

Cuál es la percepción del efecto de la obesidad en las relaciones familiares

Trabajo para optar al título de Magíster en Epidemiología

**Lina María Salcedo Ramírez M.D.
Maestrante en Epidemiología**

**Diana Marcela Diaz M.D , MSc , PhD
Tutor**

Jefe Departamento de Epidemiología
Facultad de Medicina
Universidad de La Sabana

**Angela Roció Acero M.D , MSc , PhD
Tutor**

Profesora Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Facultad de Medicina
Universidad de La Sabana

Maestría en Epidemiología

Facultad de Medicina

Universidad de La Sabana

2021

Introducción: La obesidad es un estado patológico que se caracteriza por una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, a menudo los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son determinantes para esta patología. La obesidad es entendida, como una enfermedad crónica multifactorial con una interacción genética-medio ambiente. Se ha demostrado que los factores socioeconómicos y familiares juegan un papel vital en el origen de la obesidad. **Objetivo general:** Conocer la percepción del efecto de la obesidad en las relaciones familiares, estudiando su dinámica, comunicación, actividades, actitudes y afecto. **Específicos:** Conocer el significado personal de vivir con obesidad y describir cómo se establecen las relaciones familiares de las personas con obesidad, desde la teoría de sistemas. **Métodos:** Investigación cualitativa con enfoque fenomenológico. Se procedió a realizar entrevistas semiestructuradas a participantes con diagnóstico previo de obesidad que contaran con acceso a internet y tecnologías de la información. Se inicio el análisis con las categorías a priori ya asignadas desde la teoría, y categorías emergentes de los datos obtenidos, organizadas en redes según frecuencias de códigos. **Resultados:** Participaron 7 personas entre hombre y mujeres, con diagnóstico de obesidad con un IMC mayor de 30 según la clasificación de la OMS, con edades entre 24 y 75 años de edad, posterior al análisis las categorías resultantes fueron: comunicación, afecto, significado de vivir con obesidad y dinámica familiar, es determinante para la percepción de las relaciones familiares el mensaje de obesidad y su frecuencia, el afecto se hace presente en el apoyo que recibe el participante de su familia, y en la confianza al no tener sensación de rechazo, el significado de vivir con obesidad se describe desde la percepción de la salud, las actitudes, y su entorno social, así mismo la dinámica familiar es explorada desde las rutinas, motivaciones y limitaciones externas que tiene los participantes. **Conclusiones:** Es transcendental el papel de la familia para los participantes del estudio, les brinda apoyo y confianza para relacionarse con su entorno, y con los retos de su condición de obesidad. Las relaciones familiares determinan y modifican aspectos relacionados con la vivencia y tratamiento de la obesidad. Para los participantes el vivir con obesidad lleva implícita la percepción de su salud ligada con su peso y la frustración al no entender la evolución de su condición. La teoría de sistemas familiares fue una herramienta útil para entender las relaciones y la dinámica familiar de las personas obesas; desde los hábitos, las rutinas, y las actividades del núcleo familiar a nivel individual y social.

Palabras claves: Obesidad, familia, percepción, relaciones familiares

Introduction: Obesity is a pathological state that is characterized by an abnormal or excessive accumulation of fat that can be detrimental for health, changes in eating habits and physical activity are decisive for this pathology. Obesity is understood as a multifactorial chronic disease that involves a genetic-environment interaction. It has been demonstrated that socioeconomic and family factors play a vital role in the origin of obesity. **General Objective:** Recognize the perception of obesity effects in family relationships, studying its dynamics, communication, activities, attitudes, and affection. **Specific Objectives:** Recognize the personal meaning of living with obesity and describe how the family relationships of people with obesity are established, according to the systems theory. **Method:** Qualitative research with a phenomenological approach. First, semi-structured interviews were carried out with participants with a previous diagnosis of obesity, who had access to Internet and informational technologies. Then, the analysis began with a priori categories already assigned from the theory and with emerging categories from the data-obtained, that were organized in networks, according to code frequencies. **Results:** 7 people between men and women among 24 and 75 years old, participated, having a diagnosis of obesity with a BMI greater than 30 according to the WHO classification. After the analysis, the resulting categories were communication, affection, meaning of living with obesity and family dynamics. Furthermore, these categories are decisive for the perception of family relationships, the message of obesity and its frequency. The affection is present in the familiar support that the participant receives, and in the confidence by not having a feeling of rejection, the meaning of living with obesity is described from the perception of health, attitudes, and their social environment. Likewise, the family dynamics are explored from the routines, motivations, and external limitations that the participants have. **Conclusions:** The family role is transcendental for the participants of the study, since it gives them support and confidence to interact with their environment and to face the challenges of their obesity condition. Family relationships determine and modify aspects related to the experience and the obesity treatment. According to the participants perception, living with obesity implies that the health perception is linked to their weight and their frustration while not understanding the evolution of their condition. The family systems theory was a useful tool to understand the relationships and family dynamics of obese people, from the habits, routines, and activities of the family nucleus at an individual and social level.

Key Words: Obesity, family, perception, family relationships.

INDICE DE CONTENIDO

| | | |
|----------------|--|----|
| 1. | INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| 1.1 | Planteamiento del problema..... | 6 |
| 1.2 | Pregunta de investigación..... | 7 |
| 1.3 | Objetivos..... | 7 |
| 1.3.1 | General..... | 7 |
| 1.3.2 | Específicos..... | 7 |
| 2. | ESTADO DEL ARTE..... | 8 |
| 3. | MARCO TEÓRICO..... | 10 |
| 4. | METODOLOGÍA..... | 13 |
| 4.1 | Diseño..... | 13 |
| 4.2 | Población de estudio..... | 13 |
| 4.3 | Reclutamiento..... | 13 |
| 4.4 | Muestreo..... | 14 |
| 4.5 | Recolección de información..... | 14 |
| 4.6 | Desarrollo de la entrevista..... | 16 |
| 4.7 | Plan de análisis de información..... | 17 |
| 1. | Transcripción..... | 17 |
| 2. | Elaboración de categorías iniciales..... | 17 |
| 3. | Elaboración de categorías de significado relevante para el tema de la investigación..... | 17 |
| 4. | Verificación de las subcategorías de significado relevante..... | 17 |
| 5. | Conclusión..... | 17 |
| 5. | CONSIDERACIONES ÉTICAS..... | 19 |
| 6. | RESULTADOS..... | 21 |
| 6.1 | CATEGORIA: COMUNICACIÓN..... | 23 |
| 6.2 | CATEGORIA: AFECTO..... | 24 |
| SUBCATEGORIAS: | | 24 |
| 6.3 | CATEGORIA: SIGNIFICADO DE VIVIR CON OBESIDAD..... | 25 |
| SUBCATEGORIAS | | 25 |
| 6.4 | CATEGORIA: DINAMICA FAMILIAR..... | 28 |
| SUBCATEGORIAS: | | 28 |
| 7. | DISCUSIÓN..... | 31 |
| 8. | LIMITACIONES..... | 34 |
| 9. | CONCLUSIONES..... | 35 |
| 10. | BIBLIOGRAFÍA..... | 36 |

INDICE DE TABLAS.

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión. | 14 |
| Tabla 2. Criterios tenidos en cuenta en el estudio para la calidad y rigor..... | 16 |
| Tabla 3. Descripción de participantes y contextos. | 21 |
| Tabla 4. Categorías a priori desde la teoría de sistemas familiares..... | 22 |
| Tabla 5. Categorías y subcategorías finales. | 23 |

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La obesidad es un estado patológico que se caracteriza por una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, a menudo los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son determinantes para esta patología (1).

La obesidad se ha convertido en un problema de salud pública importante en todo el mundo, se asocia con una disminución en la esperanza de vida entre 5 y 10 años (2). En 2019, más de 1900 millones de adultos tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos, el 39% de las personas adultas tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas(3). Esta es una enfermedad que afecta a todas las regiones y en especial a países de América Latina y del Caribe (4). Se ha registrado un aumento en la prevalencia en algunos países de América Latina: Chile 7,8%, Argentina 7,2%, Costa Rica 6,2%, Uruguay 6% y México 5,6% (4). En Colombia se identificó que uno de cada tres adultos presenta sobrepeso (37,7%), mientras que uno de cada cinco es obeso (18,7%). El 56,4% de la población presenta exceso de peso, y es más frecuente en las mujeres (22,4%) que en los hombres (14,4%)(5).

Las principales complicaciones médicas de la obesidad son: enfermedades pulmonares, síndromes metabólicos, enfermedad coronaria, diabetes tipo II, cáncer (próstata, colon, endometrio), apnea del sueño, ACV, trastornos oftalmológicos, trastornos ginecológicos (infertilidad) (6), hipertensión arterial(7), problemas de la piel, trastornos en articulaciones y afectaciones en la movilidad. En cuanto a las patologías mentales tales como depresión y ansiedad también están relacionadas con la obesidad (8). De acuerdo con esto, se considera que la obesidad es una enfermedad crónica multifactorial con una compleja interacción genética-medio ambiente.

Desde la perspectiva ambiental, los factores socioeconómicos y familiares tales como las condiciones de bienestar económico, de pobreza y el estilo de vida poco saludable, juegan un papel vital en el origen de la obesidad (9). En este sentido, el bienestar económico puede favorecer la compra y consumo excesivo de alimentos entre los integrantes de la familia y, por el contrario, en el caso de la pobreza, podría condicionar la dieta (por su bajo costo) a poca variedad, calidad y con altos contenidos de azúcares simples, grasas y carbohidratos (9). En cuanto al área socio- familiar, se ha planteado que la obesidad es un producto del estilo de vida de los padres o de los miembros significativos de la familia y puede ser transmitida de generación en generación, influenciando así a los niños (10).

Así mismo se han detectado otras características que pudieran estar relacionadas con la obesidad infantil, tales como: 1) madres de niños obesos con una participación pasiva en la toma de decisiones de la vida familiar, aspecto que limita sus acciones en pro de la salud nutricional de sus hijos; 2) madres con una jornada laboral prolongada, ausentes del hogar y con niños escolares obesos que permanecen solos dentro de la casa y consumiendo alimentos sin control; 3) familias con poca organización para la compra de alimentos,

favoreciendo una ingesta sin noción de alimentación equilibrada; 4) niños obesos con más de un cuidador, para quienes su sistema de alimentación y crianza fueron inconsistentes y 5) el sedentarismo, aspecto que favorece el aumento del peso corporal debido al escaso gasto de calorías(11) (12).

