos para adelgazar.

Cuando se les pregunto: ¿Cuales son las razones que usted da para no someterse a un tratamiento médico para adelgazar? contestaron: bueno una razón que sería, pues no tener ganas de estar delgadas, pues yo pienso eso que nos vale; o otra poniendo pretextos cómo: en mi caso a veces es factor tiempo, desafortunadamente uno como ama de casa se deja para el ultimo, algunas personas realmente pocas estaban en etapa de negación, en la que parecería no importar el estar ganando, kilos, más kilos, “no es que no le importe, sino que está en una situación donde refugiarse en el” no estoy tan obeso, no toma conocimiento de cuánto pesa o los riesgos de salud que padece. Se protege psicológicamente como lo señala la autora Mercedes Delbono, ²⁴ otra persona contesto yo me siento a gusto así, si adelgazo me voy a colgar y no hago mucho ejercicio, ya estoy en edad muy alta y no quiero estar muy floja de las carnes y

toda arrugada. Como dice el fascículo 26: Desde el punto de vista psicológico el médico puede observar al paciente o incluso escucharlos decir que pese a las limitaciones físicas asociadas a la obesidad, se encuentra en un estado de bienestar o pseudoconfot que experimenta como placer, este estado es claramente un obstáculo para iniciar el proceso de control de peso.

Influencia de la mercadotecnia para el consumo de alimentos

¿El escuchar, observar o leer anuncios de productos alimenticios te incita a comerlos? Fue otra de las preguntas realizadas, y se pudo constatar la gran influencia que tiene la mercadotecnia sobre las personas, pues las repuestas de algunas de ellas fueron: pues sí, si me gusta ese producto me lo compro; este caso yo si soy muy apetitosa, si veo algo que me gusta no me quedo con las ganas, si me lo compro. La Publicidad, que postula cánones estéticos definidos por la delgadez, al tiempo que oferta continuamente la comida, se contradicen.¹⁶

Existe un acceso fácil y barato a grandes cantidades de alimentos muy calóricos y apetecibles; los medios de comunicación tiene un efecto de gran peso en la formación de hábitos, estereotipos, conductas aprendidas a través de ellos, su influencia es muy marcada comenta los autores El Fanzine, Dra. Aliza.^{31, 32}

Percepción de depresión y percepción de baja autoestima

Algunos de los participantes de los participantes en los grupos focales cursaban con depresión, en un menor número con baja autoestima, unos de los cometarios fueron: si la verdad es que yo ya tengo 3 años que empecé a subir de peso y la mayoría de la familia, cuando me dicen estas muy gordita o hacen un comentario en mí ropa de cómo me luce porque estoy pasada de peso, si me afecta bastante, emocionalmente creo que he estado con depresiones a raíz de que he subido de peso. Estos síntomas están muy asociados a la obesidad, las causas pueden ser varias entre ellas la discriminación por parte de compañeros, a veces de los mismos familiares, las críticas sobre su figura, les hacen desencadenar en ellos actitudes antisociales, que los conduce a la depresión, aislamiento, y en se refugian en la comida comenta los autores Gregoret, Ana Inés, Mariana Calva, Krosty, AVE Fenix.^{2, 10, 20, 23}

Costumbre familiares de acabarse todo el alimento servido en casa y en eventos sociales e Influencia familiar de malos hábitos

Definitivamente el entorno social y familiar sobre las costumbres alimentarias siguen teniendo mucha influencia en forma desfavorable para las personas con

tendencia a la obesidad, como es educarlas a comerse todo lo que les sirven, ya que el no hacerlo es de mala educación, o el dejar comida en el plato se desperdicia, como lo señala Héctor Bonilla.¹⁷

Esto se confirmo por las contestaciones que dieron como por ejemplo: en mi familia si lo vemos ser descortés el no probar el alimento que te ofrecen, sí tengo la costumbre que aunque no quiera si me lo como, otra persona comento sí, si considero que se está desperdiciando la comida, pues uno mismo dice come todo mira como estas desperdiciando a comida y comete todo.

