

EXPERIENCIAS Y BARRERAS PARA EL CONTROL DEL PESO EN ADULTOS OBESOS: UN ESTUDIO CUALITATIVO EN MOQUEGUA-PERÚ

Experiences and barriers to weight control in obese adults: a qualitative study in Moquegua-Peru

Edny Falcón Jorge (1a)
Rina Alvarez Becerra (2b)
Blanca Raquel Zevallos Delgado (3c)
Rosa Condori Yupanqui (4c)

1a - Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú
2b - Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú
3c - Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú
4d - Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú.
a - Doctorado en Epidemiología
b - Doctora en Educación con mención en Gestión
c - Licenciada en Enfermería
d - Estudiante del Doctorado en Epidemiología

RESUMEN

Objetivo: Comprender las experiencias y las barreras que contribuyen con el sobrepeso u obesidad de adultos para mejorar el diseño de intervenciones efectivas y sostenibles en un hospital de ESSALUD de Ilo en Moquegua -Perú. **Material y métodos:** Estudio cualitativo en el que participaron pacientes de ambos sexos con un IMC ≥ 30 kg/m². A los pacientes se les ofreció entrevistas en audio. Se realizaron 10 entrevistas en profundidad semiestructurada con espacio para la exploración individual en julio 2023. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas mediante el enfoque temático. Se utilizó el software ATLAS TI versión 23 para gestionar los datos. **Resultados:** Surgieron tres temas: (1) razones del aumento de peso y motivaciones para disminuir el peso, (2) experiencias favorecedoras y barreras para la pérdida de peso (3) expectativas y consecuencias. **Conclusión:** Los pacientes reconocieron la necesidad de modificar sus hábitos alimentarios y las consecuencias afectaron su salud física y mental. Se necesita ampliar e institucionalizar el ejercicio y la actividad física y mejorar la alfabetización sanitaria pueden prevenir y controlar la obesidad.

PALABRAS CLAVE: obesidad; experiencia del paciente; barreras, cualitativo.

ABSTRACT

Objective: To understand the experiences and barriers that contribute to overweight or obesity in adults to improve the design of effective and sustainable interventions in an ESSALUD hospital in Ilo in Moquegua-Peru. **Material and methods:** Qualitative study in which patients of both sexes with a BMI IMC ≥ 30 kg/m² participated. Patients were offered audio interviews. 10 semi-structured in-depth interviews with space for individual exploration were conducted in July 2023. The interviews were recorded, transcribed, and analyzed using the thematic approach. ATLAS TI version 23 software was used to manage the data. **Results:** Three themes emerged: (1) reasons for weight gain and motivations to lose weight, (2) weight loss experiences and barriers (3) expectations and consequences. **Conclusion:** Patients recognized the need to modify their eating habits and the consequences affected their physical and mental health. Exercise and physical activity need to be expanded and institutionalized and improved health literacy can prevent and control obesity

KEY WORDS: obesity; patient experience; barriers, qualitative

INTRODUCCIÓN

La obesidad se ha incrementado en el mundo y se le considera uno de los problemas de salud pública más importantes a nivel global (1). Su prevalencia ha cumplido los criterios para ser considerada una pandemia (2) y es el problema de salud más común (3). En Perú, de 2007 a 2014, la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha incrementado en todos los grupos de edad, especialmente en la población infantil de 5 a 9 años (66,5%) y en los demás grupos etarios: de 10 a 19 años (46,1%), de 20 a 29 años (32,7%), de 30 a 59 años (25,5%) y de 60 a más (33,5%). Cabe destacar que la obesidad en el Perú es aún más alta en mujeres que en varones, y en zonas urbanas que rurales (4). En adultos de Moquegua, según los hallazgos de ENAHO (2012-13), la prevalencia de sobrepeso y obesidad es más elevada en el grupo etario de 40 a 49 años (46,8% [IC 44,6-49,0]) y de obesidad en el grupo etario de 50 a 59 años con un 25,2% (23,2-27,2) (5).

La obesidad es una enfermedad compleja, causada por la interacción de factores genéticos, metabólicos, sociales, conductuales, políticos, estructurales y culturales (6). La percepción de la obesidad es diferente en las distintas regiones del planeta, ya que en algunas partes del mundo es socialmente aceptable y es fomentada y valorada por las enseñanzas socioculturales (7, 8).