Adicionalmente algunos estudios muestran la importancia de las relaciones familiares en la obesidad, demostrando como influyen fundamentalmente en su etiología y mantenimiento (13).

Considerando lo anterior el objetivo de este trabajo es conocer la percepción del efecto de la obesidad en las relaciones familiares, estudiando su dinámica, comunicación, actividades, actitudes y afecto; así mismo aportar al estudio integral de este diagnóstico, para enriquecer la visión médica y terapéutica de este. Esta investigación se realiza con base teórica en la teoría de Sistemas Familiares el cual aporta conocimiento desde la integralidad de la familia, con los sistemas de sus miembros, su entorno y sus relaciones entre sí; por lo cual brinda una amplia posibilidad de entendimiento de la dinámica familiar.

1.2 Pregunta de investigación.

- ¿Cuál es la percepción del efecto de la obesidad en las relaciones familiares?

1.3 Objetivos.

1.3.1 General.

Conocer la percepción del efecto de la obesidad en las relaciones familiares estudiando su dinámica, comunicación, actividades, actitudes y afecto.

1.3.2 Específicos.

- Conocer el significado personal de vivir con obesidad.
- Describir cómo se establecen las relaciones familiares de las personas con obesidad, desde la teoría de sistemas.

2. ESTADO DEL ARTE

En Latinoamérica se ha incrementado el estudio de la obesidad y políticas públicas de salud para la prevención y el tratamiento, en la literatura médica de la región se encuentran estudios de Chile (12), México (14) y Colombia (15) principalmente donde describe la influencia familiar sobre las conductas de alimentación, la insatisfacción corporal, junto con la percepción de vitalidad y bienestar físico, pueden explicar parcialmente la presencia de conductas alimentarias anómalas que promueven un aumento de peso excesivo (16).

En uno de los estudios se describe la disminución de la calidad de vida, y como esto afecta la percepción que un individuo tiene de su posición en la vida tanto en el contexto de su cultura y del sistema de valores en los que vive como en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e intereses(16). En América Latina se siguen adelantando investigaciones de esta patología, en una investigación realizada en la Fundación Hemocentro Buenos Aires (FHBA) en mujeres adultas con edades entre 40 y 65 años, se evidenciaba una relación entre la obesidad, la percepción de estrés y el perfil antropométrico. Para esto se estimó el índice de masa corporal (IMC) , la circunferencia de cintura (CC) y la calidad de vida, la cual se valoró mediante el cuestionario de calidad de vida (CV) de la Organización Mundial de la Salud (WHOQoL-Bref) donde concluyeron una mejor calidad de vida asociado a menor índice de masa corporal (17).

En otro estudio, realizado en Brasil, cuyo objetivo era identificar las percepciones de los aspectos psicosociales en adolescentes con obesidad, se realizó una entrevista semiestructurada a seis profesionales de la salud, cinco adolescentes con obesidad y seis familiares; concluyendo que la concepción de obesidad de los entrevistados es multifactorial, incluyendo los factores genéticos y orgánicos, el modo de vida contemporáneo y los aspectos psicológicos. La concepción de cuidado involucró la dieta, la actividad física y la cirugía bariátrica, aportando reflexiones acerca de las políticas públicas de nutrición, salud mental y salud del adolescente (18).

También en Brasil otra investigación abordó la influencia familiar en los hábitos alimentarios de la población infantil, en la cual participaron 20 familiares y 33 niños de 6 a 10 años con diagnóstico de obesidad, se utilizaron medidas antropométricas, cálculo de índice de masa corporal, entrevistas, actividades educativas y un formulario semiestructurado. Se concluyó que la familia en primer lugar y después la escuela, ejerce una fuerte influencia en los hábitos alimentarios de los niños, por lo tanto, son necesarias nuevas estrategias que fortalezcan la participación de todos los involucrados en la búsqueda de recursos que enseñen a los niños hábitos saludables de vida (19).

Las personas que viven con obesidad suelen atravesar una serie de intentos iniciales de pérdida de peso, seguidos por aumento de peso rebote, estancamiento y resignación; vivir con obesidad parece resultar en angustia emocional (19). Esta angustia emocional puede verse reforzada por una enfermedad física o discapacidad, que dificultan aún más la

participación en actividades sociales y relacionadas con la salud, que conducen a un mayor malestar emocional y aumento de peso (20).

Un estudio desarrollado en población adulta con obesidad mórbida incluyó a hombres y mujeres entre 26 y 56 años, que habían participado en un grupo de reducción de peso. En esta investigación se quería obtener una idea de cómo es vivir día a día siendo obeso; la recolección de información se logró por medio de investigación narrativa, y se concluyó que las personas obesas tienen plena conciencia sobre sus hábitos y su constante lucha entre saber y hacer. También demostraron que verse a sí mismo como una persona obesa es un proceso gradual que implicó experimentarse a sí mismo como una persona diferente a los demás (21).

En los estudios hallados se encontraron predominantemente diseños fenomenológicos, con gran influencia del filósofo Maurice Merleau-Ponty (1908 - 1961), el cual relaciona los temas con una pregunta filosófica "¿Quién soy yo?" dentro del cuerpo, y ubica la búsqueda de respuestas en un diálogo continuo e intercambio mutuo de significado entre el cuerpo y el mundo, reflexiona bastante sobre el movimiento del cuerpo, y describe cómo un cuerpo permite conocer el mundo, comprenderlo. Desde una perspectiva fenomenológica, el peso corporal no puede entenderse como algo en sí mismo, separado o más allá del cuerpo generador de significado. Un cuerpo que puede parecer pesado cuando se mide en kilogramos se puede experimentar como ligero, como cuando se baila(22).

En resumen, la literatura se centra en población adolescente y en estudios principalmente cuantitativos, los cuales se enfocaban en la relación de la familia y el desarrollo de la obesidad. Sin embargo, se encuentran escasos estudios en población adulta que exploren la relación entre la obesidad y las relaciones familiares, por lo que en el presente estudio se propone abordar este fenómeno.

3. MARCO TEÓRICO

En la literatura de investigación en familia y obesidad se encuentran diversos modelos teóricos entre ellos se encuentran: la Teoría familiar de sistemas, el Modelo Circunflejo, el Modelo ABCX Doble, también el Modelo de Estrés Familiar, la teoría del Desarrollo Familiar y la teoría de Sistemas Ecológicos, las cuales se describirán brevemente a continuación haciendo mayor énfasis en la teoría de sistemas familiares (FST) la cual se describirá al final ya que esta fue elegida para la presente investigación.

El Modelo Circunflejo de Funcionamiento Familiar: este modelo contiene tres dimensiones centrales de los sistemas matrimoniales y familiares que funcionan de manera óptima cuando están en equilibrio, estos son: 1. Cohesión: el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. 2. Flexibilidad: la cantidad de cambio en el liderazgo, las relaciones de roles y las reglas y 3. Comunicación: una dimensión facilitadora, crítica para facilitar el movimiento en las otras dos dimensiones, sus implicaciones más relevantes en los tratamientos de obesidad se pueden demostrar que las familias equilibradas están en mejores condiciones para establecer y alcanzar objetivos para el cambio de comportamiento en el tratamiento de la obesidad. Las familias que están desequilibradas tendrán una mayor dificultad para adherirse al tratamiento, para ser difundido o aceptado por el sistema (23).

El Modelo ABCX de estrés familiar es utilizando con variables categóricas: abcx y se maneja así: (a) un evento estresante, (b) recursos existentes que ayudan a abordar el evento, (c) la percepción de la familia del evento y (x) la crisis; el producto de la interacción entre demandas y estresores definen la adaptación desde la mala adaptación a la buena adaptación (23).

El modelo de estrés familiar de tensión económica que centra su teoría en los bajos ingresos y las presiones financieras que conducen a una tensión económica en la familia debido a la angustia emocional de los padres y al conflicto conyugal, a la crianza interrumpida debido al estrés y los conflictos que influyen en el bienestar de otros miembros de la familia, en el campo de la obesidad se puede ver implicado en presiones económicas y la tensión pueden limitar la capacidad de la familia para pagar el tratamiento y los recursos necesarios para el cambio de comportamiento (23). El funcionamiento marital influye en la participación familiar en el tratamiento y el cambio de comportamiento en el hogar. La discordia matrimonial y los desacuerdos sobre la paternidad dificultan la capacidad de cambiar comportamientos. La angustia puede ser incapaz de proporcionar apoyo suficiente para el miembro de la familia en el proceso de cambio (24).

La teoría del desarrollo familiar en la cual se conceptualiza a las familias a lo largo del tiempo; se propone el concepto que las familias son asociaciones de grupos pequeños que están compuestas por individuos dinámicos con personalidades que interactúan, interconectadas por tareas de desarrollo cada vez más complejas a lo largo de la vida. La capacidad de anticipar el estrés y adaptarse al cambio determina la facilidad de transición de la etapa cuyas implicaciones en la obesidad estarían ligadas a la lucha con el cambio en los roles donde se

pueden tener dificultades para participar en el tratamiento, lo que requiere más ayuda de los médicos. Las estrategias de tratamiento pueden variar según las etapas del ciclo de vida, la edad de los miembros de la familia, los roles de tareas y la capacidad de hacer la transición a nuevas etapas cuando se produce el cambio (23).

La teoría del sistema ecológico se centra en los factores externos que influyen en los individuos y grupos, y no pueden verse independientemente del entorno circundante, los componentes ecológicos interactúan con la familia directa e indirectamente en capas: 'Microsistema: entorno inmediato', 'Mesosistema: conexión entre elementos del microsistema', 'Exosistema: el entorno social más amplio, 'Macrosistema: la capa más externa, el entorno cultural', Cronosistema: la dimensión del tiempo que explica el cambio en cual puede verse significativamente en las intervenciones de obesidad al usarse para modelar predictores de obesidad, ya que es en gran parte el resultado del entorno de nutrición y actividad. La comprensión del Mesosistema proporciona información sobre los comportamientos de salud familiar ayudando a reconocer las barreras ambientales al cambio podría revelar por qué las familias no tienen éxito en el tratamiento de Exo y macrosistemas puede ser el objetivo de intervenciones a nivel de políticas en tratamientos de obesidad (23).