Los malos hábitos no solamente se refieren a las costumbres familiares sobre la cantidad de comida que consumen, sino también a los horarios de comida o a la frecuencia, ya que se ha observado que las personas que comen menos veces al día, engordan con más facilidad, esto se debe al ritmo acelerado de hoy en día, así como a la desorganización familiar o a los escasos recursos económicos pueden llegar a saltarse una comida, y es casi determinante que no comer de forma fraccionada influye en el incremento el apetito y aumenta la ingesta de alimentos.

Además hay personas que con el pretexto de que trabajan no pueden cocinar y compran de la comida rápida que también aporta gran cantidad de calorías, así como los hábitos de comer la llamada comida chatarra a cual a veces substituye a la nutritiva, otro factor son los cambios de estilo de vida, mucha gente inicia su aumento de peso después del matrimonio, una vez que termino sus estudios y se encuentra trabajando de tiempo completo y también después de los partos, en todos estos encontramos un incremento en el consumo de calorías y/o disminución de la actividad física; por ejemplo una paciente comento al referirse a los malos hábitos alimenticios : sise cree pero depende de lo que se coma, ahorita los mexicanos de lo que tenemos es que nos gusta las cosas muy grasosas, las tortillas en abundancia. Como lo señalan los autores Héctor Bonilla y Krosty.^{17, 20}

Costos de los tratamientos y desconocimiento de tratamientos para adelgazar.

Las personas que desconocían sobre los tratamientos para adelgazar superaron a las que creían que si eran costosos y a las que contestaron que eran poco costos, algunas de las respuestas fueron: En mi experiencia no he tenido ningún, que haya tenido que estar con algún tratamiento, desde que empecé a subir de peso solo he estado con dietas de alimentación y es algo que tengo en casa, algo saludable, no he tenido ni porque comprar pastillas o alguna otra cosa; otra persona contesto yo considero que no porque ahorita hay muchos lugares donde se puede hacer ejercicio sin pagar un centavo, hay espacios nuevos como en el parque, el ejercicio esa voluntad de uno sin desembolsar un cinco, todo es cuestión de proponérselo uno, como una meta, una rutina obligatoria, si se va uno a un gimnasio ya es diferente.

Otra persona comento si, si son costosos y, no garantizan nada simplemente uno los compra porque dice hay esto me va a adelgazar, y tira uno su dinero. Las

respuesta de los demás coincidían más o menos igual, y se pudo observar que los tratamientos para adelgazar los relacionaban con medicamentos o productos para adelgazar, y no con relación con una dieta y otros pocos consideraban que se trataba de hacer ejercicio nada más., esto es un limitante importante para hacerle caso a su médico cuando le dice que tiene que ponerse en tratamiento para adelgazar.

Esto quizás se deba a la nula o poca información que el médico le ha dado con respecto a lo que comprende tratamiento no farmacológico para adelgazar ya que supone modificaciones dietéticas, actividad física e intervención conductual y psicológica, como lo señalan autores José Mataix, María Matilde Socarrás.^{6, 33}

Liberación emocional a través del consumo de alimentos

Varias personas contestaron que si se liberaban del estrés comiendo a continuación se transcriben 3 respuestas: sí últimamente cuando estoy nerviosa, estoy tensa me da por estar comiendo aunque no tenga hambre. Otra persona contesto; si, si me ayuda mucho, otra dijo: en mi caso si cuando estoy tensa me da por comer y más lo dulce, pastel. Se ha comprobado que los niños obesos tienen una pobre imagen de sí mismos y expresan sensaciones de inferioridad y rechazo. La discriminación por parte de de los adultos o de los compañeros desencadenan en ellos actitudes antisociales, que les conducen al aislamiento, depresión e inactividad, y frecuentemente producen aumento en la ingesta de alimentos. Como lo señalan algunos autores Mariana Calva, enciclopedia Wikipedia.^{13, 18}

Negación

De los pacientes entrevistados realmente fueron pocos los que estaban en etapa de negación ejemplo de ellos son las siguientes respuestas: Sabe Dra. Que yo he bajado me dicen a mí que me mareo por eso y según ni médico es por el colesterol, por esto y por lo otro; Yo casi no como con exageración, no soy gorda, no me dicen nada; yo soy una gordita feliz pero sé que mi salud ésta mal, que también me he caído y he tenido fracturas por mi peso, por falta de ejercicio, porque se me contractura mis rodillas en las caídas que he tenido; en relación con la literatura que refiere que muchas personas no se ponen a adelgazar por estar en esa etapa, como lo señalan los autores Mercedes Delbono, Labarradr.^{24, 25}