La mayoría de los estudios sobre la obesidad han sido realizados de forma cuantitativa y empírica (8-11), mientras que menos estudios han investigado este fenómeno con un enfoque cualitativo (12, 13). La obesidad está influenciada por varios factores en diferentes sociedades, y la necesidad de investigar este fenómeno es esencial en Ilo, que es un puerto en el que la población proviene de diferentes lugares del Perú y también foránea, con características sociales y culturales heterogéneas. En estudios previos, no se ha investigado la obesidad con un enfoque cualitativo. Por lo que el propósito de este estudio fue comprender las experiencias y las barreras que contribuyen al sobrepeso u obesidad de los adultos para mejorar el diseño de intervenciones efectivas y sostenibles en un hospital de ESSALUD de Ilo en Moquegua - Perú.

MATERIAL Y MÉTODOS

En la presente investigación se utilizó el enfoque cualitativo con un diseño temático reflexivo (13), basado en un análisis del contenido cualitativo para examinar datos textuales y comprender su significado. El estudio se realizó en la provincia de Ilo, región Moquegua, Perú. Participaron 10 pacientes ambulatorios adultos de ambos sexos (8 mujeres y 2 hombres) que acudieron a la consulta externa y al servicio de emergencia.

Los datos se recopilaron desde octubre hasta diciembre de 2022 a través de un muestreo

intencional (11) y de máxima variación, seleccionando pacientes con sobrepeso y obesidad. Para establecer el tamaño de la muestra, se adoptó el criterio de parada (15): después de ocho entrevistas, se realizaron dos entrevistas más sin que surgieran nuevos temas, lo que definió el punto de saturación de datos.

Los criterios de inclusión fueron un IMC de 30 o más y una motivación obvia para participar en una entrevista individual en profundidad. Las entrevistas cualitativas tuvieron una duración de 60 a 75 minutos (rango de 45 a 77 minutos) y fueron realizadas por el primer autor. Se realizaron en espacios públicos, en los domicilios de los participantes o en lugares de su elección.

Se obtuvo la aprobación ética del Hospital Essalud Ilo antes de recopilar los datos. Las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas por el autor principal, quien posee preparación doctoral en investigación cualitativa. El propósito, las consideraciones éticas, la confidencialidad y el derecho a abandonar el estudio fueron explicados a los participantes antes de la entrevista. Se solicitó el consentimiento y permiso para grabar las entrevistas, y ningún participante se negó a participar en la investigación.

Las preguntas de la entrevista se elaboraron según el objetivo de estudio (16). El guion de la entrevista fue auditado por dos expertos (una enfermera y un investigador cualitativo) y se aplicó un piloto para afinar la entrevista (Tabla 1).

TABLA 1: Preguntas orientadoras

Tópico	Preguntas
Razón del aumento de peso y motivaciones para perder peso	Coménteme Ud. si ¿Quisiera perder peso? ¿Por qué? ¿Cuáles han sido las principales influencias en su peso?
Experiencias y barreras de pérdida de peso	¿Qué ha hecho para ayudar a controlar su peso? ¿Qué le ha ayudado y qué le ha dificultado controlar su peso? ¿Cómo te sientes acerca del proceso de control de peso? ¿Cuándo se convirtió el peso en un problema para usted? ¿Qué enfoques de control de peso ha probado hasta ahora? ¿Cuál fue su experiencia con cada enfoque? ¿Qué te motiva a probar este enfoque?
Expectativas	¿Cuáles son sus esperanzas/expectativas/deseos esta vez?
Consecuencias	¿Cómo ha afectado su vida el sobrepeso o la obesidad? En el trabajo, en sus relaciones sociales, con su pareja, etc.

Análisis de datos

Se aplicó un análisis temático reflexivo (17), basado en la familiarización con la información recolectada. Se siguió un proceso iterativo e inductivo (18) basado en seis pasos: familiarización de los datos mediante la lectura y relectura de las transcripciones, generación inicial de códigos, búsqueda de temas, revisión de los temas emergentes, denominación de

los temas e informes (17). De acuerdo con el proceso de análisis temático, las frases clave se codificaron sistemáticamente, lo que favoreció refinar e interpretar significativamente los datos. Los códigos se consignaron sobre la base de diferencias y similitudes, siguiendo una estructura de temas primarios y secundarios. La codificación fue abierta (19) con un enfoque iterativo y de comparación constante, lo que permitió refinar la estructura temática hasta que no hubo nuevos temas evidentes (saturación de temas). Se confeccionó el informe de hallazgos con la aplicación de tácticas de generación de significado (20).

