



## Trabajo Original

## Obesidad y síndrome metabólico

### Estudio de investigación cualitativa sobre las diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de la obesidad, sus causas, abordaje y repercusiones para la salud *Qualitative study of the differences between men and women's perception of obesity, its causes, tackling and repercussions on health*

Rocío Barragán<sup>1,2</sup>, Llorenç Rubio<sup>3</sup>, Olga Portolés<sup>1,2</sup>, Eva M. Asensio<sup>1,2</sup>, Carolina Ortega<sup>1,2</sup>, José Vicente Sorlí<sup>1,2</sup> y Dolores Corella<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Epidemiología Genética y Molecular. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal. Universidad de Valencia. Valencia. <sup>2</sup>CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. <sup>3</sup>Departamento de Sociología y Antropología Social. Universidad de Valencia. Valencia

### Resumen

**Introducción:** aunque la obesidad es un problema de salud multidimensional, pocos estudios de investigación cualitativa han analizado el discurso de personas obesas con perspectiva de género para conocer con mayor profundidad información difícilmente obtenible con técnicas cuantitativas.

**Objetivo:** analizar el discurso de personas obesas mediante grupos de discusión en cuanto a factores que subyacen en la obesidad, percepción del riesgo de patologías, pérdida peso y otros factores relevantes.

**Métodos:** se realizaron dos grupos de discusión en sesiones separadas, homogéneos por sexo, con un total de 14 participantes. Un moderador dirigió la sesión contemplando las distintas dimensiones del problema. Los grupos fueron grabados en audio y transcritos textualmente. Se analizó el discurso por métodos cualitativos.

**Resultados:** se observaron importantes diferencias en la perspectiva entre hombres y mujeres. Las causas autopercibidas de obesidad para las mujeres fueron el embarazo y el periodo menopáusico. Los hombres la atribuyeron a los hábitos alimenticios y costumbres culturales. Para los hombres la finalidad de disminuir el peso era mejorar su salud, sin embargo, las mujeres incluían también la estética. Ambos sexos pensaban que la obesidad puede acarrear grandes problemas. Ellas revelaron tener miedo a engordar, mientras que los hombres no lo expusieron. También se observaron diferencias en las estrategias de lucha contra la obesidad.

**Conclusiones:** las diferencias en la percepción de las causas y el abordaje de la obesidad entre hombres y mujeres nos indican la necesidad de considerar las medidas preventivas y terapéuticas teniendo en cuenta el sexo, así como aspectos ambientales que envuelven al paciente.

#### Palabras clave:

Obesidad. Género. Investigación cualitativa. Grupos de discusión. Dieta. Actividad física.

### Abstract

**Introduction:** although obesity is a multidimensional health problem, few qualitative research studies have analyzed the discourse of obese individuals from the gender perspective in order to better understand the hard come by information gathered from quantitative research.

**Aim:** to analyze the discourse of obese individuals in focus groups concerning factors underlying obesity, pathology risk perception, weight loss and other relevant factors.

**Methods:** two single-sex focus groups, with a total of 14 participants, were held in separate sessions. A moderator directed the session, addressing the different dimensions of the problem. The groups were recorded in audio and textually transcribed. The discourse was analyzed using qualitative methods.

**Results:** important differences were observed between male and female perspectives. The self-perceived causes of obesity for women were pregnancy and menopause. Men attributed obesity to eating habits and cultural customs. For men, the final aim of reducing weight was to improve their health, whereas women also included aesthetics. Both sexes believe that obesity can lead to greater problems. Women expressed their fear of putting on weight, but men did not. Differences were also observed in the strategies adopted for combating obesity.

**Conclusions:** differences in the perception of the causes and how to tackle obesity between men and women show us the need to consider therapeutic and preventive measures that take gender into account, in addition to the environmental aspects surrounding the patient.

#### Key words:

Obesity. Gender. Qualitative. Focus groups. Diet. Physical activity.

Recibido: 29/01/2018 • Aceptado: 25/02/2018

Contribución a la autoría:

Diseño: OP, DC, RB

Análisis: RB, LR, JVS, DC, OP

Revisión y aprobación: RC, LR, OP, CO, JVS, EMA, DC

Barragán R, Rubio L, Portolés O, Asensio EM, Ortega C, Sorlí JV, Corella D. Estudio de investigación cualitativa sobre las diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de la obesidad, sus causas, abordaje y repercusiones para la salud. *Nutr Hosp* 2018;35(5):1090-1099

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1809>

#### Correspondencia:

Dolores Corella. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Av. Blasco Ibáñez, 15. 46010 Valencia  
e-mail: [dolores.corella@uv.es](mailto:dolores.corella@uv.es)

## INTRODUCCIÓN

La obesidad es un problema de salud en aumento (1), no solo en los países de mayor nivel de renta, sino que también está aumentando en los países en vías de desarrollo (2,3). La obesidad es un problema de salud complejo y multidimensional en el que no solamente influyen la ingesta de alimentos y la actividad física, sino que se imbrican otros muchos factores, entre ellos el estrés, la calidad del sueño, el nivel socioeconómico, la felicidad, etc. (4). Además, la obesidad es un importante factor de riesgo para otras enfermedades como las cardiovasculares, diabetes, cáncer, etc. (4,5). También existe una asociación entre una mala salud emocional y la obesidad. Se han descrito mayores tasas de depresión y ansiedad en personas obesas en comparación con las no obesas en algunos estudios (6). Además, la obesidad puede conllevar problemas sociales como la discriminación, problemas de desempleo, de atención sanitaria y aislamiento social (7-9). A su vez, la percepción negativa del peso puede empeorar la alimentación y la realización de ejercicio físico o provocar problemas psicológicos (10).

Todos estos factores nos ponen de manifiesto que el estudio de la obesidad no puede ser abordado simplemente desde las técnicas de investigación cuantitativas, mayoritariamente utilizadas, sino que también son imprescindibles los estudios con técnicas de investigación cualitativa que, mediante el análisis del discurso (11,12), nos permitirán conocer mejor las dimensiones personales, culturales, sociales y simbólicas que subyacen en la etiología de la obesidad y sus complicaciones.