Estado de pseudoconfort

Solo una persona se detecto en estado de pseudoconfort , su comentario fue: yo soy una gordita feliz pero sé que mi salud ésta mal, que también me he caído y he tenido fracturas por mi peso, por falta de ejercicio, porque se me contractura mis rodillas en las caídas que he tenido. Desde el punto de vista psicológico el médico puede observar al paciente o incluso escuchar al paciente decir que pese a tener limitaciones físicas asociadas al sobrepeso u obesidad, se encuentran en un estado de bienestar o pseudoconfort que experimenta como pacer. Como se comenta en el fascículo del laboratorio. Roche.²⁶

Finalmente analizando el trabajo de investigación que realicé llegue a la conclusión que las causas por las que un paciente obeso no acepta un tratamiento no farmacológico para adelgazar son muchas.

Podemos observar que en el área social todavía se aplican normas de urbanidad donde nos enseñaban que cuando fuéramos de visita teníamos que comernos todo lo que no servían aunque no nos gustaran o no tuviéramos hambre, no dejar alimento en el plato ya que era de mala educación no hacerlo, costumbres de servir muy basto; Influencias sociales como el daño que causa la sociedad a las personas obesas con sus críticas ofensivas así su figura; la influencia de la mercadotecnia por un lado hacia la figura delgada y por el otro la propaganda hacia gran número de alimentos ricos en calorías, la costumbre de ser buenos anfitriones a través de la comida y bebida, el refugiarnos en la comida cuando tenemos algún problema; influencias económicas como el pensar que los tratamientos para adelgazar son costosos, la ignorancia sobre dichos tratamientos o la mala información que tienen de ellos, además que para algunas personas el tener mucha comida los hace sentir económicamente estables.

Para mí fue muy útil este trabajo de investigación, porque con él pude darme cuenta lo difícil que es tratar a un paciente con obesidad como estos, pues en un mismo paciente podemos encontrar varias causas que les impide aceptar un tratamiento para adelgazar. Algo muy importante que me di cuenta es que estas personas necesitan sentir que nos importan, requieren un trato personalizado y más caluroso, ya que la mayoría de los pacientes que invite tenía meses diciéndoles que tenían que bajar de peso para que mejoraran de salud y solo me oían pero nunca logre nada, así que pensé que me iba a ser difícil convencerlos de que participaran y cual fue mi sorpresa que aceptaron inmediatamente ya que se sintieron importantes, también pude observar que los hombres son más cerrados ya que la mayoría que invite no acepto.

Las limitaciones que encontré fue mi falta de experiencia en entrevistas focales, pues no sabía que tanto debería de intervenir sin influir en sus respuestas, creo que me quede un poco corta, que no supe ahondar en ellos y si hubiera logrado que de extendieran más en sus respuestas, se me hubiera facilitado más mis conclusiones.

Esta investigación me invita a hacer un seguimiento de todos los participantes para trabajar con ellos y quitar todas las barreras que tienen y finalmente acepten un tratamiento para adelgazar.

Conclusiones:

La técnica de grupos focales me permitió ahondar más en la búsqueda de las causas por el cual un paciente obeso no acepta un tratamiento no farmacológico para adelgazar que fue mi trabajo de investigación, pues a través de un cuestionario las respuestas hubieran sido muy escuetas. En todos los pacientes estudiados encontré que eran varias las causas por las que no habían aceptado adelgazar, las cuales a continuación número:

Razones Sociales: Críticas destructivas, rechazo y aislamiento social, la influencia negativa a través de la mercadotecnia sobre alimentación, así como anuncios que relacionan la felicidad y el convivio familiar con la comida.

Razones culturales: costumbres que van de generación en generación como los hábitos de comportamiento en eventos sociales de tener que aceptar los alimentos que nos den y además consumirlos en su totalidad aunque no se tenga hambre, pues de lo contrario ofenderíamos al anfitrión, el dejar en el plato comida la estaríamos desperdiciando etc.