El proceso de análisis se apoyó en el uso del software ATLAS.ti 22. Todos los autores participaron del análisis y se establecieron consensos. Para garantizar el rigor metodológico, se siguieron los criterios establecidos por Guba y Lincoln (21): confiabilidad, confirmabilidad, transferibilidad y credibilidad. La confiabilidad se logró mediante la utilización de citas para las categorías, la confirmabilidad a través de la fidelidad de las transcripciones de los participantes. La transferibilidad se aseguró con la descripción detallada de los procesos de investigación realizados y la credibilidad se garantizó con la recolección de datos por parte del primer autor, quien posee formación doctoral en investigación cualitativa. El informe final se adhirió a los criterios cualitativos COREQ (22).

empanadas, refresquitos. (E9, mujer,35)". Un hombre, reconoció que comía en abundancia:

(...) cuando salía del trabajo, que llego prácticamente a las 6:30 pm de la noche en la cena me comía uno, dos platos. O a veces, por ejemplo, íbamos a comer un pollo, me servía bastante. Y siempre con una gaseosa (...) creo que llegue a tomar hasta un litro y medio yo solo. Y todos los días lo mismo, de lunes a domingo. También consumía bastante azúcar. Comía también abundante pan. Al día podía comer 15, 20 panes. (E7, hombre,37 años). Otro hombre dijo "Influyó en mi peso la comida de chatarra, la mala alimentación que yo tenía, definitivamente, comía a deshoras, podía tomarme muchas cantidades de gaseosa y comida chatarra, comer mucho pan, muchas harinas, mezclaba y podía comer bastante, ¿no?" (E4, hombre, 45 años).

Algunos participantes citaron factores psicológicos, especialmente en relación con estados de depresión, ansiedad, estrés familiar y laboral y sensación de falta de control para comer menos. Una mujer declaró que "(...) empezó con la depresión, me dio por comer, comer, comer" (E5, mujer,39 años). Un varón manifestó que: Tenía ansiedad, sí. Lo que pasa es que mi trabajo es un trabajo que demanda bastante esfuerzo físico. O sea, siempre. Por lo que daba un momento en que me daba hambre. Entonces, comía. No me controlaba, comías hasta por mucho. No te controlabas en el azúcar. Comía hasta cuando ya me sentía estar lleno, ahí paraba. Pero sí te comía bastante. (E7, hombre,37 años).

En otros casos, presentaron creencias erróneas sobre la cantidad de comidas y su relación con el sistema inmunológico: "especialmente, como recomendaban, de que tenemos que tratar de mantener nuestro sistema inmunológico elevado para controlar el COVID" (E1,55 años, mujer)

Respecto a las motivaciones para bajar de peso, fue relevante la necesidad expresada de mejorar o recuperar su estado de salud y para disfrutar su vida familiar: "Por motivos por salud, pero quiero estar también con mis hijas para jugar, decidí entonces bajar de peso." (E7, hombre,37 años). A veces, el deterioro de la salud física fue una motivación para decidir bajar de peso:

Por salud porque cuando estoy gordita ya me está doliendo las rodillas o a veces, siento algo pues... como estoy gordita también tengo el hígado graso o bueno, aunque no tengo... como siempre me hago mi chequeo no tengo diabetes no tengo nada de colesterol solo tengo el hígado graso... (P1, mujer,55 años).

Especialmente se halló que el tipo de alimentación, la baja actividad física y factores contextuales como el estrés en el círculo familiar y laboral fueron razones relevantes para el aumento de peso. Asimismo, las principales motivaciones que impulsaron su decisión



FIGURA 1: Riesgo de síndrome metabólico en niños atendidos en el consultorio de pediatría del Centro de Salud de Ciudad Nueva

Razones del aumento de peso y motivaciones para bajar de peso

Las opiniones sobre las causas del aumento de peso variaron según lo expresado, sin embargo, fueron conscientes de que la escasa actividad física, la inadecuada alimentación (exceso de consumo de carbohidratos, azúcares y comida "chatarra") y la cantidad de comida, influyeron en el aumento de peso. Una mujer dijo "Empecé con el sedentarismo (...), el comer mal, comía en el hospital, no me daban desayuno en mi sala a comprarme sanguchitos,

de bajar de peso fueron el anhelo de disfrutar de la vida familiar y social y recuperar su salud.