Además de la necesidad de realizar más estudios de investigación cualitativa para conocer mejor las dimensiones de la obesidad, en la actualidad se está impulsando la investigación con perspectiva de género, ya que de manera tradicional los estudios en biomedicina no han investigado con profundidad las diferencias entre hombres y mujeres, o se han realizado mayoritariamente en hombres (13,14). Aunque la perspectiva de género en el sentido amplio va mucho más allá del estudio de las diferencias entre hombres y mujeres, ya que pretende identificar elementos que perpetúan desigualdades en salud entre hombres y mujeres agravadas al combinarse otras desigualdades y factores específicos que contribuyen a una mayor vulnerabilidad (15), al menos el estudio de las diferencias por sexo es un comienzo importante hacia una profundización posterior. En este contexto, conviene recordar que entre los factores más relevantes en la etiología de la obesidad, así como en la evolución de la misma y en su morbilidad asociada, se encuentra el sexo (16,17). Por ello, además de intensificar la realización de estudios de investigación básica y clínica que examinen las diferencias metabólicas por sexo, tal como se ha recomendado a nivel internacional (18), es necesario también realizar estudios de investigación cualitativa que analicen las diferencias del discurso entre hombres y mujeres obesos para conocer mejor las variables difícilmente medibles en una aproximación cuantitativa. Por ello, el objetivo de nuestro trabajo es llevar a cabo un estudio de investigación cualitativa en hombres y en mujeres obesos de población adulta mediterránea española para conocer las diferencias por sexo en los factores relacionados con la obesidad y con las dificultades para perder peso en ambos grupos, mediante la percepción de esta enfermedad por parte de personas clínicamente obesas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio de investigación cualitativa para captar el discurso de personas obesas en relación a las dimensiones más relevantes de la misma. Aunque la mayoría de estudios realizados para conocer los determinantes de la obesidad se han realizado desde la perspectiva de la investigación cuantitativa basada en la medición de hechos, cuantificación y realización de los análisis estadísticos correspondientes, en investigación cualitativa el elemento de estudio no son los hechos sino los discursos, y su herramienta no es la cuantificación sino el análisis y la interpretación del lenguaje (19). Aunque también existen distintas conceptualizaciones de lo que es un "discurso" (20), de manera general, entendemos el discurso como un texto (desde una palabra hasta una larga expresión oral o escrita) producido por alguien en situación de comunicación interpersonal. Es esta situación de comunicación interpersonal la que le aporta el valor añadido, ya que permite conocer cómo se usa el lenguaje en la realidad de los contextos sociales (20). Los discursos que la metodología cualitativa analiza e interpreta en situaciones de investigación tienen que surgir tras un cuidado diseño metodológico de las condiciones de producción de dichos discursos (19). Para generar estos discursos de acuerdo con nuestros objetivos de investigación hemos elegido la técnica cualitativa del denominado grupo de discusión, o grupo focal en inglés (21). Kitzinger (22) define el grupo de discusión como una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre participantes e investigador con el propósito de obtener información. Existen también otras definiciones de los grupos de discusión que varían en función de la metodología específica y de los objetivos de la investigación (23).

El grupo de discusión se basa en una interacción grupal donde un número de personas dialoga en torno a los procesos y situaciones objeto de estudio. En general, el grupo de discusión está constituido por entre seis y ocho personas que cumplen los requisitos establecidos por los investigadores a partir de los objetivos determinados previamente. El grupo de discusión constituye una herramienta eficaz de la vida social, ya que trata de reproducir el contexto interactivo que define y caracteriza la vida de los individuos (21,24,25). Los grupos de discusión pueden ser heterogéneos, es decir, formados por personas de distintas características que interactúan en la diversidad de la realidad social, o pueden ser homogéneos, formados por personas de las mismas características para conseguir que no haya inhibiciones por la interacción heterogénea (21). En nuestro estudio hemos optado por la realización de dos grupos de discusión homogéneos por sexo, uno de mujeres ( $n = 8$ ) y otros de hombres ( $n = 6$ ) adultos, todos ellos con obesidad. Para ambos grupos se empleó la misma técnica de reclutamiento de participantes, así como para la organización y realización de la reunión y captación del discurso.

## RECLUTAMIENTO DE LOS PARTICIPANTES

El muestreo en las técnicas cualitativas no es probabilístico, su incorporación se hace en forma iterativa, de acuerdo con la información que va surgiendo en el trabajo de campo. Lo importante

no es el tamaño de muestra en sí, sino la riqueza de los datos provistos por los participantes y las habilidades de observación y análisis del investigador (26,27). El muestreo no probabilístico para la captación de los participantes en nuestro estudio se realizó mediante la técnica de la bola de nieve, también denominado muestreo por referidos (26). Para ello partimos de varios contactos con una persona de confianza de cada uno de los miembros del grupo investigador y, a partir de esta, se va proponiendo a otras personas, que a su vez proponen a otras personas, produciendo un efecto acumulativo parecido a una bola de nieve. Con ello se consigue que las personas que finalmente asisten al grupo de discusión no sean conocidas entre sí y que puedan representar un amplio rango de perfiles en la sociedad. En total se incluyeron 14 personas adultas obesas (ocho mujeres y seis hombres), con una media de edad de 46,1 (10,6) años. Los criterios para seleccionar a estas personas estaban basados en que fueran obesas, sin otras patologías graves asociadas y que pudieran asistir a la reunión en las fechas programadas. Se fijó la cifra de ocho en cada grupo de manera inicial, pero en hombres solo se pudo conseguir la participación de seis.

## GUIÓN DEL GRUPO DE DISCUSIÓN

Dado que el grupo de discusión es una técnica que privilegia el habla con el interés de captar la forma de pensar, sentir y vivir de las personas que conforman el grupo, ambos grupos de discusión se llevaron a cabo en el marco de la temática específica de la obesidad, configurando en primer lugar la guía de la entrevista en base a los objetivos del estudio (21). Para dirigir la conversación en los grupos de discusión se elaboró previamente una misma guía temática de entrevista semiestructurada con preguntas abiertas que contemplaban las distintas dimensiones del problema de la obesidad. Esta guía temática de nueve bloques de diferente duración se realizó basada en una amplia revisión bibliográfica y en la experiencia previa de los investigadores en obesidad desde un punto de vista multidisciplinar integrando psicólogos, médicos, enfermeras, dietistas, farmacéuticos y otros profesionales relacionados. Los nueve bloques incluyeron ocho áreas temáticas predeterminadas (salud, causas, hábitos de comida, ejercicio-sueño, creencias, estrés-ansiedad, motivación, control del peso) y, por último, un bloque libre dirigido a captar lo que las personas quisieran expresar más sobre el tema de obesidad y que no se hubiera incluido en las áreas anteriores.