Razones económicas: se refiere por un lado los costos de los tratamientos no farmacológicos para adelgazar y por otro lado a la sensación de bienestar económico a través de tener mucha comida en casa.

De acuerdo a lo encontrado en las razones sociales, para ayudar a los participantes, les propondría una terapia de grupo familiar, para que los familiares entendieran cual es el problema del paciente obeso y las repercusiones desfavorables que, tienen por su falta de comprensión, ya que el comportamiento de ellos generalmente es por falta de conocimientos sobre porque la obesidad es una enfermedad y como se deben tratarlos. También a ellos en forma individual se les podría ofrecer un apoyo psicológico.

En cuanto a las razones culturales: a través de reuniones con los participantes, se les haría ver que esas normas de urbanidad de antes donde se decía que dejar o no aceptar la comida que les ofrecen es de mala educación ya no se aplican en la actualidad y así se desglosaría cada punto encontrado en los resultados, con el fin de ir quitando las barreras y poder sensibilizarlos para aceptar el tratamiento.

En relación con las razones económicas: en relación a los costos de los tratamientos para adelgazar se les informaría a través de platicas en que consiste un tratamiento para adelgazar, para quitar esa idea errónea de que son los medicamentos que ofertan para bajar de peso, enseñándoles la gran variedad de tratamientos que existen en el mercado y comentarles que el ideal es el cambio en el estilo de vida y como podrían hacerlo.

Esto sería una tarea para mi para que ni trabajo de investigación no se quedara solo en eso en un trabajo de investigación, sino que con lo aprendido pueda ayudar a mis pacientes.

También a través de pláticas sobre obesidad y nutrición dirigidas a médicos y enfermeras, podríamos seguir trabajando sobre la prevención de la obesidad.

Para elaborar una propuesta educativa con bases en los resultados obtenidos con el propósito de coadyuvar a resolver el problema de aquellos que se niegan a adelgazar. No logre cumplir con dicho objetivo por falta de tiempo, pero con base en mis resultados espero trabajarlo con mayor calma en forma posterior.

ANEXOS

Recolección de datos personales

Nombre:

Teléfono

Sexo Femenino () Masculino ()

Edad

Nivele de estudio primaria (), secundaria (), preparatoria (), profesional ()

Vive en zona residencial (), interés social (), colonia popular (), z. centro ()

Talla

Peso

IMC

BIBIOGRAFIA

- 1.-Obesidad y sobrepeso nota descriptiva número 315 marzo 2011 de la OMS
- 2.- Síndrome Metabólico-monografias.com www.monografias.com/.../síndrome_metabólico.shtml. Gregoret, Ana Inés.
- 3.-Mariana Calva Álvarez .Psicología 11 cuatrimestre. Universidad UNIVER. Tijuana Baja California. www.monografias.com-salud-enfermedad.
- 4.-Bray (2004). Medical Consequences of obesity” J.C. liso. Endocrinol. Metb 86 (6): pp. 2583-9, doi: 101210/J.C. 2004.
- 5.- Consenso SEEDO para la evaluación del sobrepeso y obesidad y el establecimiento de criterios de investigación terapéutica med. Clin. Barc.2000;115:587) n15)
- 6.- Tratado de Nutrición Y Alimentación José Mataix Verdú cap. 51 pp.1451-1454; 1466-1467
- 7.-[http://www.ugr.es/~jhuertas/EvaluacionFisiologica/Antropometria/antropometria/antroppliegues,htm](http://www.ugr.es/~jhuertas/EvaluacionFisiologica/Antropometria/antropometria/antroppliegues.htm) consultado 5 de junio de 2011
- 8.- Surger General´ Healthy Weight Advice for Consumers, 2001
- 9.-www.rnw.nl/.../mexico-opupa-primer lugar-mundial-en obesidad worldwide. México ocupa el primer lugar mundial en obesidad /Radio Netherlands.
- 10.- Obesidad en México www.Monografias.com/.../obesidad/hshtm / Mariana Calva Álvarez
- 11.- www.inegi.gob.mx
- 12.-G Rundy SM(2004) Obesity metabolic síndrome, and cardiovascular disease. J.cl.n. Endocrinol Metab. 89 (6): pp.2595-600. Doi: 10,1210/jc 2004-0372. PMID 15181029.
- 13.- www.diario_información.com/.../obesidad.gerero/909426.html-España
- 14.- Artículo Nutrición Personalizada (4.may-2010)obesidad y genero. Consultado el 26-jun-2011.
- 15.- Luisitoman envió8/05/10 10:30pm Categoría acontecimientos sociales palabra 5065 pagina 21 consultados el 28 de junio 2011
- 16.- Ceguera de la obesidad www.buenastareas.com/temas/obra_ensayos.._la