Experiencias favorecedoras y barreras para la pérdida de peso

Los participantes informaron de variadas experiencias basadas en diferentes estrategias que favorecieron su decisión de bajar de peso. Por ejemplo, recurrieron al establecimiento de rutinas para aumentar el nivel de actividad física, metas, apoyo familiar, fraccionamiento de comidas, y en otros casos ayuda profesional:

Hemos hecho una rutina como sea, nos levantamos temprano, seis de la mañana. (...) nos vamos a caminar, aunque sea acá a la placita. Tratamos de no estar mucho en la casa, venimos, almorzamos, estamos a la hora, pero a mí me está dando por... si me sirvo un plato normal, no lo termino, solamente como la mitad (...) y después en la tarde, cuatro o cinco de la tarde, me vuelve a dar hambre, y recién termino el plato completo. (E5, 39 años, mujer).

Un hombre dijo que: Es una "meta que me he trazado y me siento bien" con "ayuda de nutricionistas, porque hice unas dietas alimenticias donde comía cinco veces al día, pero obviamente en proporciones, y no comía frituras, completamente dejé el azúcar, dejé las gaseosas, dejé la comida chatarra, comía comida sana y hacía ejercicios, usaba caminadora, lo que se trabaja mayormente en el gym cardio para poder bajar, no tonificar sino bajar la grasa (...)" (E4, 45 años, hombre).

La dinámica familiar puede ser un aliciente y una estrategia sólida para favorecer el cambio y mantenimiento de comportamientos y estilos de vida conducentes a bajar de peso: "mi familia, mi esposa que me han podido ayudar a controlar eso, porque ya hemos sacado bastante las gaseosas, esas cosas, ha sido un apoyo me ha apoyado preparándome las comidas las ensaladas el pollo a la plancha en agua, no en aceite y creo que ha sido un gran apoyo eso (...)" (E4, 45 años, hombre), no obstante, podría ser una barrera para mantener el cambio y la pérdida de peso. Una mujer reflexionó sobre el papel que tiene la familia en el apoyo para el cambio: Me ha dificultado controlar el peso, la falta de apoyo de parte de la familia porque a veces uno quiere hacer como ensaladas o su pollo hervido y sin sal para bajar de peso, pero ellos dicen "no". Si tú quieres lo haces, No hay ese apoyo, hay dificultad ... (P1, mujer, 55 años).

Otra participante aseveró que "En mi casa todos comen lo que engordan, ¿no? papa, arroz, pan y esas cosas. Eso no me ayuda. Llego a casa y solo hay comida que engordan, no hay comida como ensaladas, verduras. (...) entonces... difícil que hagamos dieta acá en la casa. (E3, 41 años, mujer).

Otra barrera para la pérdida de peso fue la dificultad para mantener un cambio de comportamiento, lo que podría reflejar una dificultad para abandonar hábitos

alimenticios nocivos. Una mujer manifestó "ahora último, sí he logrado ya cambiar un poco, No te voy a decir que lo he dejado al cien por cien, pero sí, sigo tomando la gaseosa. (P2, mujer, 37 años). Y en otros casos se informó que los pares o compañeros de trabajo podrían ser una barrera para mantener un cambio de comportamiento: "La dificultad es que no les puedo decir, por ejemplo, a los compañeros cuando vamos a comer algo: esto no porque tiene mucha grasa, es difícil. (...) Es una gran dificultad decirles no comamos. (E2, 37 años, mujer).

Los participantes enfatizaron la experiencia favorecedora del apoyo familiar y las conexiones sociales, especialmente laborales, para lograr los objetivos de pérdida de peso. Aunque los participantes recibieron ayuda, también percibieron el entorno social como un obstáculo para la reducción de peso debido al hecho de que no todos los individuos optaron por seguir una dieta.