## REALIZACIÓN DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

Los grupos de discusión se realizaron en una sala habilitada para ello en el Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia. En primer lugar, se comenzó el grupo de discusión de mujeres y, a los pocos días, se realizó el grupo de discusión de hombres. El mismo investigador, un psicólogo experto en metodología cualitativa, actuó como moderador de los dos grupos de discusión. Antes de cada grupo

de discusión, el moderador realizó las presentaciones y explicó el procedimiento y el objetivo del estudio a los participantes. El moderador experto dirigió ambos grupos de discusión utilizando la misma guía temática de entrevista semiestructurada con preguntas abiertas agrupadas en ocho bloques temáticos más un bloque libre (Tabla I) que contemplaban las distintas dimensiones del problema de la obesidad. El moderador dirigió el diálogo dando la palabra a los participantes y estimulando su participación, conociendo bien el tema pero absteniéndose de opinar. Guio el diálogo con amabilidad, con sensibilidad, con capacidad de escuchar y de moderar y dando confianza a los participantes para captar lo mejor posible dentro de la temática del guion. Cada grupo de discusión duró aproximadamente 90 minutos, con un descanso de diez minutos en el que se obsequió a los participantes con una merienda y un regalo. Se solicitó autorización a los participantes para grabar las conversaciones y todo el proceso fue grabado y transcrito por los investigadores. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Valencia. Al final de cada sesión se proporcionó a los participantes un cuestionario para obtener datos sobre las características sociodemográficas, tensión arterial, peso, altura, antecedentes y estilo de vida, además de un cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea. También se procedió a medir y pesar mediante bioimpedancia a los participantes para comparar con los datos referidos en el cuestionario.

## ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos cuantitativos de las variables sociodemográficas, antropométricas y clínicas de los participantes se utilizaron estadísticos descriptivos como medias y medidas de dispersión (desviación típica) para variables cuantitativas y cálculo de porcentajes para variables categóricas. Se calcularon para el total de los participantes y estratificados en hombres y mujeres.

Los datos producidos por cada uno de los grupos de discusión consistieron en un discurso oral, que quedó registrado mediante una grabadora y fue analizado cualitativamente siguiendo la metodología general del análisis temático (28). Para este análisis, tras finalizar cada uno de los grupos de discusión, la conversación grabada fue transcrita literalmente por el moderador, lo cual dio como resultado un texto para analizar. Además de las transcripciones literales de la grabación del audio, se contó con la información adicional anotada por el moderador en cada grupo de discusión referente a la comunicación no verbal como las miradas, las sonrisas, los asentimientos y otros gestos que se incorporaron como notas adicionales al texto de las transcripciones. Las transcripciones se revisaron por tres investigadores y se aplicaron técnicas cualitativas para la extracción de la información más relevante del discurso, realizando un análisis comparado entre hombres y mujeres. En primer lugar se procedió a la numeración y codificación del texto, asignando también números a cada una de las personas participantes por su orden de intervención en el grupo correspondiente, e indicando adicionalmente en la numeración si se trataba de un hombre o de una mujer para facilitar el análisis comparado

**Tabla I. Guión grupo de discusión “Obesidad” estructurado en nueve bloques**

<b>Bloque salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Piensa que la obesidad supone un problema de salud o es más bien una preocupación estética?</li> <li>- ¿Qué enfermedades cree que se relacionan más con la obesidad?</li> <li>- ¿Cree que es importante perder peso para estar más sano?</li> </ul>
<b>Bloque causas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles cree usted que son las principales causas de obesidad?</li> <li>- ¿Piensa que hay personas que comen mucho y no engordan y otras que comen menos y sí engordan? ¿Cómo se definiría usted?</li> <li>- ¿Piensa que el ser activo o tener una vida sedentaria influye mucho en la obesidad?</li> </ul>
<b>Bloque hábitos de comida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Ha comido a lo largo de su vida el mismo tipo de alimentos?</li> <li>- ¿Qué tipo de alimentos consume principalmente?</li> <li>- ¿Evita ciertos tipos de alimentos?</li> <li>- ¿Toma comida precocinada, industrial o comida rápida?</li> <li>- ¿Pica entre comidas? ¿Se levanta a comer a deshoras durante la noche?</li> <li>- ¿En qué periodo estacional o diario tiene más hambre?</li> <li>- ¿Qué comida del día realiza más fuerte?</li> <li>- ¿Cuánto tiempo tarda en comer?</li> <li>- ¿Realiza las celebraciones con comidas?</li> <li>- ¿Suele premiarse con alimentos?</li> </ul>
<b>Bloque ejercicio-sueño</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Realiza ejercicio físico (andar), sola o acompañada?</li> <li>- Motivos por los que no realiza ejercicio físico.</li> <li>- ¿Considera que duerme suficientes horas? ¿Cuántas horas de sueño duerme? ¿Es un sueño reparador (seguido)?</li> <li>- ¿Realiza siestas? ¿Cuándo las realiza (a diario, fines de semana...)?</li> </ul>
<b>Bloque creencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cree que el agua engorda? ¿Qué alimentos piensa que engordan más?</li> <li>- ¿Piensa que el asesoramiento profesional es importante?</li> <li>- ¿Quién tiene para usted mayor credibilidad al aconsejarles para realizar una dieta?</li> <li>- ¿Considera que la obesidad puede conllevar problemas sociales?</li> </ul>
<b>Bloque estrés-ansiedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Padece estrés y/o ansiedad?</li> <li>- ¿Cómo influyen la ansiedad, el estrés o la felicidad en el consumo de alimentos?</li> <li>- ¿Se siente bien con su imagen? ¿Es feliz con su peso?</li> </ul>
<b>Bloque motivación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Ha realizado algún tipo de dieta alguna vez en su vida?</li> <li>- ¿Han sido efectivos? ¿Ha tenido efecto rebote?</li> <li>- Motivación/desmotivación para realizar dieta. Personas que te apoyan al estar a dieta</li> <li>- ¿Qué te motivó a bajar de peso (en el caso en el que haya realizado alguna dieta)?</li> <li>- ¿Qué hecho es el más difícil a la hora de hacer dieta?</li> <li>- Problemas sociales, psicológicos y/o familiares que hacen que coma más</li> <li>- Miedo a aumentar de peso. ¿Piensa que es fácil disminuir de peso? ¿Y aumentar?</li> </ul>
<b>Bloque control del peso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuándo comenzó a engordar?</li> <li>- ¿Cuándo le resulta más difícil mantener el peso (periodos)? ¿Se pesa con regularidad?</li> <li>- ¿Cómo se da cuenta de que ha ganado peso (con la ropa, se lo indican las demás personas, se siente pesado...)?</li> <li>- Ha mantenido su peso estable, ¿cómo lo ha hecho? En qué momento cambió</li> <li>- En caso de aumentar de peso, ¿come más cantidad de comida o comidas de alto contenido energético porque piensa que no hay solución?</li> </ul>
<b>Bloque libre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué le gustaría añadir?</li> </ul>

entre los dos grupos de discusión. Para la realización del análisis temático se siguieron las recomendaciones generales de Braun V y Clarke V (28), adaptadas a los nueve bloques temáticos previamente estipulados en nuestro guión y siguiendo procesos tanto inductivos como deductivos (28). Así, tras una lectura repetida de los datos se procedió a la búsqueda de patrones de respuesta y significados

semánticos y latentes. Posteriormente de la transcripción de cada grupo de discusión, se seleccionaron todos los extractos relevantes y se crearon temas dentro de cada uno de los nueve bloques temáticos iniciales, agrupándose los extractos en forma de subtemas dentro de cada tema relevante. Se elaboraron tablas de contenido para estos conceptos. La exposición ordenada de lo manifestado

acerca de estos temas la apoyamos en la presentación de las citas textuales en las cuales quedan capturadas las ideas claves del discurso (Tablas III-VII). Además, establecimos relaciones entre diferentes temas y subtemas, no solo en cada grupo de discusión, sino añadiendo más profundidad al análisis del discurso comparando los hombres y las mujeres en la búsqueda de relaciones entre los elementos de significado para identificar tendencias o modelos que permitan comprender mejor el contexto de las diferencias por sexo.