La teoría de sistemas familiares (FST) visualiza a la familia como un complejo sistema de interacción, proporcionando un marco para entender y explorar los procesos y funciones familiares, esta teoría afirma que una familia es un "sistema social abierto, continuo, de búsqueda de objetivos, autorregulación", con cuatro supuestos básicos: 1. los elementos de un sistema están interconectados, 2. el sistema se entiende mejor cuando se ve como un todo, 3. el comportamiento del sistema interactúa en un bucle de retroalimentación con el medio ambiente y 4. los sistemas no son realidad, sino modelos heurísticos para la comprensión (23). La presente investigación adopta esta teoría por cómo se entienden los elementos de un sistema que están interconectados y deben verse como un todo, incluyendo la percepción del ser y de su entorno, así mismo se utiliza para comprender los sistemas familiares, determinar los criterios de membresía y establecer límites para el flujo de información; las reglas de transformación rigen las relaciones con el medio ambiente y las respuestas esperadas de las relaciones, la adaptabilidad o variedad se refiere a los recursos del sistema para adaptarse y evolucionar con los cambios; las familias se esfuerzan por mantener el equilibrio dentro y fuera del sistema y los subsistemas existen dentro del sistema principal y pueden influir en la familia como un todo.

Desde los principios básicos de la Teoría de Sistemas, se entiende la comunicación como una acción consciente de intercambio de información que interviene en la formación de la personalidad como vía de su determinación social y comprensión del funcionamiento del grupo familiar, vista desde la perspectiva familiar se comprenderá como la comunicación verbal que componen la familia (forma y frecuencia de comunicación verbal). Así mismo la dinámica familiar, se concibe en cuatro elementos que son: Totalidad (cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total por ejemplo si una existe una pérdida dentro de la familia afecta a sus miembros y recalifica sus roles dentro de la familia),

Equilibrio (estabilidad en sus relaciones dentro y fuera del vínculo, respeto, reconocimiento de jerarquías, y convivencia adecuada), Equifinalidad (idénticos resultados pueden tener orígenes diferentes y diferentes resultados pueden ser producidos por las mismas "causas") y Retroalimentación (entendida como toma decisiones, que produce un cambio cuando es positiva, y cuando es negativa permite un comportamiento regulador, reglamento de conductas dentro de la familia)(25).

Desde esta misma perspectiva, la actitud es una predisposición aprendida para responder de manera consistente a un objeto social. Se distinguen tres componentes de las actitudes: el cognoscitivo, formado por las percepciones y creencias que la persona tiene hacia un objeto social, así como por la información que se tiene sobre este; el afectivo, es decir, el sentimiento que surge a favor o en contra del objeto social, y el conductual, que se refiere a la tendencia a reaccionar hacia los objetos de cierta manera; y el afecto el cual se describe como una necesidad afectiva de un individuo a otro, que provee la recompensa básica de la vida familiar, generando confianza, seguridad, y apoyo que necesita todo ser humano para su sano crecimiento y desenvolvimiento en sociedad (26).

Al introducirse al marco de la obesidad y la relación con la familia, también es justo referirse a otros desórdenes alimenticios como lo son la anorexia y la bulimia, las cuales también se encuentran en relación con la teoría de los sistemas familiares y se describe su relación como 1. alteración en un sistema. 2. Que todo síntoma es una conducta y que toda conducta es una forma verbal o analógica de comunicación.3. La presentación de estas patologías crea un desajuste en todo el sistema familiar. 4. La afectación de un sistema dentro de la familiar por su entorno social, que lo obligan a cambiar su dependencia dentro de la familia 5. La disarmonía familiar (27).

Desde la Teoría de Sistemas las actividades comunes familiares mantienen ligadas a las unidades, en las cuales se combinan las capacidades de sus miembros y los recursos para llevar a cabo dichas tareas de producción y distribución, y son importantes para relacionarse dentro de las unidades y con su entorno(25).

La teoría de Sistemas aporta conocimiento desde la integralidad de la familia, con los sistemas de sus miembros, su entorno y sus relaciones entre sí; es la teoría principal y base de las demás teorías familiares, por lo cual brinda una amplia posibilidad de entendimiento de la dinámica familiar (23). Adicionalmente es una teoría que aporta a la práctica clínica para poder brindar una atención integral a los pacientes, entendiendo sus vivencias, sus experiencias, y así aproximarse a comprender su perspectiva.

4. METODOLOGÍA

En el siguiente segmento se aborda la metodología escogida para la investigación. Se presenta el diseño, la selección de la población, el instrumento, el procedimiento de recogida, análisis y los criterios de calidad.

4.1 Diseño.

De acuerdo con el objetivo general de este estudio se llevó a cabo una investigación cualitativa, con diseño fenomenológico basado en la propuesta de su principal representante Edmund Husserl, es decir, la fenomenología descriptiva, que se focaliza en la intuición reflexiva para describir la experiencia vivida tal como se constituye en la conciencia (28). Esta teoría contempla una constante búsqueda epistemológica y un compromiso con la descripción y clarificación de la estructura esencial del mundo vivido desde la experiencia consciente, la descripción de la presencia del hombre en el mundo y la presencia del mundo para el hombre; algunas de sus premisas son ¿qué se conoce como persona, fenómeno o cosa? (29). Este diseño nos permite explorar la percepción desde lo vivido del sujeto a estudio, describir lo experimentado y su relación con su entorno siendo una persona obesa.

4.2 Población de estudio.

Pacientes de la población general colombiana, hombres y mujeres, mayores de edad, que cumplan con los criterios de inclusión del estudio, que sean clasificados según la OMS en obesidad en grado I y II, que pertenezcan a una EPS colombiana, que hayan pertenecido o no a un grupo de seguimiento constante para disminuir el índice de masa corporal y reducir así el riesgo para la vida de este.

4.3 Reclutamiento

La invitación a los participantes se realizó directamente por la investigadora principal, y personal de la salud que tenían conocimiento de la investigación, una vez los interesados solicitaron información se realizó la explicación del estudio, se verificaron los criterios de inclusión y exclusión, no se contó con acceso a historias clínicas, la información del índice de masa corporal y tiempo de evolución de la patología fue dada por información del propio participante, este proceso fue previamente aprobado por el comité de ética institucional de la Universidad de la Sabana.

4.4 Muestreo.

Se realizó un muestreo propositivo el que se realizó al inicio de la investigación en donde los participantes fueron elegidos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión definidos en la **Tabla 1**, y su riqueza en la experiencia del fenómeno de estudio (30). No se consideró un número determinado de participantes al inicio, los siguientes participantes se eligieron según el análisis, este se dio por la saturación de la información entendiéndose como obtener suficientes datos de gran variabilidad que lograron ser comparados para tener varias perspectivas del mismo fenómeno (29). Paralelamente, se realizó un muestreo teórico en el cual cada análisis realizado con las tutoras guió la selección de los siguientes participantes buscando realizar una comparación constante de la información, se encontró que la mayoría de participantes eran mujeres, por lo cual se decidió abordar participantes masculinos, se consideró los familiares con los que vivía el participante, nivel de educación, ocupación y edades, que permitió establecer categorías en términos de sus propiedades y dimensiones, hasta que se alcanzó la saturación de estas cuando la información se hizo redundante y la nueva información complementaba las categorías ya existentes no generaba información emergente, y así llegar a entender el fenómeno de estudio, el muestreo teórico se describe desde la visual de Glaser y Strauss (1967)(31). Lo que implicó buscar informantes con base a las nuevas preguntas que surgían tras los análisis y la categoría emergente la cual fue vivir con obesidad. Se trató de una recolección de información guiada por los conceptos derivados de fenómeno de estudio.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.

| Participantes | Inclusión | Exclusión |
|--|--|---|
| Personas mayores de edad que deseen participar en estudio. | Tener entre 24-75 años. Haber firmado el consentimiento informado. IMC mayor 30 en categoría de obesidad según OMS. Pertener a una EPS colombiana. Que tengan acceso a internet y tecnologías de la información. | Problemas cognitivos, referidos por el participante. Situación de vulnerabilidad emocional, evaluado antes de la entrevista. |

4.5 Recolección de información.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas que previamente fueron diseñadas siguiendo una guía para conocer el fenómeno a estudiar y poder llegar a los objetivos de la investigación (32). Las entrevistas anteriormente mencionadas fueron realizadas por

entrevistadora entrenada basada en una guía de preguntas que admite flexibilizar las preguntas expuestas a los participantes, esto permitió que cada uno de ellos tuviera libertad lo para brindar más información al estudio, sin sentirse cohibidos a la hora de realizar el relato de sus vivencias (33). Teniendo en cuenta la urgencia de salud actual la recolección de la información para este estudio fue realizada, mediante teleconferencia utilizando la herramienta (Microsoft Teams[®]), todas las entrevistas fueron grabadas con audio y video, bajo la autorización de cada uno de los participantes.

Para cuidar los aspectos relacionados con los significados que los sujetos otorgan a las acciones y a la realidad, se acordó planear minuciosamente el método de recolección de información siguiendo como elementos relevantes los siguientes puntos:

- Interpretación de comunicación no verbal.
- Intentando entender lo que está diciendo el entrevistado más que lo que se esperaba que dijera.
- Eliminando redundancias.
- Transcripción verbatim.

Las entrevistas se realizaron de forma individual, la invitación para participar en el estudio fue realizada por una llamada telefónica donde se explicó el objetivo y la naturaleza de este, y se resolvieron dudas.

Los participantes que aceptaron fueron contactados nuevamente por el mismo medio para organizar la entrevista en una fecha y hora mutuamente convenientes y para el envío del consentimiento informado al correo electrónico de cada participante, la firma de este último se recibió por correo electrónico o por vía WhatsApp según la preferencia del participante (Anexo 1).

Las entrevistas se llevaron a cabo entre los meses de marzo a mayo de 2021, todas ellas con un tiempo de duración promedio de 45 minutos. Las cuales fueron grabadas y transcritas palabra a palabra en Microsoft Word, una vez realizado este proceso se procedió a realizar la categorización y subcategorización utilizando el software Atlas Ti 9.0[®].

Previo a la ejecución de la entrevista, se realizó la tamización para la detección temprana de posibles casos de depresión en los participantes, basándose en la guía de práctica clínica del ministerio de salud de Colombia que compete en dos preguntas donde responden negativa o afirmativamente, asegurándonos que el participante no estuviera en un momento vulnerable (Anexo 2). Según los resultados obtenidos, se definió la conducta con respecto a la realización de la entrevista. Esta última, con desenlaces como darle continuidad, postergarla o cancelarla, en caso de encontrar tamizaje positivo se remitió al participante a cita prioritaria para una adecuada valoración y seguimiento por medio de su EPS, todos los participantes tuvieron tamizaje negativo.