Expectativas y consecuencias

Los comentarios de los y las participantes a nivel intrapersonal reflejaron en general la expectativa de bajar de peso por su salud y para verse mejor, para evitar la humillación: "Sí me gustaría perder peso porque (...) evitamos dañar nuestro sistema (...) por nuestra salud más que todo y después también porque uno debe sentirse bien, porque cuando uno excede en el peso (...) tenemos dificultad para encontrar ropa, zapatos y uno se mira en el espejo y se siente gorda. Y hasta las personas critican hablan. (E8, 53 años, mujer). Otra mujer afirmó que (...) su expectativa para bajar de peso obedecía a "sentirse uno bien ante uno mismo (consigo misma) para que uno se sienta cómoda, no sentirse aislada, porque realmente la gente tiene sentimientos malos para la gente para las personas que son con excesiva obesidad la gente habla crítica y uno se siente mal de verdad que se siente mal y eso es como una humillación, es una baja de autoestima (E8, 53 años, mujer). En otros casos, la expectativa de recurrir a la opción de someterse a tratamientos quirúrgicos para bajar de peso: "para el control de peso, pensé hacerme, el tratamiento de la banda gástrica" (E10, 29 años, mujer).

Asimismo, las consecuencias de los participantes que superaron el peso saludable fueron vulnerables y susceptibles a la estigmatización que se reflejó con frecuencia a través de burlas o bromas relacionadas con el peso y sentimientos de disgusto por no poder disfrutar su vida social. Un participante informó que su "obesidad es motivo de burla" (E4, 45 años, hombre). Una mujer afirmó que "A veces algún compañero o amigo ahí como que hace su broma" "¿Con la familia? También me molestan, sí, pero yo sé que lo hacen por bromear". (E10, 29 años, mujer). Otra participante afirmó que las burlas le "incomoda un poco, pero con algo que malogre mi día, no, tampoco, ¿no?" (E3, 41 años, mujer). "Cuando quiero salir a un lugar, la ropa no me entra. (...) Hay que disimular. Sí te invitan a un cumpleaños... Ay, no,

no. Ay, me amargo, me irrita. Y sé que no es culpa de los demás” (E1,55 años, mujer)

Las consecuencias en la salud física fueron frecuentes “me ha afectado un montón el sobrepeso. (...) llegaba a la casa molida con dolor de espalda, o con dolor de rodillas, dolor e hinchazón de pies, (...) bastante sudoración” (E6,31 años, mujer). También manifestaron un impacto laboral, ya que el aumento de peso afectó su rendimiento en el trabajo “me daba sueño, me sentía fatigada” (E10,29 años, mujer). Otros participantes afrontaron consecuencias de salud mental “me agobia porque no bajo mucho de peso. Me deprimó porque no cumplo mi objetivo” (E1,55 años, mujer); “afecta bastante mi salud física y mental de una persona (...) me ha afectado bastante lo que es mentalmente.” (E6,31 años, mujer).

Las expectativas para bajar de peso radican en sentirse bien físicamente y con uno mismo. Mientras que resaltan las consecuencias narradas de alteraciones de la salud mental como angustia y depresión relacionadas con la obesidad, que podrían influir en el aumento o pérdida de peso. Además de haber sido objeto de burlas cargados de valor que potencialmente podrían estigmatizar a las personas o causar ofensas.

DISCUSIÓN

Los hallazgos cualitativos revelaron la complejidad de las experiencias y barreras del control de peso en pacientes adultos atendidos en un hospital de EsSalud de Ilo, Región Moquegua, Perú.

Respecto a las razones del aumento de peso, la mayoría de los participantes eran conscientes de sus malos hábitos alimenticios, basados en el consumo preferente de carbohidratos, bebidas con alto contenido de azúcar y comida chatarra. También emergió la falta de bienestar psicológico, como ansiedad, depresión y estrés, asociada a las causas percibidas del aumento de peso. Esto se interpreta como una vulnerabilidad que podría contrarrestar las iniciativas e intervenciones de pérdida y mantenimiento de peso.