## RESULTADOS

En la tabla II se presentan las características de los hombres y las mujeres participantes en los dos grupos de discusión realizados. Se trata de ocho mujeres y seis hombres adultos procedentes de población mediterránea española, todos ellos con obesidad y sin otra patología grave asociada. Su media de edad global fue de 46,1 (10,6) años, siendo de 44,6 (12,2) años en mujeres y muy similar en hombres (48,2 ± 7,7) años. El índice de masa corporal (IMC) medio fue de 33,3 (4,0) kg/m<sup>2</sup> y fue también muy similar entre hombres y mujeres. El 42,8% del total de participantes realizó estudios secundarios y un 28,57% manifestó no haber superado estudios primarios. Del resto, el 28,57% realizó formación universitaria (33% hombres y 25% mujeres), incluidas diplomaturas y licenciaturas.

Respecto al estilo de vida, dos de los 14 participantes manifestaron estar a dieta en ese momento para perder peso, mientras que otros declararon que habían seguido dieta en numerosas ocasiones. Del total de los participantes, nueve (64,28%) declararon haber recuperado el peso perdido tras alguna de las dietas realizadas.

Los grupos de discusión se realizaron consecutivamente (unos pocos días de diferencia) en el mismo lugar, moderados por el mismo experto y con el mismo guion de bloques temáticos (Tabla I). Sin embargo, se observaron importantes diferencias durante el desarrollo de la sesión del grupo de discusión entre hombres y mujeres. En el análisis temático del discurso las diferencias por sexos se encontraron en múltiples bloques. Aunque en algunas ocasiones también había disparidad de opiniones dentro del mismo sexo para el mismo tema, en general, existía más homogeneidad intrasexo que intersexo. Así, comenzando por el primer bloque del guion centrado en la salud, en el que existían varias preguntas, se identificó como tema común en el análisis temático "la obesidad como preocupación estética o problemas de salud". Prácticamente todas las mujeres coincidieron en señalar que la obesidad les causaba una preocupación estética más que un problema de salud, mientras que los hombres identificaron menos la estética y la consideraban un problema de salud. En la tabla III se recogen los extractos literales más relevantes del discurso, captados de los participantes en el grupo de discusión respecto a esta dimensión, indicando si proceden de hombres o de mujeres.

En el bloque de causas de la obesidad también se detectaron importantes diferencias entre hombres y mujeres. Las causas autopercebidas de obesidad para las mujeres fueron el embarazo y el periodo menopáusico: "En mi caso ha sido después de los partos, porque yo era muy delgada, me casé con 50 kg, y luego sí que después de los partos he engordado" (08, mujer). Los hábitos alimenticios y las costumbres culturales fueron las principales causas junto con la genética por parte del sector masculino: "Los usos y costumbres" (05, hombre).

**Tabla II. Características de los participantes en los grupos de discusión\***

	Total	Mujeres	Hombres
<b>Edad (años)<sup>†</sup></b>	46,1 (10,6)	44,6 (12,2)	48,2 (8,7)
<b>Tensión arterial sistólica (mmHg)</b>	141,8 (21,0)	134,0 (19,4)	152,2 (20,0)
<b>Tensión arterial diastólica (mmHg)</b>	84,7 (9,2)	84,5 (10,2)	85 (8,6)
<b>Peso autorreferido (kg)<sup>†</sup></b>	89,2 (15,4)	83,5 (14,1)	97,0 (16,3)
<b>Peso determinado (kg)</b>	89,5 (15,1)	84,1 (15,2)	96,8 (12,9)
<b>Altura (cm)<sup>†</sup></b>	165,2 (9,5)	159,4 (6,5)	170,7 (6,8)
<b>Altura determinada (cm)</b>	163,2 (9,1)	158,0 (6,4)	170,8 (6,5)
<b>IMC calculado (kg/m<sup>2</sup>)</b>	33,3 (4,0)	33,5 (4,6)	33,1 (3,2)
<b>Antecedentes familiares de obesidad<sup>†</sup></b>	64,3%	75,0%	50,0%
<b>Presencia de obesidad en infancia<sup>†</sup></b>	7,1%	12,5%	0%
<b>Horas de sueño (horas)<sup>†</sup></b>	7,2 (1,1)	7,4 (1,1)	7,0 (1,1)
<b>Picar entre comidas<sup>†</sup></b>	50,0%	62,5%	33,3%
<b>Caminar diariamente<sup>†</sup></b>	64,3%	62,5%	66,6%
<b>Deporte<sup>†</sup></b>	35,7%	25,0%	50,0%

mmHg: milímetros de mercurio; IMC: índice de masa corporal. \*Se presentan los valores medios y desviación típica (entre paréntesis) para las variables cuantitativas y los porcentajes para las variables cualitativas. <sup>†</sup>Variables autorreferidas.

La mayoría de las participantes dijeron observar el aumento de peso mediante la ropa, pero también destacaron, en su mayoría las mujeres, que la opinión de los demás les podía influir. Por el contrario, los hombres opinaron que nunca se percatarían del aumento de peso por la indicación de otra persona (Tabla IV).

De manera coincidente en hombres y mujeres, ambos grupos atribuyeron grandes problemas sociales a la obesidad, además de una discriminación de tipo laboral incrementada en la actualidad. Sin embargo, encontramos diferencias respecto a la amistad y a los sentimientos. Los hombres afirmaron perder amigos por el hecho de estar obesos y las mujeres opinaron tajantemente que la obesidad no influía en la amistad. Además, el grupo masculino destacó el buen carácter de las personas obesas. Los dos grupos coincidieron en que la obesidad en niños y adolescentes puede conllevar mayores problemas sociales que en los adultos (Tabla V).