4.6 Desarrollo de la entrevista.

La fenomenología considera que la comprensión de los significados de los fenómenos a estudiar no puede obtenerse de forma independiente ni hacer generalizaciones, por lo cual es importante percibir las experiencias y las percepciones de los participantes.

Se desarrollo una guía de esta (*anexo de la entrevista*) que permitió al entrevistador el enfoque de acuerdo con sus propósitos y objetivos de estudio sobre el fenómeno.

Se realizó un entrenamiento para así lograr la creación de un espacio de encuentro en el que, mediante las habilidades personales y técnicas del entrevistador (el reconocimiento y la aceptación del otro, el interés por los problemas, su acción facilitadora y empática), se permitió un clima de acercamiento y una comunicación real.

Se realizó una entrevista semiestructurada de forma individual, previamente con consentimiento informado del participante, por la situación actual se desarrolló de forma virtual en la plataforma ya mencionada, con una duración en promedio de 45 minutos, con un horario que se acordó entre el participante y el entrevistador.

La entrevista se compuso de cinco áreas, tomados desde la Teoría de Sistemas y los artículos descritos en el marco teórico de esta investigación, vistos desde las relaciones familiares; en los cuales se fundamentan las categorías a priori, estas son: dinámica, comunicación, actividades, actitudes y afecto, y se describen en el (Anexo 3).

Tabla 2. Criterios tenidos en cuenta en el estudio para la calidad y rigor.

| Criterios | Lineamientos | Cumplimiento |
|----------------------------------|--|--|
| Credibilidad | Cuando los hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. | <ul style="list-style-type: none">• A través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio.• Triangulación de análisis• Transcripciones textuales. |
| Auditabilidad | Disminuir sesgos y tendencias del investigador original para que otro investigador pueda seguir la ruta y pueda llegar a conclusiones iguales o similares. | <ul style="list-style-type: none">• Se realizó grabación de video y audio.• Se describe características de participantes y proceso de selección. |
| Transferibilidad o aplicabilidad | Examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto. | <ul style="list-style-type: none">• Indicar lo típico de las respuestas de los informantes.• Se describe la población a estudio. |

Los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad propuestos por Guba y Lincoln(34).

4.7 Plan de análisis de información.

Se realizó un proceso de análisis con la información obtenida desde las entrevistas, para la realización de la categorización:

1. Transcripción.

Al realizarse la entrevista se grabó en audio y video con el consentimiento de los participantes y posteriormente se transcribió verbatim, junto con anotaciones de notas de campo realizadas por el entrevistador.

2. Elaboración de categorías iniciales.

Estas categorías se obtuvieron a partir de las relecturas guiadas por las características a priori (las cuales se obtuvieron basadas en las literaturas revisadas) intencionales de la entrevista. Se recogió la información y así se formó una categoría de significado (35).

3. Elaboración de categorías de significado relevante para el tema de la investigación.

En este paso se revisaron bajo la supervisión de las tutoras las categorías iniciales, y se contrastaron con los nuevos datos aportados con las nuevas entrevistas donde se realizó la comparación y revisión, en un ciclo repetitivo hasta la saturación, construyendo, a partir de ahí, las categorías.

4. Verificación de las subcategorías de significado relevante.

Definidas las categorías de significado para la investigación se realizó la búsqueda de criterios que nos permitieron definir las subcategorías. En este proceso también se construyeron las categorías emergentes y sus subcategorías (35).

5. Conclusión.

Se realizó un proceso de análisis constante conjunto con las tutoras, análisis comparativo de información obtenida. En donde se contemplaron los aspectos más importantes que se obtuvieron a lo largo de todo el proceso de análisis, teniendo en cuenta las notas de campo,

las entrevistas, la información del marco teórico, todos los elementos que nutrieron la investigación (35)

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las consideraciones éticas están basadas en aspectos de la práctica médica y de la investigación, rigiéndose por la Declaración de Helsinki de AMM(36).

Resolución 008430 de octubre 4 de 1993 artículo 11 del Ministerio de Salud Colombiano según la cual esta investigación es de riesgo mínimo, ya que se abordaron aspectos sensibles de la vida de las personas como son la vivencia de la enfermedad y las relaciones familiares, por lo anterior fue necesario la revisión del protocolo por el Comité de Ética Institucional de la Universidad de la Sabana.

Se tomaron todas las precauciones para resguardar la intimidad de las personas que participaron en la investigación y la confidencialidad de su información personal, garantizando lo anterior con el anonimato en las transcripciones colocando seudónimos y así guardando los archivos, teniendo estricto control de los videos de las entrevistas, esos archivos fueron codificados por lo cual mantendrá el anonimato, las entrevistas grabadas en audio y video se destruirán posterior 1 año de la investigación. Adicionalmente se realizó el proceso del consentimiento informado y en caso de aceptación se firmó, allí se explicó la posibilidad de retiro voluntario en cualquier fase de la investigación, sin que esto tuviera repercusiones en ningún aspecto hacía el participante, y se aclaró el anonimato de los participantes.

Los beneficios de la investigación son aportar conocimiento para realizar programas integrales de la obesidad, y que se contribuya con esta información incorporar un poco más la red familiar en tratamiento de obesidad. Se aclaró que es probable que los beneficios no los vea reflejados directamente el participante actual, y que pueden ayudar a otros pacientes en el futuro.

Se informó a los participantes que estar en este estudio no presentaba ningún costo, ni compensación económica. El control de sesgos del estudio se realizó bajo los criterios de calidad y rigor(34).

En la presente investigación se declaró que no se tiene ningún conflicto de interés, y así se preservó la independencia de criterio en la investigación.

La investigación fue realizada utilizando medios digitales, por lo cual también se tomaron los acuerdos establecidos por la Red de Comités y Comisiones Nacionales de Bioética de América Latina y el Caribe de UNESCO, cuya misión es asesorar sobre los problemas éticos relativos a las ciencias de la vida y la salud humana en un sentido integral y asegurar la defensa de la integridad, la dignidad y los derechos humanos de los habitantes de la región, la cual elaboró el documento "Ante las investigaciones biomédicas por la pandemia de enfermedad infecciosa por coronavirus Covid-19". En donde se reconoce como deber ético el velar por la seguridad de los participantes, que se apliquen los más rigurosos estándares éticos, que la investigación con seres humanos durante las emergencias debe contar con

garantías éticas mayores, no menores, que en las situaciones ordinarias(37). En situación de excepción o emergencia los participantes deben seleccionarse en forma justa y proporcionar una justificación adecuada cuando se escogen o excluyen determinadas poblaciones, distribuyendo en forma equitativa las posibles cargas y beneficios de participar en esa investigación. Los resultados del presente estudio serán publicados en medios académicos y estarán a disposición del público, se informará las afiliaciones institucionales y conflictos de intereses de los investigadores.

La tamización para detección temprana de posibles casos de depresión en los participantes, se realizó basado en la guía de práctica clínica del ministerio de salud de Colombia que comprende dos preguntas realizadas para ser contestadas con afirmación o negación (38). En caso de encontrar síntomas emocionales importantes, sería remitido a su EPS, pero ninguno de los participantes dio resultados positivo de esta tamización.

6. RESULTADOS

En este capítulo inicialmente se describen los participantes, a continuación, se presentan las categorías a priori y finalmente se describen las categorías finales que responden a la pregunta de investigación.

Tabla 3. Descripción de participantes y contextos.

| Participante | Sexo | Edad | IMC | Estado civil | Con quién vive | Tiempo de diagnóstico |
|--------------|------|---------|------|--------------|----------------|-----------------------|
| CARP | F | 72 años | 34.6 | Viuda | Hija y nietas | Hace 30 años |
| SKSAL | F | 68 años | 34.7 | Casada | Esposo e hijo | Hace 30 años |
| MGN | F | 65 años | 33.3 | Casada | Esposo | Hace 20 años |
| MOC | F | 59 años | 33.3 | Casada | Esposo | Hace 10 años |
| YETI | F | 65 años | 34.4 | Casada | Esposo e hijo | Hace 28 años |
| JJC | M | 40 años | 30.0 | Casado | Esposa e hijos | Hace 3 años |
| EDU | M | 50 años | 36.5 | Separado | Padres | Hace 2 años |

Fuente: elaboración propia

Los siguientes resultados fueron analizados desde las categorías a priori y son entendidas desde la teoría de sistemas familiares (FST) la cual visualiza a la familia como un complejo sistema de interacción, proporcionando un marco para entender y explorar los procesos y funciones familiares, esta teoría afirma que una familia es un "sistema social abierto, continuo, de búsqueda de objetivos, autorregulación", con cuatro supuestos básicos: 1. los elementos de un sistema están interconectados, 2. el sistema se entiende mejor cuando se ve como un todo, 3. el comportamiento del sistema interactúa en un bucle de retroalimentación con el medio ambiente y 4. los sistemas no son realidad, sino modelos heurísticos para la comprensión (23). A continuación, en la **Tabla 3**, se describen las categorías a priori y su contexto entendido desde la teoría de sistemas familiares.

Tabla 4. Categorías a priori desde la teoría de sistemas familiares.

| <i>Categoría</i> | <i>FTS</i> |
|--------------------------|--|
| <i>Comunicación</i> | <i>Es el intercambio de información entre dos o más miembros de la familia, evaluando su mensaje y la frecuencia de este.</i> |
| <i>Dinámica familiar</i> | <i>Cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total.</i> |
| <i>Actitudes</i> | <i>Una idea o evaluación cargada emocionalmente que favorece unas acciones ante el diagnóstico de obesidad.</i> |
| <i>Afecto</i> | <i>Se describe como una necesidad afectiva de un individuo a otro, que provee la recompensa básica de la vida familiar.</i> |
| <i>Actividades</i> | <i>Tareas que se desarrollan con el conjunto familiar y están presentes en su rutina.</i> |

Fuente: elaboración propia apoyado en teoría en Apuntes sobre abordajes sistémico desde la familia(25).

Durante el proceso de análisis surgieron cambios de categorías de acuerdo con los resultados encontrados en la investigación, donde las actividades familiares se describen mejor desde la categoría de dinámica familiar, y las actitudes de los participantes se entienden mejor desde la categoría del significado de vivir con obesidad, la cual fue una categoría emergente siempre contemplaba desde los objetivos específicos.