En cuanto a las motivaciones para perder peso, destacó la importancia de las motivaciones intrínsecas para tomar la decisión y mantener el cambio de comportamiento. Aunque en algunos casos, es posible que las habilidades para desarrollar un cambio de conducta aún sean débiles. Asimismo, la motivación para mantener el cambio de consulta está impulsada por la satisfacción con los resultados del comportamiento, especialmente aquellos que favorecen su salud (23), las creencias y los valores. Por lo tanto, es probable que estos objetivos intrínsecos puedan ser exitosos para

generar una motivación que promueva el cambio a largo plazo.

Respecto a las experiencias favorecedoras, el apoyo familiar (23) y los comportamientos de los participantes, como el establecimiento de rutinas de comidas, ejercicios, metas y la búsqueda de ayuda profesional, tuvieron un rol importante para el cambio de comportamiento. Una dinámica familiar de apoyo es fundamental para propiciar cambios sostenibles.

Por el contrario, las reflexiones de los participantes sobre las barreras para la pérdida de peso también implicaron a la familia, ya que los estilos de vida de sus miembros pueden afectar o debilitar las intervenciones o comportamientos efectivos para bajar de peso. Igualmente, los hallazgos cualitativos revelaron que los compañeros de trabajo tuvieron una influencia social en las experiencias de mantenimiento de la pérdida de peso.

Cabe subrayar que las expectativas deseables de bajar de peso se encaminan a mejorar su salud y sentirse mejor físicamente, lo que implicó incluso la posibilidad de someterse a tratamientos quirúrgicos. Las consecuencias del exceso de peso implicaron daño físico y de salud mental (24), incluyendo el impacto en la autoestima (25). Esto evidencia los efectos psicológicos negativos que afectan el estado de salud directa e indirectamente, lo que reduce la calidad de vida humana.

Los resultados pueden ser útiles para los profesionales de la salud, investigadores y formuladores de políticas para apoyar la disminución y el mantenimiento de la pérdida de peso. Asimismo, pueden ser inspiradores para guiar las conversaciones de apoyo o consejo para los pacientes y sus familias.

Fortalezas y limitaciones del estudio

La fortaleza del estudio radica en que las entrevistas captaron la experiencia compleja y multifacética de hombres y mujeres con exceso de peso que habían logrado perder peso, que lo mantenían o que estaban intentando bajarlo. Sus expresiones destacan las experiencias y comportamientos facilitadores, así como las barreras para la pérdida y mantenimiento de peso.

Se considera una limitación del estudio que la muestra estuviera condicionada al hecho de que las entrevistas debían coincidir con la cita del paciente. No obstante, se logró la máxima variabilidad en el reclutamiento. Asimismo, es posible que exista cierto sesgo de deseabilidad social en las declaraciones.

Se justifica mayor investigación, ya que se reconoce que los datos recopilados son una representación del diálogo entre investigadores y participantes, y podrían haberse alejado en algún punto de los verdaderos sentimientos de los pacientes participantes.