Por otra parte, las mujeres manifestaron cómo los problemas cotidianos (psicológicos, laborales, familiares, etc.) podrían contribuir a una ingesta mayor de alimentos: “Yo cuando estoy nerviosa como mucho” (01, mujer); “Hay muchas veces que te enfadas, estás más enfadada y dices ‘me cago en la leche’, me voy a la nevera” (06, mujer). Para los hombres, sin embargo, estos posibles hechos no influían en el consumo de alimentos: “Nunca me lo he planteado. Quizás te quite el hambre” (05, hombre).

La mayoría de las mujeres afirmaron haber realizado algún tipo de dieta a lo largo de su vida, mientras que los hombres, en la mayoría de los casos, expusieron haber modificado sus hábitos alimenticios para tener una alimentación más equilibrada, pero sin realizar dieta. Además, diez de los 14 individuos (71,4%) declararon realizar las comidas principales en poco tiempo (< 20 minutos). Las dificultades que encontraron ambos sexos al realizar

**Tabla III. Agrupación temática y extractos relevantes de los participantes para el bloque salud**

Tema	Extractos de los participantes
Preocupación estética o problemas de salud	– “Para mí, de salud. Si yo estuviera gordo y estuviera bien me daría igual, pero para mí es por motivos de salud” (06, hombre)
	– “Por estética, sí, un poco” (05, hombre)
	– “Yo creo que es más por salud, es encontrarte tú mejor. Yo hay veces que subo las escaleras del metro y luego arriba fatigado” (04, hombre)
	– “Por lo menos en mi caso es por salud” (06, mujer)
	– “Vamos a ver, hoy en día es por salud y por estética. Para nosotras, las que tenemos hijas de 17, 20 o 22 años, es por estética” (01, mujer)
	– “A mí me afecta, mucho. Yo he aprendido a llevarlo, pero no me gusta, no me gusta. Yo me miro en el espejo y no me gusta lo que veo. Lo que pasa es que me acostumbro a estar así” (03, mujer)
	– “A mí no me gusta ir a comprar ropa porque, como me veo tan mal, me miro a los espejos y digo ‘nada’. Y luego no te sienta nada bien, digo ‘pues nada’” (08, mujer)

**Tabla IV. Agrupación temática y extractos relevantes de los participantes respecto al bloque control del peso**

Tema	Extractos de los participantes
Cómo se percata del aumento de peso	– “Tú estás en un sitio y te dicen ‘uy, te veo mejor’, por no decirte ‘uy, te has puesto unos kilitos encima’, que a lo mejor es lo que te quieren intentar decir, y eso creo que psicológicamente es lo que más nos afecta” (04, mujer)
	– “Cuando te vas haciendo mayor eso queda en un segundo plano, cuando se es más joven te afecta más” (07, mujer)
	– “A mí no me hace falta que me digan que estoy gorda, yo ya lo sé. No me gusta que me digan que estoy gorda” (06, mujer)
	– “Yo en mi entorno bromeo incluso de mí misma con la gente que yo quiero y dejo. No me importa para nada, me lo paso bien. Pero fuera de ahí, que me lo diga una persona que no conozco de nada o no dé pie a eso me puede hacer más daño que otra cosa. No me gusta” (02, mujer)
	– “El que estás más gordo no te lo suelen decir, por educación o por lo que sea. Por cariño” (06, hombre)
	– “Te pueden decir... ‘te veo hinchado’” (05, hombre)
	– “Como te ven todos los días, el único que a lo mejor sí hace tiempo que no te ve... Lo que pasa es que no te dice ‘¡hombre, estás más gordo!’, porque queda un poco...” (04, hombre)
	– “Si engordas no te dicen nada o casi nada, pero si adelgazas sí que te lo dicen” (02, hombre)

la dieta fueron poder mentalizarse, empezarla y mantenerla en el tiempo. Muchas de nuestras participantes manifestaron padecer ansiedad y/o estrés al realizar cualquier tipo de dieta (Tabla VI).

Ante la pregunta “¿es feliz con su peso?”, ambos sexos manifestaron sentir conformidad. Sin embargo, el sexo femenino se mostró

más a disgusto con su peso. Además, ellas aseguraron tener miedo a un posible aumento de peso, mientras que el sexo masculino sentía preocupación, pero en ningún momento miedo (Tabla VII).

Por último, se encontraron diferencias en la estación del año más difícil para mantener el peso y en la forma de premiarse

**Tabla V. Agrupación temática y extractos relevantes de los participantes respecto al bloque creencias**

Tema	Extractos de los participantes
Problemas sociales de la obesidad	– “De cara al personal, antes cogerán a esta chica delgada que a mí” (02, mujer)
	– “Laboral sobre todo. Y social, vas a hacer menos amistades o vas a hacer amistades más determinadas” (04, hombre)
	– “Además, sentimentales, porque tú ves a una chica gorda o a un chico gordo y dices ¡bua! Siempre te gusta más una que sea delgadita” (06, hombre)
	– “Si ahora pasara una Marilyn ya casi ni la mirarías. Estaría gorda con respecto a lo que está de moda” (05, hombre)
	– “Sí, hay una cosa y es... Yo lo he percibido, que los obesos son personas de buen carácter, campechanas” (03, hombre)
	– “El niño gordito de clase siempre va a ser señalado. La gente más adulta creo que no” (04, mujer)
	– “Yo creo que tiene que ver con la edad de la persona. No es lo mismo un adolescente obeso y donde se mueva, que una persona más adulta y obesa” (05, mujer)

**Tabla VI. Agrupación temática y extractos relevantes de los participantes respecto al bloque motivación**

Tema	Extractos de los participantes
Realización de dietas	– “Sí, yo me las sé de memoria” (03, mujer)
	– “El hecho de estar a dieta no, es el hecho de comer mejor” (04, hombre)
	– “A mí me lo han dado, pero no he llegado ni a empezarla” (02, hombre)
	– “En cuanto te obligan a ponerte a dieta es cuando más hambre tienes. Y solo piensas en la comida” (01, hombre)

**Tabla VII. Agrupación temática y extractos relevantes de los participantes respecto a los bloques estrés-ansiedad, motivación, control de peso y hábitos alimenticios**