Tabla 5. Categorías y subcategorías finales.

| <i>Categorías</i> | <i>Subcategorías</i> |
|--|--|
| <i>Comunicación</i> | <i>Todos me dicen que estoy gorda.</i> |
| <i>Afecto</i> | <i>Soporte familiar.</i> |
| | <i>Sensación de no rechazo.</i> |
| <i>Significado de vivir con obesidad</i> | <i>Frustración.</i> |
| | <i>Ser social.</i> |
| | <i>Percepción de la salud.</i> |
| | <i>Actitudes.</i> |
| <i>Dinámica familiar</i> | <i>Rutinas.</i> |
| | <i>Motivación.</i> |
| | <i>Limitaciones externas.</i> |

Fuente: elaboración propia

6.1 CATEGORIA: COMUNICACIÓN

Desde la categoría de la comunicación se definieron elementos determinantes de la familia, es la única que no tiene subcategorías y el significado de esta podría resumirse en “todos me dicen que estoy gorda”.

Todos me dicen que estoy gorda: Durante el estudio los participantes refirieron la presencia de un mensaje de obesidad, llamándose opinión, sugerencia, o veredicto de parte de los miembros de la familia. Se presentaba en diversos momentos y por personas diferentes, se tornaba como un tema constante en las conversaciones, así el tópico central fuera otro, donde el participante lo tomaba como una crítica amable y no se sentía juzgado ni insultado.

Uno de los participantes refiere:

“Dentro de mi familia si a veces gente primos, primas que molestan por lo que estoy gorda, hasta mi hijo”, recibéndolo de una forma amable y constructiva:” pues de todas maneras sí me lo han dicho, pero me lo han dicho en buena forma, pero no peleando, yo también tengo primas y tías así, tiene que hacer dieta tiene que cuidarse mire que de pronto se enferma. Pero nunca peleando, me lo han dicho de buena forma”. YETI

La misma participante menciona respecto a la frecuencia:

“Bueno sí, mi hijo menor frecuentemente me dice que tengo que hacer dieta, que me tengo que cuidar, quede pronto me da un infarto, que...él es el que más me dice pues realmente mi hijo menor es el que más me dice y eso me hace sentir a veces me da mal genio y a veces digo que él tiene la razón”. YETI

A continuación, uno de los participantes se refiere al mensaje de obesidad:

“Yo fui una mujer delgada en mi juventud y pues obviamente con la edad como que uno se ve ensanchando, y uno piensa que eso es normal y pues obviamente ya cuando a ti, tu esposo y tu hijo te dicen que estas gorda, entonces uno ya empieza, pero como así?”. Posteriormente se refiere a la frecuencia del mensaje de obesidad que recibe por parte de su hijo: “Pues, mi hijo si me recalca todos los días; Mamá tienes que hacer ejercicio, tienes que cuidarte en la comida y no comas dulce”, y finalmente refiere sobre como recibe estas opiniones: “No, ellos lo hacen de buena forma, pues ellos lo hacen porque quieren que yo esté bien por salud, no por amargarme no”. MOC

La narración de un participante refiriéndose a los comentarios repetitivos sobre su obesidad: *“cuando la mayoría de las personas no saben tratar como digamos como mm disimular eh digamos sus comentarios hacia los demás, entonces obviamente uno a veces si recibe los comentarios de los familiares : ” de como esta de gordo o como le salió esa barriga”*. JJC

6.2 CATEGORIA: AFECTO

Desde la categoría del afecto, se encuentran componentes importantes que describen las emociones y sentimientos expresados por los participantes, refiriéndose al apoyo que recibe desde su familia a sentirse amado, respetado, y de no rechazo de parte de ellos por la condición de obesidad.

SUBCATEGORIAS:

Soporte familiar: Se evidencia la importancia de una red social, donde se pueda expresar libremente sus opiniones y sentimientos, y estos sean respetados y tenidos en cuenta, sin importar el diagnóstico de obesidad, se describe como la confianza de expresar sentimientos a su familia y está relacionada con la sensación de unión familiar, la sensación de apoyo al intentar cambiar hábitos.

Una de las participantes narra su sensación de apoyo al iniciar una actividad física que mejorara la evolución de su diagnóstico:

“Pero si están contentos en este momento de que ya haya tomado la determinación, pues también por las médicas, ¿no? Debe bajar de peso y ellos están muy contentos de hecho ellos me han apoyado mucho con el tema de nadar, ellos me están apoyando mucho en este tema”, también refiere en cómo se ha sentido al iniciar un cambio de alimentación: *“Igual, si yo estoy comiendo, y si me da ansiedad y si me dan ganas de comer algo me apoyan con darme con lo que yo quiero comer, pero yo en este momento que cambie mi plan de alimentación me esté apoyando con mi plan de alimentación de nuevo”*. MGN

Sensación de no rechazo: Ningún participante admitió haber sentido rechazo de parte de su núcleo familia por su condición de obesidad, y describieron su molestia o su reacción si se genera ese escenario.

Una de las participantes lo expresa de la siguiente manera:

“Para nada...no, no, no, no... para nada, no, no ellos en eso no interviene y yo... aparte de mi obesidad cuando estoy con ellos el tema nunca se trata, ellos nunca me hacen sentir incomoda por el tema no no”. También expresa el no sentirse rechazo por los miembros de su núcleo familiar por su condición de obesidad: *“No, bien, bien, no he notado ninguna diferencia he ningún rechazo, siempre me tratan con el mismo cariño. Bien”*. MGN.

6.3 CATEGORIA: SIGNIFICADO DE VIVIR CON OBESIDAD

Uno de los objetivos de este estudio era conocer la perspectiva y las experiencias de una persona obesa, entendido lo que significaba vivir con obesidad, por medio de las narraciones de los participantes se permitió conocer una visión desde la percepción de su salud, la frustración al no entender la evolución de su condición y su percepción como un ser social, que busca ser aceptado en el entorno que lo rodea.

SUBCATEGORIAS

Frustración: Algunos participantes refieren que para ellos no es del todo entendible como llegaron a la condición de obesidad, o como se mantienen en esa condición, puesto que para ellos sus acciones no generaron llegar hasta ese punto y con los cambios que han realizado no han logrado sus objetivos.

En la narración de una de las participantes se refiere a la no comprensión de su estado actual de obesidad:

“... no sé porque estoy así ... y pues realmente mi problema no sé porque, porque nosotros aquí en casa mantenemos todo como light nuestras comidas son muy sanas porque mi esposo es diabético y entonces él debe tener una dieta especial y pues mmm pues no, no sé porque si yo no maqueteo no le digo que no me gusta el dulce, si me gusta el dulce, pero de que este comiendo dulce todos los días no es así”, continua relacionando los alimentos de consume con su condición actual y la evolución: *“Fruta por ahí a las 11 am, a mí esposo le dan piña, papaya, pues la fruta que a él le apetezca, y si yo quiero pues también como, aunque muchas no, no, no mecateo entre le desayuno y el almuerzo y no me tomo nada (por eso es lo que yo no sé porque soy gorda)”*. MOC

Ser social: Durante este estudio se evidenció en algunas entrevistas la necesidad del ser humano de ser aceptado por la sociedad y sentirse parte de su ambiente externo, se demuestra desde diferentes narrativas que en todos los casos no se logra esta aceptación, dando paso a burlas sociales y estigmas presentes en la interacción del individuo en condición de obesidad con su sociedad.

La respuesta de una participante a la pregunta: ¿Piensas que la obesidad ha cambiado en algo la sensación de sentirse respetado o amado? a lo cual la participante responde: *“ Si hay gente que molesta o que se burlan, o que hacen bromas sobre la gordura, hay gente que no respeta”*. YETI

Narra la misma participante que las personas ven en ella limitaciones para la actividad física por su condición de obesidad:

“Que estoy muy gorda, algunos si me dices que me tengo que cuidar, pero que uno ya sabe que no puede hacer mucho ejercicio que lo hacen mejor las personas que están más delgadas, pero también a veces es mentira porque también uno gordo puede hacer muchas cosas”. YETI

Uno de los participantes narra desde su perspectiva la importancia del diagnóstico de obesidad desde una visión más estética desde sus familiares mujeres, y complementa su narración describiendo la validación de su autoimagen hacia los demás:

“... digamos a nivel de las mujeres, como tal andan muy pendiente de este tema, como tú puedes ver soy una persona que sufre de alopecia, soy una persona que lleva con mucha mi dignidad mi alopecia entonces realmente también, además de pues de ser hombre y tener alopecia, digamos la obesidad es algo que me preocupa más personal que digamos los comentarios que puedan venir de la familia”. JJC

Continúa validando su seguridad refiriéndose a la no importancia de comentarios que le realizan:

“Pues uno si recibe esos comentarios como te comentaba inicialmente, como: “Ud. que va a poder si mire como esta de gordo, mire esa barriga que tiene, mire Ud. no puede hacer, pero como te digo son comentarios que como se dice coloquialmente; me resbalan”. JJC

Percepción de la salud: En esta subcategoría se permite evidenciar la afectación de salud que tienen los participantes, visto desde la percepción de su cuerpo, de su movimiento, desde el dolor físico, de la pérdida de independencia para realizar tareas cotidianas; también se logra evidenciar la relevancia de los tratamientos médicos, de la información nutricional que reciben los pacientes, y lo adherentes que estos son a dichos tratamientos.

Un participante refiere que iniciara algún tipo de actividad física para disminuir el dolor físico que le limita la movilidad:

“Hoy es viernes, tuve que viajar entonces no tuve la oportunidad [de hacer actividad física] y ya estoy en ese trance y pues la idea sí es como mejorar. Porque sí, últimamente si me he sentido como que me duelen los huesos, las manitas, como que me siento pesada para moverme, entonces eso ya me está preocupando “. MOC

Uno de los participantes responde a la pregunta sobre la afectación de su salud en relación con su diagnóstico de obesidad:

”Pues realmente, ha sido un poco difícil, sobre todo porque... yo sufro de las rodillas, porque cuando era más joven jugaba mucho fútbol, entonces eh realmente el sobrepeso ha afectado

digamos mi movimiento como tal a nivel de las rodillas porque me genera dolor en las articulaciones, esto ha hecho que en los últimos 4 años me han realizado operaciones en mis rodillas como tal”, en su relato también relaciona como suma sus síntomas respiratorios con otras patologías y percibe la afectación de su salud: “Si, porque tal vez con el sobrepeso y con lo que te digo del COVID, mi capacidad pulmonar como tal se redujo un poco, entonces a veces me siento como ahogado, entiendo que más por el peso también es por la recuperación que tiene los pulmonares para poder empezar a absorber nuevamente el oxígeno como tal”. JJC

En la narración de una de las participantes de este estudio refiere limitación al no poder realizar una actividad cotidiana:

” Yo, siempre me cortaba mis uñas de los pies sola, ya no puedo, me toca es mandarme a arreglar los pies, para poder tener los pies bien, es incómodo”. KSAL

Actitudes: Todos los participantes expresan algún tipo de actitud frente a las actividades y retos que se presentan como alternativas para contrarrestar la evolución de la enfermedad. Estas actitudes son concluyentes en cualquier tipo de tratamiento, existen esperanzadoras, dentro de estas se encuentran exclamaciones comprometidas con nuevos comienzos y cambios de hábitos; derrotistas las cuales narran una intención cancelada por el mismo participante y determinantes en las cuales pudimos evidenciar la actitud de no realizar actividad física porque no encuentra gusto en esa actividad sin importar lo necesario que es para su salud.