[ceguera\)360](#)

17.- Obesidad y la Sociedad por Héctor Bonilla

18.- Obesidad –Wikipedia, la enciclopedia libre. Es.wikipedia.org/wiki/Obesidad consultada el 27-jul-2011

19.- Artículo de María Luisa Vidal Psicóloga clínico Valencia España. www.susmedicos.com/obesidad/art.Imagen-obesidad.Htm. Consultado el 3-jun-2011

20.- Blognutricion.com/.../obesidad-cosa-de-familia/España por Krosty. Consultado el 4-jul-2011

21.-El modelo P: El modelo biopsicosocial de paradigma. En: Ceitlen J. Gómez GT: medicina de familia: la calve de un modelo. Madrid. Sem FYC y CIME, 1997: 36-48

22.- Estrada IL: El ciclo vital de la familia, México Posadas 1982

23.- Ajustes emocionales ante la diabetes, red. Nueva salud, miércoles 10-01-2007 AVE Fenix

24.- www.montevideo.com..comuy/notnoticias660661.htm
Obesos.furumcommunity.net/?t= 18166419 Entrevista a Mercedes Delbono. Lic. En Nutrición y Presidenta de Sociedad Urugaya para el studio de la obesidad

25.-Complicaciones psicológicas y sociales de la obesidad. www.labarradur.com.ar/2007/enero_07/la_barra_salud.htm. consultado el 2-jul-2011

26.- Colección Cuerpo y Mente Fascículo 1 de laboratorios Rochel reg.06330010481574, registro ssa/2006

27.- King etal,1992 Monteiro,Moura, Conde y Popkin 2004

28.-La obesidad implica riesgo para la salud y la economía por Matt Sloane martes 28 de septiembre.

29.- <http://www.presidencia.gob.mx/prensa/>? Contenido= 52305 lunes 25 de enero 2010 a las 16.15 cosultado el 5-jul-2011

30.-La influencia del Entorno.Social www. Obesidad.nomes/obesidad Marian Calva Álvarez

31.-El Fanzine: dossier: obesidad, estigmas sociales. Elfanzine demaldicho Blogspot.com/.../dossier-obesidaestigma-social-lahtml.

32.- La obesidad ¿influencia Social o genetic www.adelgazar.net/04104.htm Dra. Aliza

- 33.- Obesidad:tratamiento no farmacológico y prevención. María Matilde Socarrás Sánchez Ciudad La Habana Cuba Hospital Universitario general Calixto
- 34.- Malena Monteverde y Beatriz Novak En revista Población y Salud en Mesoamérica-volumen 6,número 1. Prt. 4-07-2008
- 35.-Articulo editado por Héctor h Zorrilla mm/1814-ciudad de B.J.A. Argentina consultado el 9 jun.2011
- 36.- Metodología de los Grupos Focales, según Morgan (1998b) investigaciónparaacreación.espacioblog.com/.../la-técnica-grupos-focales-aen-cosiste-como-se-aplica- consultado el 16-ago-2011
- 37.- Grupos Focales www.gerza.com/tecnicas_grupos/todas/grupos_focales.htm consultado el2-ago-2011
- 38.- ramoos-carrete A 115
- 39.- Caterson ID 28, Haffner S, 62, Murphy NF,10
- 40.- Organización Mundial de la Salud, Centro de prensa nota descriptive no 311 marzo-2011
- 41.- Grundy SM.59, Olaiz G, rivera J. Shamaht, rojas R. Villalpando S. Hernandez M. Sepulveda J.106
- 42.- Hernandez AA.Zamora BM. Anaya Gómez
43. - Lindenmann, Brown, Schuiz
44. - Dr. Héctor Bernal www.adios-obesidad.com