Tema	Extractos de los participantes
Feliz con el peso	– “Yo quisiera estar más delgada, estaría mejor más delgada. A gusto no estoy” (02, mujer)
	– “Lo lleva una, pero vamos, como que feliz no te encuentras. Feliz no te encuentras de tenerlo, lo que pasa es que como lo tienes, tampoco te vas a...” (06, mujer)
	– “Digamos que lo aceptamos porque no nos queda más remedio” (03, hombre)
Miedo a aumentar de peso	– “Yo, ahora mismo, más de lo que estoy sí que no podría. Me negaría a mí misma pasarme. Es el límite ya” (02, mujer)
	– “Yo he estado sin pesarme ya dos o tres años” (08, mujer)
Estación del año más difícil para mantener el peso	– “Se picotea más” (01, mujer)
	– “Hace más calor, te dan menos ganas de hacer ejercicio, de salir, de andar” (06, mujer)
	– “En verano los heladitos entran muy bien, la horchata” (01, mujer)
	– “Estás más activo” (01, hombre)
Alimentos como premio	– “Yo a lo mejor cenar, cenar dos rajitas de sandía o de melón” (03, hombre)
	– “Yo, con el chocolate” (05, mujer)
	– “Yo más bien lo vería como una recompensa. Una recompensa que te haces a ti misma” (08, mujer)
	– “En mi casa los premios no son los alimentos” (04, hombre)
	– “Yo algunas veces con el salchichón, cuando llevo mucho tiempo sin comprarme” (06, hombre)

entre hombres y mujeres. El verano fue el periodo más difícil para mantener el peso según las mujeres y el más fácil para el sexo masculino. A la pregunta de si utilizaban los alimentos como premio ante determinadas situaciones, solo dos de los hombres manifestaron premiarse con comidas, mientras que el total de las mujeres afirmaron realizarlo (Tabla VII).

## DISCUSIÓN

En este trabajo hemos llevado a cabo la realización de dos grupos de discusión separados de hombres y mujeres como técnica de investigación cualitativa para conocer el discurso de ambos relacionado con la obesidad, sus causas, sus abordajes, sus consecuencias y las repercusiones sobre la salud, y se han encontrado diferencias importantes en las dimensiones analizadas. La realización de los grupos de discusión como técnica cualitativa nos permite comprender la percepción de personas clínicamente obesas sobre esta patología, el estilo de vida, el ambiente que les rodea, la autoestima y las dificultades que encuentran para bajar de peso (11). Esta técnica cualitativa es un apoyo y complemento importante a la investigación cuantitativa que mayoritariamente se está realizando actualmente en obesidad cuantificando hechos, ya que nos aporta una información más global de diferentes factores que pueden afectar a la obesidad y que hasta ahora no se han estudiado (27). Actualmente, varios ensayos clínicos y estudios de casos y controles y cohortes están aplicando técnicas cualitativas basadas en grupos de discusión para captar mejor el discurso de los participantes y poder mejorar las intervenciones, así como el diseño de instrumentos de medida basados en cuestionarios, ya que la información que facilita un grupo de discusión es sumamente valiosa para todo ello (29,30).

Nuestro estudio nos ha permitido poner de manifiesto la existencia de importantes diferencias entre los hombres y las mujeres en los nueve bloques en los que se ha dividido de manera semiestructurada el grupo de discusión. Estos resultados contribuyen a aumentar la evidencia, incluso a nivel de dimensiones conceptuales y simbólicas, de la importancia de profundizar en la investigación de las diferencias por sexo en los problemas de salud, tal como se está insistiendo desde distintas asociaciones, expertos en el tema y organismos de investigación nacionales e internacionales (17,18,31).

En España se ha descrito desde hace varios años una interacción sexo-nivel socioeconómico de manera que las mujeres con menor nivel socioeconómico presentan una mayor prevalencia de obesidad que los hombres de similar nivel (16). Así, en la Encuesta Nacional de Salud de 2006, realizada en más de 25.000 personas, no solamente se encontró que las mujeres de clase baja tenían un riesgo de sobrepeso un 49% mayor y un riesgo de obesidad un 96% mayor comparadas con las mujeres de clase alta, sino que las mujeres de clase baja, comparadas con los hombres de clase baja, tenían también un mayor riesgo de obesidad que ellos (16). Tanto los ingresos como el nivel de estudios influyen en la selección y compra de alimentos. Varios estudios muestran cómo personas con un mayor nivel educativo

presentan dietas de mayor calidad, con un alto consumo de frutas, verduras, pan integral y cereales de desayuno, y un menor consumo de azúcar, carnes rojas y comida procesada (8,32,33). Estas asociaciones son cada vez más frecuentes a nivel internacional, donde, claramente, niveles de educación más bajos se asocian con una mayor prevalencia de obesidad (34), lo cual, en parte, se podría relacionar con un menor conocimiento de la enfermedad (3). Además de esto, puede ser debido al mayor coste de los alimentos saludables, ya que en determinados lugares es más barato comprar comida procesada rica en grasas saturadas y en azúcares que fruta y verdura o productos desnatados (35).

La composición de la dieta y las facilidades o dificultades en poder seguir una alimentación saludable contribuyen, no solo al incremento del riesgo de obesidad, sino también al éxito de la pérdida de peso. La mayoría de las mujeres que han participado en nuestro estudio han realizado alguna dieta a lo largo de su vida, incluso alguna de ellas de forma continua, siendo en general superior el tiempo (en años de vida) que han pasado las mujeres siguiendo alguna dieta en comparación con los hombres. Además, las mujeres manifestaron que los problemas de la vida diaria les hacían ingerir una mayor cantidad de alimentos, y que solían utilizar la comida para premiarse. Recientes estudios fisiológicos en los que se han analizado el cerebro y el funcionamiento de las conexiones neuronales en distintas zonas apoyan las diferencias por sexos en este comportamiento alimentario, poniendo de manifiesto que las mujeres son más susceptibles de ser comedoras emocionales que los hombres (36). De acuerdo con ello, este discurso de que los problemas de la vida diaria hacen ingerir una mayor cantidad de alimentos no lo observamos en el caso del sexo masculino. De manera paralela a la existencia o no de esta situación de comedor emocional, varios estudios de investigación cualitativa han identificado posibles predictores del éxito en las dietas (37). Sin embargo, estos estudios no han profundizado lo suficiente en las diferencias entre hombres y mujeres, como se señala en nuestra investigación. Esto puede ser debido a la mayor presión social a la que están sometidas las mujeres desde la infancia, debido al estereotipo occidental en el cual las mujeres deben ser y estar perfectas. Ellas manifestaron claramente tener una mayor preocupación por las consecuencias estéticas de la obesidad que los hombres. En general, se ha descrito que las mujeres tienen una mayor presión y preocupación por la imagen corporal que los hombres incluso en ausencia de obesidad (38). Ello les lleva a tomar decisiones muy presionadas sobre restricciones calóricas no realistas y seguimiento de dietas no saludables que inducen una rápida pérdida de peso pero también un acentuado efecto rebote con más ganancia de peso que al inicio de la intervención. Los hombres no están sujetos a dicha presión y su equilibrio y aceptación del peso corporal es más estable. Estas diferencias son más notables en edades jóvenes e intermedias de la vida, pero incluso en estudios realizados en personas de edad avanzada se puede detectar esta diferencia por sexo (39). Así, en un estudio realizado en personas ancianas sobre la aceptación de su imagen corporal, los hombres manifestaron una mayor aceptación de su sobrepeso-obesidad, mientras que las mujeres tenían un mayor rechazo y les costaba aceptar también más el

proceso natural de envejecimiento (39). Es desde los medios de comunicación fundamentalmente desde donde nos transmiten el mensaje de que las mujeres deben estar delgadas y atractivas para los hombres y desde donde nos presentan una imagen irreal de la mujer, que puede dar lugar a sentimientos de inseguridad e insatisfacción (40). La divulgación y aceptación de una imagen corporal más real podría disminuir la presión sobre la necesidad de una pérdida de peso (41) y minimizar los altibajos en el peso más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