Entre las participantes encontramos narraciones esperanzadoras, que planean iniciar cambios para mejorar la evolución de su condición:

” Preocupada, porque la obesidad acarrea una serie de enfermedades y de cosas que no son bien para la salud entonces he estado preocupada por eso con ese tema y de hecho... mmm hace dos meses empecé a ir a nadar a hacer ejercicio y adicional a eso en este momento ya llevo unos días atrás me estoy cuidando porque realmente a mí me acompleja la obesidad”. MGN

También se encontraron discursos derrotistas, donde cancelan la intención en el mismo relato:

“Pues que voy a hacer un esfuerzo de tratar de bajar de peso, ahorita cuando empiece el gimnasio voy a tratar de ser juiciosa, aunque no aseguro nada, porque pues por lo mismo de mi trabajo, pues hoy por lo menos me fui para Tocancipá, como a las 8:30 am y no hubo necesidad de nada ni de mecatear, me tome un tinto y ya, y así será mañana que voy para Villeta entonces estaré ocupada. Por eso voy a hacer el propósito de bajar, no prometo mucho”. MOC

En una de las participantes se encontró una narración donde refiere que no tiene gusto por realizar ningún tipo de actividad física:

“... ellos lo hacen de buena forma, pues ellos lo hacen porque quieren que yo esté bien por salud, no por amargarme no. Y lo que pasa es que soy muy perezosa y yo me embolato en otras cosas, me gusta hacer más otras cosas que ejercicio”. MOC

6.4 CATEGORIA: DINAMICA FAMILIAR

Desde la categoría de dinámica familiar se encontraron componentes que permiten describir la interacción de los miembros de la familia para conseguir algún cambio positivo, lograr incentivar cambios en sus rutinas diarias y hábitos, con el fin de aminorar los efectos de la obesidad. Se pudo evidenciar en las narraciones la importancia de los horarios y compañía a la hora de la alimentación, y también se encontraron las limitaciones externas al individuo para realizar actividad física.

SUBCATEGORIAS:

Rutinas: Algunos de los participantes de este estudio reconocieron la importancia de tener horarios de alimentación, la calidad de los alimentos, las porciones y la compañía del núcleo familiar al momento de la alimentación; mientras que para otros participantes no es una prioridad. También se evidenció que en la mayoría de los participantes los familiares apoyaron un cambio de alimentación, asumiendo la misma alimentación del miembro con condición de obesidad.

A continuación, una de las participantes menciona la calidad al momento de la alimentación: *“Nosotros por lo general desayunamos entre semana, desayunamos huevos, una bebida caliente, como café o tinto y pan o arepa, la niña sobre todo come mucha fruta, nosotros con mi esposa si tratamos de comer proteína, un desayuno balanceado.”* JJC

En esta viñeta una participante relata como un horario en la alimentación no se presenta como prioridad:

“Bueno, el horario si estamos... como descoordinado el horario, porque a mí créame hay días no todas las veces, que yo no duermo así use el CPAP, (...) hoy en día me levanto 8-8:30 mientras me baño y todo... entonces estamos desayunando tarde”. CARP

La participante expresa que los horarios a la hora de la alimentación no es prioridad:

“(...) que a veces se levante uno más tarde, oh me levanto y me pongo a hacer oficio, y estoy desayunando tarde como a veces desayuno temprano.” KSAL

Una de las participantes refiere que al cambiar su dieta la de los miembros de la familia también cambio:

“Cocinaba casi igual, pero trate de bajarle a unas harinas y a cocinar lo mismo para todos, en lo que si no me gusta mucho es comer en la tarde, me siento mal”. YETI

Una de las participantes expresa cambios en alimentación familiar:

“Si, si ella me aconseja que no, coma tantas harinas, que no más, sí que trate por la salud bajar de peso... Y yo me vi en unión con mi hija. Si ella mami cocine más saludable, haga menos harinas y comemos más verduritas, más si, fruticas cosas que lo alimentan a uno y no le dañan a uno la salud”. KSAL

Motivación: Se presenta en todos los participantes que reciben constantemente invitaciones de sus familiares a un cambio ya sea en actividad física o en alimentación, lo narran como guías y apoyo entre su familia para mejorar los hábitos ya adquiridos y así poder tener una buena evolución en su condición de obesidad.

Una de las participantes relata como su esposo la motiva a generar cambios en su actividad física:

“Pues, estamos, estamos pensando ahorita en que con tanta insistidera yo voy a inscribirme con mi esposo al gimnasio, él está en el gimnasio pues ahorita va a renovar el periodo entonces vamos a ver si yo también me incluyo en eso y me motivo a hacer ejercicio con mi esposo”. MOC

A continuación, narra un participante ha sido motivado por su esposa para cambiar su alimentación:

“después de recibir unos examen que tengo prediabetes que tengo por el azúcar, porque me volví muy adicto digamos a toda la parte de la gaseosa y ese tipo de cosas, pues mi esposa me ha cambiado la dieta, entonces el almuerzo que estamos tomando actualmente es proteína, vegetales y agua” JJC

Limitaciones: Esta subcategoría se encuentra relacionada con eventos estresores externos, que generaron limitaciones para realizar actividad física. Dentro de estos se hallaron cambios de roles en la familia, duelos, factores asociados a la pandemia de COVID-19 y los paros nacionales que se vivieron en Colombia durante el tiempo de las entrevistas.

Una de las participantes que enviudó hace pocos meses relata los cambios de su actividad por el fallecimiento de su esposo y la pandemia :

“no, antes tenía yo la costumbre cuando estaba mi esposo pues de salir a caminar, pero desde que empezó la pandemia, sí... es que no me dejan que yo salga... entonces por eso no... entonces a veces eso si me... uno se va emperezando”. CARP

En la siguiente viñeta la participante se refiere a la limitación de movilizarse o de salir del hogar a realizar cualquier tarea de actividad física:

“No, la verdad es que en este momento es bien difícil por el tema de la pandemia y del encierro y ahora con este tema de la situación del país es muy difícil estamos todas en nuestras casas es más difícil hacer actividades en este momento”. MGN

A continuación la participante narra la necesidad de suspender su actividad física por factores externos:

“ si, pero no lo hacemos, no lo hacemos... de la cuestión de lo de la natación, que me metí a la natación y todo... pues en ningún momento me dijeron que mejor que fuera pero entonces a raíz del tercer pico que fue que empezó en abril, entonces yo dije que no volvía en abril por eso, pues porque en realidad tengo que cuidarme ya por mi edad, en una u otra forma tengo que cuidarme con este problema de la pandemia, entonces también por eso yo no salgo, procuro, y si salgo, salgo con mi hija y ahí alguna cosa me quedo ahí en la camioneta

o me bajo pero eso es, lo que tenga que comprar rápido y ya, pero yo no salgo así, a estarme en sitios así donde centro comerciales o alguna cosa , no". CARP

7. DISCUSIÓN

En esta investigación cuyo objetivo era conocer la percepción de cómo se afectan las relaciones familiares por la obesidad, se encontraron las siguientes categorías que permiten entender el fenómeno: comunicación, afecto, significado de vivir con obesidad y dinámica familiar.

En la categoría de la comunicación se encontró desde las narraciones de los participantes la alusión reiterativa de obesidad por parte de sus familiares, generando algunas veces incomodidad entre los participantes. Con respecto a este hallazgo se encuentra una investigación en la cual los participantes expresan experiencias similares, donde recibían constantemente frases de acoso de parte de la comunidad y de algunos de sus familiares por tener una condición de obesidad; los autores recalcan los constantes desafíos emocionales cuando estos mensajes provienen desde sus propios núcleos familiares (39). En la misma línea otro estudio concluyó que la crítica familiar tiene efectos negativos duraderos, asociado a un menor apoyo por parte de la familia y disminución en autoestima de los participantes (40). En contraste con lo encontrado en la literatura anteriormente descrita, durante esta investigación los participantes no expresaron juzgamientos desde sus familiares ni efectos negativos emocionales de parte de estos.

En la categoría afecto, se evidenció la importancia de la familia como red social, allí los participantes relataron que pueden expresar sus opiniones y sentimientos libremente dentro de su núcleo familiar, siendo estos validados y respetados sin importar su diagnóstico de obesidad. Ninguno de los participantes refiere sensación de rechazo por su condición, esto confirma los grandes y fuertes lazos que tienen estas familias, y la importancia que tiene el acompañamiento familiar en cualquier proceso. Esta afirmación se apoya desde la literatura donde se describe que el soporte familiar genera autoconfianza y permite cambios de hábitos positivos (41). En la literatura también se encuentra el doble papel que tiene la vinculación familiar, permitiendo por un lado que los participantes obesos se sientan apoyados, cómodos y menos rechazados, y por el otro facilita que la persona obesa se aleje del entorno social y se refugie en los espacios familiares para no ser cuestionado ni juzgado, en el cual no tiene ningún incentivo para cambiar los hábitos negativos. Otros estudios demuestran como la evolución y el éxito de los tratamientos de obesidad dependen de la red familiar, obteniendo mejores resultados los que cuentan con una red de apoyo en su familia (39).

Uno de los objetivos de este estudio era conocer la perspectiva y las experiencias de una persona obesa, en esta categoría se encontró frustración por una constante lucha para alcanzar unos objetivos corporales; su ser social buscando aceptación y no crítica por los miembros de su entorno; se logró conocer la percepción de salud de los participantes la cual está relacionada con el peso y, por último, las actitudes que cada participante desarrolla frente a los retos del tratamiento. Con respecto a estos hallazgos se encontró una investigación con objetivos similares en la cual los participantes presentaron autocríticas

constantes como resultado de la frustración al no poder llevar a cabo los cambios de hábitos propuestos, y desde su identidad social se sentían diferentes a los demás debido a su obesidad (42).