Conclusión

Los pacientes reconocieron la necesidad de modificar sus hábitos alimentarios y las consecuencias afectaron su salud física y mental. Se necesita ampliar e institucionalizar el ejercicio y la actividad física y mejorar la alfabetización sanitaria para prevenir y controlar la obesidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berthoud H-R, Klein S. *Advances in obesity: Causes, consequences, and therapy. Gastroenterology.* 2017;152(7):1635-7.
- Blüher M. *Obesity: global epidemiology and pathogenesis. Nat Rev Endocrinol.* 2019;15(5):288-98.
- Horwich TB, Fonarow GC, Clark AL. *Obesity and the obesity paradox in heart failure. Prog Cardiovasc Dis.* 2018;61(2):151-6.
- Diez-Canseco F, Saavedra-García L. *Social programs and reducing obesity in Peru: Reflections from the research. Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2017;34(1):105-12.
- Pajuelo Ramírez J, Torres Aparcana L, Agüero Zamora R, Bernui Leo I. *El sobrepeso, la obesidad y la obesidad abdominal en la población adulta del Perú. An la Fac Med.* 2019;80(1):21-7.
- Darbandi M, Najafi F, Pasdar Y, Mostafaei S, Rezaeian S. *Factors associated with overweight and obesity in adults using structural equation model: mediation effect of physical activity and dietary pattern. Eat Weight Disord Anorexia, Bulim Obes.* 2020;25(6):1561-71.
- Irandoost SF, Taghdisi MH, Dehdari T, Bayangani B, Azadi NA. *Obesity consequences from the people's perspective living in Kurdish regions of Iran: A qualitative content analysis. J Educ Health Promot.* 2019;8(1):159.
- Cohen E, Gradidge PJ-L, Ndao A, Duboz P, Macia E, Gueye L, et al. *Biocultural determinants of overweight and obesity in the context of nutrition transition in Senegal: a holistic anthropological approach. J Biosoc Sci.* 2019;51(4):469-90.
- Ellison-Barnes A, Johnson S, Gudzone K. *Trends in Obesity Prevalence Among Adults Aged 18 Through 25 Years, 1976-2018. JAMA [Internet].* 2021 Nov 23;326(20):2073-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34812876>
- Stival C, Lugo A, Odone A, van den Brandt PA, Fernandez E, Tigova O, et al. *Prevalence and Correlates of Overweight and Obesity in 12 European Countries in 2017-2018. Obes Facts [Internet].* 2022;15(5):655-65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35917801>
- Sepúlveda-Peñaloza A, Cumsille F, Garrido M, Matus P, Vera-Concha G, Urquidí C. *Geographical disparities in obesity prevalence: small-area analysis of the Chilean National Health Surveys. BMC Public Health [Internet].* 2022 Jul 29;22(1):1443. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35906592>
- Lim S, Smith CA, Costello MF, MacMillan F, Moran L, Ee C. *Barriers and facilitators to weight management in overweight and obese women living in Australia with PCOS: a qualitative study. BMC Endocr Disord [Internet].* 2019;19(1):106. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12902-019-0434-8>
- Greaves C, Poltawski L, Garside R, Briscoe S. *Understanding the challenge of weight loss maintenance: a systematic review and synthesis of qualitative research on weight loss maintenance. Health Psychol Rev [Internet].* 2017 Jun;11(2):145-63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28281891>
- Robinson OC. *Sampling in Interview-Based Qualitative Research: A Theoretical and Practical Guide. Qual Res Psychol [Internet].* 2014 Jan 2;11(1):25-41. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14780887.2013.801543>
- Francis JJ, Johnston M, Robertson C, Glidewell L, Entwistle V, Eccles MP, et al. *What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. Psychol Health [Internet].* 2010 Dec;25(10):1229-45. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870440903194015>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Mapa de pobreza monetaria provincial y distrital 2018 [Internet].* 2020. Available from: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicacionesdigitales/Est/Lib1718/Libro.pdf>
- Braun V, Clarke V. *Reflecting on reflexive thematic analysis. Qual Res Sport Exerc Heal [Internet].* 2019 Aug 8;11(4):589-97. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Vives Varela T, Hamui Sutton L. *La codificación y categorización en la teoría fundamentada, un método para el análisis de los datos cualitativos. Investig en Educ Médica.* 2021;10(40):97-104.
- Saldaña J. *The Coding Manual for Qualitative Researchers.*
- Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. sage;1994.*
- Guba EG, Lincoln YS. *The Jossey-Bass higher and adult education series and the Jossey-Bass social and behavioral science series. Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. Jossey-Bass;1981.*
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Heal Care.* 2007;19(6):349-57.
- Kwasnicka D, Dombrowski SU, White M, Snihotta F. *Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. Health Psychol Rev.* 2016;10(3):277-96.
- Chu D-T, Minh Nguyet NT, Nga VT, Thai Lien NV, Vo DD, Lien N, et al. *An update on obesity: Mental consequences and psychological interventions. Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev [Internet].* 2019;13(1):155-60. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402118302820>
- McClure AC, Tanski SE, Kingsbury J, Gerrard M, Sargent JD. *Characteristics associated with low self-esteem among US adolescents. Acad Pediatr.* 2010;10(4):238-44.

CORRESPONDENCIA:

Edny Falcón Jorge
ednydavidfalconjorge@gmail.com

Edny Falcón Jorge
<https://orcid.org/0000-0002-9371-8227>

Rina Alvarez Becerra
<https://orcid.org/0000-0002-5455-6632>

Blanca Raquel Zevallos Delgado
<https://orcid.org/0000-0002-7129-5366>

Rosa Condori Yupanqui
<https://orcid.org/0000-0002-4990-4188>