Uno de los factores más importantes en los esfuerzos para perder peso son las relaciones con otros individuos y con el ambiente y el apoyo de familiares y amigos (40). Un estudio realizado en adolescentes afroamericanos asoció un mayor apoyo emocional de la familia con un aumento en la realización de ejercicio físico (42).

Por otro lado, resulta curiosa la parte del discurso donde se liga obesidad y amistad. Los participantes masculinos expusieron cómo la obesidad podía afectar a la amistad, incluso perdiendo amigos. Por el contrario, esto fue negado de manera tajante por las mujeres, ya que opinaban que la obesidad no influía a la hora de tener amigos verdaderos. Ello contrasta con el razonamiento anterior en el que la mujer sentía más presión para no estar obesa de cara a la sociedad o para el mundo laboral, pero esta mujer reitera que no es dificultad frente a los amigos verdaderos. De nuevo existen aquí dos aproximaciones contrapuestas: por una parte, tenemos los trabajos que indican que una relación de amistad estrecha con una persona obesa conduce a que la persona amiga tenga una percepción más suave del peso del obeso y que no lo perciba como tal (3); y por otra parte, existen trabajos que indican que el entorno social del obeso favorece la obesidad, ya que el obeso tiende a relacionarse con otros obesos, perpetuando la situación de obesidad en ambientes obesogénicos (43).

En nuestro estudio hemos constatado que la opinión de los demás puede influir de diferentes formas según el sexo. Las mujeres se mostraron más sensibles al hecho de que personas ajenas las consideraran obesas, lo cual les podía afectar a nivel personal de forma negativa. Sin embargo, esta respuesta no fue homogénea y algunas mujeres, por el contrario, reaccionaban ignorando estos comentarios. Un estudio realizado por Cossrow mostró cómo las mujeres tenían mayores experiencias negativas respecto a su peso que los hombres: burlas, acoso, insultos o situaciones de discriminación, tanto en entornos cercanos (casa, amigos y trabajo) como ajenos a ellos (44). Existen estudios que manifiestan que la discriminación de las personas obesas puede motivarles a tener un estilo de vida saludable, evitando así situaciones de marginalidad. Sin embargo, esta estigmatización podría llevar a todo lo contrario, provocando el consumo de alimentos no saludables así como la realización de menos actividad física y/o a tener trastornos de la alimentación (8). Se presupone que las personas obesas no tienen voluntad y son perezosas, con lo cual el éxito en la pérdida de peso se niega desde el inicio (3). Algunos autores indican que son los propios obesos los que no están dispuestos a cambiar de hábitos debido a los intentos fallidos anteriores (45), ya sea mediante dietas o ejercicio físico.

Finalmente, ambos grupos indicaban que tenían preocupación por los problemas de salud que podrían suponerles el estar obesos, pero de nuevo encontramos diferencias entre sexos en cuan-

to a las motivaciones para adelgazar. Los hombres manifiestan que la principal motivación para adelgazar les vendría dada por mejorar su salud, mientras que las mujeres manifiestan que la principal motivación para perder peso sería la estética.

En conclusión, podemos afirmar que existen importantes diferencias entre el discurso de las mujeres y el de los hombres obesos en distintas dimensiones de la obesidad; entre ellas destacan la percepción de la obesidad y el abordaje de esta patología de manera más considerada. Destacamos una mayor preocupación estética en el caso de las mujeres y una mayor presión social por perder peso, que a su vez les lleva a realizar dietas más estrictas con gran efecto rebote en el que influye también su mayor susceptibilidad a comer emocionalmente que los hombres. Sin embargo, ambos sexos coinciden en los problemas sociales que puede conllevar la obesidad. Estos resultados nos permiten proponer el enfoque del tratamiento de la obesidad desde un punto de vista más multidimensional (46), teniendo en cuenta las diferencias por sexo, y no solo desde el punto de vista del conteo de calorías. Por ello, es necesario disponer de un equipo multidisciplinar que permita conocer distintos aspectos del ambiente social y familiar del individuo para la realización de intervenciones dietéticas personalizadas para cada sexo y prolongadas en el tiempo.

## AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha sido parcialmente financiado por las siguientes ayudas: Proyecto PROMETEO/2017/017 (Generalitat Valenciana), CIBEROBN (Instituto de Salud Carlos III), Fundació La Marato-TV3, programa VALi+d (Generalitat Valenciana) y EAT2BeNice (nº 728018. Horizon 2020).

## BIBLIOGRAFÍA

- Livingston EH. Reimagining obesity in 2018: a JAMA theme issue on obesity. *JAMA* 2018;319(3):238-40.
- Friedrich MJ. Global obesity epidemic worsening. *JAMA* 2017;318(7):603.
- Sikorski C, Luppá M, Schomerus G, Werner P, König HH, Riedel-Heller SG. Public attitudes towards prevention of obesity. *PLoS One* 2012;7(6):e39325.
- Upadhyay J, Farr O, Perakakis N, Ghaly W, Mantzoros C. Obesity as a disease. *Med Clin North Am* 2018;102(1):13-33.
- Parto P, Lavie CJ. Obesity and cardiovascular diseases. *Curr Probl Cardiol* 2017;42(11):376-94.
- Rajan TM, Menon V. Psychiatric disorders and obesity: a review of association studies. *J Postgrad Med* 2017;63(3):182-90.
- Lewis S, Thomas SL, Hyde J, Castle D, Blood RW, Komesaroff PA. "I don't eat a hamburger and large chips every day!" A qualitative study of the impact of public health messages about obesity on obese adults. *BMC Public Health* 2010;4;10:309.
- Sikorski C, Luppá M, Kaiser M, Glaesmer H, Schomerus G, König HH, et al. The stigma of obesity in the general public and its implications for public health - A systematic review. *BMC Public Health* 2011;23(11):661.
- Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: a systematic review. *J Adv Nurs* 2018;74(5):1030-42.
- Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health* 2010;100(6):1019-28.
- García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. The focus group as a qualitative research technic in health: its design and practical application. *Aten Primaria* 2000;25(3):181-6.