Acerca de las actitudes descritas de los participantes se observaron actitudes positivas y derrotistas frente a los cambios de hábitos, y se encontró similitud en la literatura actual desde una investigación que describe la afectación psicológica que va determinando ciertas actitudes en cada etapa del diagnóstico de obesidad, encontrando actitudes positivas, derrotistas y en una constante lucha de conflictos internos (43).

Durante las narraciones se encontraron diferencias en la percepción de obesidad entre hombres y mujeres, evidenciando que en los hombres hay mayor preocupación sobre la afectación de salud y la limitación de movimientos, en contraste con las narraciones de las mujeres en las cuales el discurso se inclinó al componente estético; en la misma línea se encontró en la literatura un estudio donde se describen las diferencias en las percepciones de las causas de obesidad entre hombres y mujeres con esta condición, para las mujeres se mencionan el embarazo y el periodo menopáusico, en oposición los hombres las atribuyeron a los hábitos alimenticios y costumbres culturales; adicionalmente, la finalidad de disminuir el peso en hombres era mejorar la salud, sin embargo, en las mujeres incluían también la estética (44).

Durante esta investigación los participantes hombres se mostraron seguros en su círculo social y refirieron su indiferencia a las críticas por su apariencia, en contraste con las mujeres, quienes describieron que reaccionarían fuertemente ante una crítica sobre su peso, demostrando su afectación emocional con ese escenario. En la literatura se encuentran diversas investigaciones que evidencian las diferencias entre ambos géneros, donde se describe que la mujer obesa presenta un reto social y emocional constante ya que su exposición a las normas culturales, los estereotipos y roles sexuales generan una búsqueda por la delgadez y la belleza; la preocupación de las mujeres por su apariencia proviene de la vergüenza y la presión social esto conduce a consecuencias psicológicas como afectación de autoestima, una imagen corporal distorsionada y sentimientos de impotencia y frustración en respuesta a los esfuerzos fallidos de una dieta (45), hallazgos que coinciden con los resultados del presente estudio. Además, se encontraron diferencias en otras áreas de la vida, como se demuestran en la discriminación laboral hacia el sexo femenino, teniendo menos oportunidad de éxito laboral que una persona de género masculino con el mismo diagnóstico (46), y también en las tasas de suicidio siendo más altas en mujeres con obesidad en comparación con los hombres obesos(47).

Desde la categoría de dinámica familiar se exploraron las experiencias de los participantes en sus rutinas familiares, motivaciones desde otros miembros de la familia para lograr algún cambio de hábito y limitaciones externas para realizar sus actividades físicas, entendiendo cómo se relaciona la obesidad del participante con su dinámica familiar. Se encuentra en la literatura un estudio basado en la teoría de los sistemas familiares (FST) que tiene por objetivo demostrar como la dinámica familiar puede influir en los comportamientos

relacionados con el peso. Se describen influencias en las rutinas, la imitación de hábitos, el acompañamiento a la hora de la alimentación, el reconocimiento de jerarquías y sus limitaciones(25).

8. LIMITACIONES

A continuación, se describen las limitaciones propias de la investigación:

- La investigación se realizó, durante tiempo de pandemia generada por el COVID-19, lo cual conllevó a realizar las entrevistas del estudio de forma virtual lo anterior con el fin de dar cumplimiento a los protocolos de seguridad, esto dificultó la interacción entre el entrevistador y el participante; limitando la conexión y la comunicación no verbal.
- A pesar de realizarse las entrevistas en espacios y tiempos convenidos por el participante, algunos participantes no tenían espacio individual para realizar la entrevista, lo cual pudo condicionar levemente las respuestas asociadas a las preguntas relacionadas a los miembros familiares de los entrevistados.
- La focalización de la investigación se realizó desde la visión de los participantes con diagnóstico de obesidad, en donde se analizó cada de sus experiencias y percepciones; se podría complementar la información a futuro con información por parte de sus familiares.

9. CONCLUSIONES

Con base a los objetivos planteados al inicio de la investigación y luego de analizar las experiencias de los participantes se concluye:

- La percepción de las relaciones familiares en los participantes con obesidad, según sus experiencias y narraciones, es de gran importancia y se puede describir desde las siguientes categorías: comunicación, afecto, significado de vivir con obesidad y dinámica familiar.
- Es trascendental el papel de la familia para los participantes del estudio, les brinda apoyo y confianza para relacionarse con su entorno, y con los retos de su condición de obesidad.
- Las relaciones familiares determinan y modifican aspectos relacionados con la vivencia y tratamiento de la obesidad.
- Para los participantes el vivir con obesidad lleva implícita la percepción de su salud ligada con su peso y la frustración al no entender la evolución de su condición.
- La teoría de sistemas familiares fue una herramienta útil para entender las relaciones y la dinámica familiar de las personas obesas; desde los hábitos, las rutinas, y las actividades del núcleo familiar a nivel individual y social.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Manuel Moreno G. Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 1 de marzo de 2012;23(2):124-8.
2. Perea-Martínez A, López-Navarrete GE, Padrón-Martínez M, et al. Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad. *Acta Pediatr Mex*. 2014;35(4):316-337.
3. Jaacks LM, Vandevijvere S, Pan A, McGowan CJ, Wallace C, Imamura F, Mozaffarian D, Swinburn B, Ezzati M. The obesity transition: stages of the global epidemic. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019 Mar;7(3):231-240. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30026-9. Epub 2019 Jan 28. PMID: 30704950; PMCID: PMC7360432.
4. Chávez-Velásquez, Maribel, Esperanza Pedraza, and María Montiel. «Prevalencia de obesidad: estudio sistemático de la evolución en 7 países de América Latina.» *Revista Chilena de Salud Pública* 23.1 (2019): 72-78.
5. Mesa, Roberto Fortich, and Juan David Gutiérrez. «Los determinantes de la obesidad en Colombia.» *Economía & Región* 5.2 (2011): 155-182.
6. Broughton, Darcy E., and Kelle H. Moley. «Obesity and female infertility: potential mediators of obesity's impact. » *Fertility and sterility* 107.4 (2017): 840-847.
7. Seravalle, Gino, and Guido Grassi. «Obesity and hypertension. » *Pharmacological research* 122 (2017): 1-7.
8. Milaneschi Y, Simmons WK, van Rossum EFC, Penninx BW. Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms. *Molecular Psychiatry*. enero de 2019;24(1):18-33.
9. Cabriles G, José W. Aspectos socioeconómicos y familiares asociados en niños y adolescentes obesos. *Revista de Ciencias Sociales*. 2013;(1):12.
10. Amigo H. Obesidad en el niño en América Latina: situación, criterios de diagnóstico y desafíos. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(suppl 1):S163-70.
11. Miranda, Ortega, and Edali Gloria. «Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil.» *Revista Medica Herediana* 29.2 (2018): 111-115.
12. Domínguez-Vásquez, P., S. Olivares, and J. L. Santos. «Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil.» *Archivos latinoamericanos de nutrición* 58.3 (2008): 249-255.
13. Martínez-Villanueva J, González-Leal R, Argente J, Martos-Moreno GÁ. La obesidad parental se asocia con la gravedad de la obesidad infantil y de sus comorbilidades [Parental obesity is associated with the severity of childhood obesity and its comorbidities]. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2019 Apr;90(4):224-231. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2018.06.013. Epub 2018 Jul 24. PMID: 30054225.

14. Rodríguez, Keytel García. «Influence of psychological and familial factors on the maintenance of childhood obesity. » *Revista mexicana de trastornos alimentarios* 9.2 (2019): 221-237.
15. Mejía, G. Mauricio, et al. «Factores relacionados con hábitos y conductas de adultos con sobrepeso. Caldas, Colombia.» *Perspectivas en Nutrición Humana* 19.1 (2017): 27-40.
16. Bernardino-Coronado, Luis Javier, et al. «Insatisfacción corporal y calidad de vida: contribución a la ocurrencia de conductas alimentarias anómalas en administrativos hospitalarios.» *Acta Colombiana de Psicología* 23.1 (2020): 41-53.
17. Janjetic M, Oliva ML, Kopyto JTM, Page MA, Palacios GL, Ramírez FB, et al. Calidad de vida y su relación con la percepción de estrés y el perfil antropométrico en mujeres adultas. *Rev. chil nutr.* abril de 2020;47(2):217-23.
18. Müller AL, Lima Duarte da Silva CR, Vargas DM. Percepções de Aspectos Psicossociais no Cuidado em Saúde de Adolescente com Obesidade Grave. *PSSA*. 9 de octubre de 2019;125-38.
19. Iervolino, Solange Abrocesi, Aline Arins da Silva, and Grazielle dos Santos Savaget Paiva Lopes. «PERCEPÇÕES DAS FAMÍLIAS SOBRE OS HÁBITOS ALIMENTARES DA CRIANÇA QUE ESTÁ OBESA.» *Ciência, Cuidado e Saúde* 16.1 (2017).
20. Owen-Smith, Amanda, Jenny Donovan, and Joanna Coast. «“Vicious Circles” The Development of Morbid Obesity. » *Qualitative health research* 24.9 (2014): 1212-1220.
21. Christiansen, Bjørg, Lisbet Borge, and May Solveig Fagermoen. «Understanding everyday life of morbidly obese adults-habits and body image. » *International journal of qualitative studies on health and well-being* 7.1 (2012): 17255.
22. Rugseth, Gro, and Øyvind Førland Standal. «“My body can do magical things”: the movement experiences of a man categorized as obese-a phenomenological study.» (2015).
23. Skelton, J. A., et al. «Where are family theories in family-based obesity treatment? conceptualizing the study of families in pediatric weight management. » *International journal of obesity* 36.7 (2012): 891-900.
24. Gibson LY, Byrne SM, Davis EA, Blair E, Jacoby P, Zubrick SR. The role of family and maternal factors in childhood obesity. *Medical Journal of Australia*. 2007;186(11):591-5.
25. López, Diego Alejandro. «De la familia sistémica a la familia global: Apuntes sobre la familia y sus dinámicas desde el enfoque sistémico y la sociología de la globalización.» *Revista Lumen Gentium* 1.2 (2017): 36-46.
26. Pereira, María Luisa Naranjo. «Factores que favorecen el desarrollo de una actitud positiva hacia las actividades académicas.» *Revista educación* 34.1 (2010): 31-5.
27. Ibarzábal-Ávila, Ma Eugenia A., et al. «Anorexia nervosa: revisión de las consideraciones generales.» *Médica Sur* 22.3 (2016): 112-117.
28. Husserl, Edmund. *La idea de la fenomenología*. Herder Editorial, 2012.

29. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice*. SAGE Publications; 2014. 833 p.
30. Izquierdo, Giovane Mendieta. «Informantes y muestreo en investigación cualitativa.» *Investigaciones Andina* 17.30 (2015): 1148-1150.
31. Franco, Yamely Almarza, and Johann Pirela Morillo. «Glasser y Strauss: Construyendo una teoría sobre apropiación de la gaita zuliana.» *Revista de ciencias sociales* 22.4 (2016): 115-129.
32. Barbera, Nataliya, and Alicia Inciarte. «Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas.» *Multiciencias* 12.2 (2012): 199-205.
33. González-Ugalde C. *Investigación fenomenográfica*. *Revista Internacional de Investigación en Educación*. 2014; 7:141-58.
34. Varela Ruiz, Margarita, and Tania Vives Varela. «Autenticidad y calidad en la investigación educativa cualitativa: multivocalidad.» *Investigación en educación médica* 5.19 (2016): 191-198.
35. Climent, Cristina I., Rosa M. Bo Bonet, and Ricard Marí Mollà. «Propuesta de análisis fenomenológico de los datos obtenidos en la entrevista.» (2010).
36. Luelmo, Francisco José Rodrigo. *España y el proceso de la CSCE: la conferencia de Helsinki, (1969-1975)*. Diss. Universidad Complutense de Madrid, 2015.
37. UNESCO, CIB Y. COMEST. «Declaración sobre el Covid-19: Consideraciones éticas desde una perspectiva global.» (2020).
38. Navarro-Jiménez, Eduardo, et al. «Implementación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y atención integral del episodio y trastorno depresivos recurrente en adultos en el Hospital Universitario Cari ESE Neurociencias de Barranquilla (Colombia).» *Revista Salud Uninorte* 32.3 (2016): 429-435.
39. Roberts, Karyn J., et al. «Experiences of weight stigma in adolescents with severe obesity and their families. » *Journal of Advanced Nursing* (2021).
40. Taylor, C. Barr, et al. «The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk for eating disorders. » *Pediatrics* 118.2 (2006): 731-738.
41. Chamay Weber, Catherine, et al. «Parents' integration in the treatment of adolescents with obesity: A qualitative study. » *Families, Systems, & Health* 34.4 (2016): 396.
42. Ueland, Venke, et al. «Living with obesity—existential experiences. » *International journal of qualitative studies on health and well-being* 14.1 (2019): 1651171.
43. Lopera DT, Restrepo M. Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 2014;6(1):91-112.

44. Barragán, Rocío, et al. «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.» *Nutrición Hospitalaria* 35.5 (2018): 1090-1099.
45. Rajanala, Susruthi, and Neelam A. Vashi. «Normative Discontent and Social Dysmorphia in the Cosmetic Patient. » *Essential Psychiatry for the Aesthetic Practitioner* (2021): 151-156.
46. Campos-Vazquez RM, Gonzalez E. Obesity and hiring discrimination. *Econ Hum Biol.* mayo de 2020; 37:100850.
47. Branco, Jerónimo Costa, et al. «Association between obesity and suicide in woman, but not in man: A population-based study of young adults.» *Psychology, health & medicine* 22.3 (2017): 275-281.



ANEXO 1. Consentimiento Informado

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
MAESTRÍA EPIDEMIOLOGIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título

¿Cuál es la percepción del efecto de la obesidad en las relaciones familiares?

Investigadores

Lina María Salcedo Ramírez (Investigadora principal)
Diana Marcela Díaz (Tutor de tesis)
Angela Roció Acero (Tutor de tesis)

Este es un estudio de investigación. Tómese su tiempo para decidir si le gustaría participar. Por favor siéntase libre de hacer preguntas en cualquier momento.

Introducción

El propósito de esta investigación es conocer la percepción del efecto de la obesidad en las relaciones familiares estudiando su dinámica, comunicación, actividades, actitudes y afecto. Las entrevistas se centrarán en describir las experiencias de cómo se establecen las relaciones familiares de las personas con obesidad. Se le invita a participar en este estudio de forma voluntaria conociendo su patología de obesidad según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud.

Duración

La duración de su participación en el estudio envuelve la entrevista grabada, posteriormente se tomará esas grabaciones para realización de transcripciones de las mismas y las conclusiones.

Procedimientos

Usted será entrevistada/o de manera virtual por la plataforma Microsoft Teams®, en una video llamada desde el lugar que usted desee, en los horarios que le convengan. Se le harán preguntas sobre su experiencia de cómo se establecen las relaciones familiares de las personas con obesidad. Las entrevistas tendrán una duración aproximada de cuarenta (40) a sesenta (60) minutos y serán grabadas para poder ser analizadas posteriormente.

Tendrá la autonomía de detener la grabación en cualquier momento, tendrá la libertad de negarse a responder cualquier pregunta, como también terminar la entrevista antes, sino se siente satisfecho con el proceso, no está obligado a dar ninguna explicación si decide termina el proceso. Además de mí, es posible que la Dra. Diana Marcela Díaz y la Dra. Ángela Roció Acero, que son las tutoras de la investigación

tengan acceso a las transcripciones. Las grabaciones y transcripciones serán guardadas por un año y luego serán destruidas.

Riesgo mínimo

El riesgo de esta investigación es catalogado como riesgo mínimo según la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993 artículo 11 del Ministerio de Salud Colombiano ya que se abordarán aspectos sensibles de la vida de las personas como son la vivencia de la enfermedad y las relaciones familiares, las cuales pueden generar sentimientos y emociones que comprometan su salud mental actual.

Beneficios

El beneficio de esta investigación es la posibilidad de mejoras en los tratamientos establecidos para tratar la obesidad, y que se contribuya con esta información incorporar un poco más la red familiar en programas que tengan como objetivo la pérdida de peso. Se aclara que es probable que los beneficios no los vea reflejados en usted directamente, pero que puede ayudar a otros pacientes en el futuro.

Costos y Compensación

No tendrá ningún costo, además de su tiempo, de participar en este estudio. No será compensado ni remunerado por participar en este estudio.

Derechos de los participantes

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede negarse a participar o abandonarlo en cualquier momento sin tener que dar explicaciones, se respetará la decisión sin cuestionamientos. Tiene derecho de conocer los resultados finales del estudio si así lo desea.

Confidencialidad

Para garantizar la confidencialidad, no se tomará su nombre real para el estudio se realizará la transcripción de su entrevista con un seudónimo, estos serán usados al guardar los archivos en una computadora. En ningún informe de este estudio se le identificará por su nombre, si los tutores de esta investigación requieren ver la entrevista esos archivos estarán codificados por lo cual mantendrá su anonimato. Una vez aprobada la tesis, las grabaciones y los archivos transcritos serán guardados por 1 año y posteriormente se destruirán. Si los resultados son publicados, su identidad se mantendrá confidencial.

Participante

Su firma indica que acepta participar voluntariamente en esta investigación, que ha sido claro objetivo de toda la investigación, que se ha explicado todo el proceso y que no tiene dudas. Recibirá una copia del consentimiento informado por escrito firmado y fechado antes de su participación en el estudio.

Nombre y firma

Fecha

Cédula

Testigos

Certifico que el participante entiende el propósito, los riesgos, los beneficios y los procedimientos que se seguirán en este estudio y ha aceptado participar voluntariamente.

Nombre y firma

Nombre y firma

Fecha

Fecha

Relación

Relación

Cédula

Cédula

Investigador

Certifico que al participante se le dio suficiente tiempo para leer el documento y que todas sus preguntas fueron respondidas. En mi opinión, el participante entiende el propósito, los riesgos, los beneficios y los procedimientos que se seguirán en este estudio y ha aceptado participar voluntariamente.

Nombre y firma

Fecha

Cédula



ANEXO 2.

Guía preentrevista

Se realiza tamización y detección temprana del episodio y trastorno depresivos recurrente del adulto, basado en la guía de práctica clínica del ministerio de salud de Colombia.

Contexto

- ¿Durante los ultimo 30 días se ha sentido a menudo con desanimo deprimido, o con pocas esperanzas?
- ¿Durante los últimos 30 días ha sentido a menudo poco interés o placer al hacer cosas que habitualmente disfrutaba?

La participante continua si las 2 respuestas =NO y se remitirá di al menos 1 de ellas =SI y se remite para una entrevista a profundidad para descartar depresión, y por lo cual éticamente y a beneficio de paciente se descarta la realización de la siguiente entrevista



ANEXO 3. Guía de entrevista

Inicio de la entrevista

Introducción

Como usted sabe estamos haciendo una investigación para entender cuál es la percepción que usted tiene de sus relaciones familiares y la posibilidad de algún efecto de estas por el hecho de ser una persona con obesidad, para hacer eso le voy a realizar unas preguntas

Información general

Edad:

Ocupación:

Escolaridad:

EPS:

Estado civil:

Con quien vive:

Estrato al que pertenece

¿Desde cuándo tiene diagnóstico de obesidad y como ha sido para usted vivir teniendo obesidad?

(significado de vivir con)

En este momento le realizare unas preguntas sobre su familia.

- ¿Cómo está compuesta su familia? (las personas que son de mayor apoyo para usted)
- ¿Cómo describiría las relaciones dentro de su familia?

Durante

Experiencia de cómo se establecen las relaciones familiares.

1. Comunicación, actividades y actitudes

- ¿Cuénteme cuánto y cómo es el tiempo que comparte con su familia en la semana?
- ¿Cree que la obesidad cambia en algo ese tiempo o esas actividades?
- ¿Con qué miembro de su familia se siente más cercano emocionalmente?
- ¿Cómo cree que esta persona le demuestra su aceptación o no por su condición de obesidad?
- ¿Ud. y su familia tienen algún hábito de actividad física que estén realizando juntos o que hayan realizado en algún tiempo?

2. Dinámica y afecto

- ¿Me puede describir los hábitos de alimentación que tienen en su familia?
(calidad de alimento, horarios, compañía)
- ¿Ha tenido algún tipo de conflicto con algún miembro de su familia por no seguir algunas normas o costumbres ya establecidas de nutrición o de actividad física?
(descripción de estos conflictos)
- ¿Qué tan fácil es expresar sus sentimientos, sus miedos, sus alegrías dentro de su grupo familiar?
- ¿Piensa que la obesidad ha cambiado en algo la sensación de sentirse respetado y amado por cada miembro de su grupo familiar?

Cierre

- ¿Para usted cuales han sido los aprendizajes de forma individual o como familia en el proceso de su condición de obesidad?
- ¿Quisiera agregar algo más a la entrevista?