12. Hartmann-Boyce J, Boylan AM, Jebb SA, Fletcher B, Aveyard P. Cognitive and behavioural strategies for self-directed weight loss: systematic review of qualitative studies. *Obes Rev* 2017;18(3):335-49.
13. Ostan R, Monti D, Guerresi P, Bussolotto M, Franceschi C, Baggio G. Gender, aging and longevity in humans: an update of an intriguing/neglected scenario paving the way to a gender-specific medicine. *Clin Sci (Lond)* 2016;130(19):1711-25.
14. Mauvais-Jarvis F, Arnold AP, Reue K. A guide for the design of pre-clinical studies on sex differences in metabolism. *Cell Metab* 2017;25(6):1216-30.
15. Gijbbers van Wijk CM, Van Vliet KP, Kolk AM. Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women. *Soc Sci Med* 1996;43(5):707-20.
16. Ortiz-Moncada R, Álvarez-Dardet C, Miralles-Bueno JJ, Ruiz-Cantero MT, Dal Re-Saavedra MA, Villar-Villalba C, et al. Social determinants of overweight and obesity in Spain in 2006. *Med Clin (Barc)* 2011;137(15):678-84.
17. Mauvais-Jarvis F. Sex differences in metabolic homeostasis, diabetes, and obesity. *Biol Sex Differ* 2015;6:14.
18. Reusch JEB, Kumar TR, Regensteiner JG, Zeitler PS; Conference Participants. Identifying the critical gaps in research on sex differences in metabolism across the life span. *Endocrinology* 2018;159(1):9-19.
19. Conde F, Pérez-Andrés C. La investigación cualitativa en salud pública. *Rev Esp Salud Pública* 1995;69:145-9.
20. Urra E, Muñoz A, Peña C. El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfer Universitaria* 2013;10(2):50-7.
21. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. *Inv Ed Med* 2013;2(1):55-60.
22. Kitzinger J. Qualitative research: introducing focus group. *BMJ* 1995;311:299-302.
23. Pérez Andrés C. Qualitative methodology. *Rev Esp Salud Publica* 2002;76(5):373-80.
24. Lindsay AC, Wallington SF, Muñoz MA, Greaney ML. A qualitative study conducted in the USA exploring Latino fathers' beliefs, attitudes and practices related to their young children's eating, physical activity and sedentary behaviours. *Public Health Nutr* 2018;21(2):403-15.
25. Sánchez-Moreno E. Capítulo 10: La investigación cualitativa en la investigación en salud. *Fundamentos y rigor científico. SEMERGEN* 2008;34(2):75-9.
26. Martínez-Salgado C. Sampling in qualitative research: basic principles and some controversies. *Cien Saude Colet* 2012;17(3):613-9.
27. Draper AK. The principles and application of qualitative research. *Proc Nutr Soc* 2004;63(4):641-6.
28. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3(2):77-101.
29. Levitt HM, Bamberg M, Creswell JW, Frost DM, Josselson R, Suárez-Orozco C. Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: the APA Publications and Communications Board task force report. *Am Psychol* 2018;73(1):26-46.
30. Scelzo A, Di Somma S, Antonini P, Montross LP, Schork N, Brenner D, et al. Mixed-methods quantitative-qualitative study of 29 nonagenarians and centenarians in rural Southern Italy: focus on positive psychological traits. *Int Psychogeriatr* 2018;30(1):31-8.
31. García-Calvente M del M, Ruiz-Cantero MT, Del Río-Lozano M, Borrell C, López-Sancho MP. Gender inequalities in research in public health and epidemiology in Spain (2007-2014). *Gac Sanit* 2015;29(6):404-11.
32. Jarman M, Lawrence W, Ntani G, Tinati T, Pease A, Black C, et al. Low levels of food involvement and negative affect reduce the quality of diet in women of lower educational attainment. *J Hum Nutr Diet* 2012;25(5):444-52.
33. Martínez J, Powell J, Agne A, Scarinci I, Cherrington A. A focus group study of Mexican immigrant men's perceptions of weight and lifestyle. *Public Health Nurs* 2012;29(6):490-8.
34. Hiilamo A, Lallukka T, Mänty M, Kouvonen A. Obesity and socioeconomic disadvantage in midlife female public sector employees: a cohort study. *BMC Public Health* 2017;17(1):842.
35. Kumar G, Jim-Martin S, Piltch E, Onufrak S, McNeil C, Adams L, et al. Healthful nutrition of foods in Navajo Nation stores: availability and pricing. *Am J Health Promot* 2016;30(7):501-10.
36. Gupta A, Mayer EA, Labus JS, Bhatt RR, Ju T, Love A, et al. Sex commonalities and differences in obesity-related alterations in intrinsic brain activity and connectivity. *Obesity (Silver Spring)* 2018;26(2):340-50.
37. Rafiei N, Gill T. Identification of factors contributing to successful self-directed weight loss: a qualitative study. *J Hum Nutr Diet* 2018;31(3):329-36.
38. Dijkstra P, Barelds DP. Women's meta-perceptions of attractiveness and their relations to body image. *Body Image* 2011;8(1):74-7.
39. Lipowska M, Lipowski M, Olszewski H, Dykalska-Bieck D. Gender differences in body-esteem among seniors: beauty and health considerations. *Arch Gerontol Geriatr* 2016;67:160-70.
40. Fernández-Ramírez B, Esquirol E, Baleriola E, Rubio C. El discurso popular sobre la obesidad análisis de contenido de una discusión virtual. *Aposta* 2012;52.
41. Chen X, Wang Y. Is ideal body image related to obesity and lifestyle behaviors in African-American adolescents? *Child Care Health Dev* 2012;38(2):219-28.
42. St. George SM, Wilson DK. A qualitative study for understanding family and peer influences on obesity-related health behaviors in low-income African-American adolescents. *Child Obes* 2012;8(5):466-76.
43. Datar A, Nicosia N. Association of exposure to communities with higher ratios of obesity with increased body mass index and risk of overweight and obesity among parents and children. *JAMA Pediatr* 2018.
44. Cossrow NH, Jeffery RW, McGuire MT. Understanding weight stigmatization: a focus group study. *J Nutr Educ* 2001;33(4):208-14.
45. Chang CT, Chang KH, Cheah WL. Adults' perceptions of being overweight or obese: a focus group study. *Asia Pac J Clin Nutr* 2009;18(2):257-64.
46. Cochrane AJ, Dick B, King NA, Hills AP, Kavanagh DJ. Developing dimensions for a multicomponent multidisciplinary approach to obesity management: a qualitative study. *BMC Public Health* 2017;17(1):814.