



Población y Salud en Mesoamérica

Características deseables de un programa educativo para mujeres con exceso de peso del cantón Central de Alajuela, Costa Rica, según las participantes y profesionales en salud

Tatiana Martínez-Jaikel e Indira Debeausset-Staton

Como citar este artículo:

Martínez-Jaikel, T. y Debeausset-Staton, I. (2020). Características deseables de un programa educativo para mujeres con exceso de peso del cantón Central de Alajuela, Costa Rica, según las participantes y profesionales en salud. *Población y Salud en Mesoamérica*, 18(1). <https://doi.org/10.15517/psm.v18i1.40815>



ISSN-1659-0201 <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Revista electrónica semestral

Centro Centroamericano de Población

Universidad de Costa Rica



Características deseables de un programa educativo para mujeres con exceso de peso del cantón Central de Alajuela, Costa Rica, según las participantes y profesionales en salud

Desirable characteristics of an educational program for excess weight women of the Central County of Alajuela, Costa Rica, according to women and health professionals

Tatiana Martínez-Jaikel¹, Indira Debeausset-Staton²

Resumen: Introducción: En Costa Rica, según la segunda encuesta de vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular del 2014, el exceso de peso en mujeres alcanza un 70.6 %. Esto trae múltiples consecuencias para su salud física y emocional. Se ha tratado de abordar este problema, a partir del criterio de profesionales en salud sin consultar a las personas afectadas acerca de sus preferencias. **Objetivos:** Identificar las características deseables que debe incluir un programa educativo dirigido a mujeres con exceso de peso en el Cantón Central de la provincia de Alajuela, Costa Rica, desde el punto de vista de las participantes y del personal de salud. **Metodología:** Se utilizaron tanto técnicas cualitativas (2 grupos de discusión, 5 grupos focales, 7 entrevistas a profundidad y 2 sesiones de devolución de resultados con 28 mujeres), como cuantitativas (una encuesta a 16 profesionales en salud de diferentes disciplinas). **Resultados:** tanto para la mayoría de las mujeres participantes como para todo el personal de salud, el programa debe contar con tres componentes: el nutricional, el psicológico y el de actividad física. Ambos grupos coinciden en que idealmente debería ser un programa grupal con un componente individual. Las mujeres indican que el programa debería motivarlas, ejercer control y ofrecerles una “dieta”. **Conclusiones:** Un programa dirigido a mujeres con exceso de peso, debe ser preferiblemente grupal, tratar la parte nutricional, promover la actividad física y priorizar el abordaje de los factores emocionales. Se recomienda trabajar en forma interdisciplinaria; siendo básico contar con una persona profesional en nutrición. **Palabras claves:** obesidad, personal de salud, terapia grupal, investigación cualitativa

Abstract: Introduction: In Costa Rica, according to the second 2014 cardiovascular risk factor surveillance survey, excess body weight reaches 70.6% in women. Excess body weight has multiple consequences for women’s physical and emotional health. That problem has been addressed taking into consideration the criteria of health professionals, without consulting the women with excess body weight. **Objectives:** To identify the desirable characteristics of an educational program for excess weight women of the province of Alajuela, Costa Rica, taking into consideration both health personnel and excess weight women’s opinions. **Methodology:** We conducted two discussion groups, 5 focus groups, 7 in-depth Interviews, and 2 member-checking sessions with 28 women, and a survey with 16 health personnel from different disciplines. **Results:** For most of the women and all the health personnel, the program must have three components: nutrition,

¹ Universidad de Costa Rica, COSTA RICA. tatiana.martinez@ucr.ac.cr ORCID <http://orcid.org/0000-0002-1288-7353>

² Universidad de Costa Rica, COSTA RICA. indiradeb@gmail.com ORCID <http://orcid.org/0000-0003-2344-2197>

psychology, and physical activity. For both, it should be a group program with some individual sessions. For women, the program should motivate them, “exercise control” over them, and offer a structured diet plan which they can follow. **Conclusions:** A weight loss program for excess weight women should be a group therapy. It should have three components: nutritional education, promoting physical activity and addressing emotional factors. It is recommended to work in an interdisciplinary team that should have a Nutritionist.

Key Words: obesity, health personnel, group therapy, qualitative research

Recibido: 23 Feb 2020 | **Corregido:** 24 May, 2020 | **Aceptado** 29 May, 2020

1. Introducción

El exceso de peso es un problema mundial que se ha casi triplicado desde 1975 (World Health Organization, 2020). Costa Rica no es la excepción, según la segunda encuesta de vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular del año 2014 (Wong, 2016), el exceso de peso en mujeres es de un 70.6 % con una prevalencia mayor que en los hombres (63.5 %).

El exceso de peso trae múltiples consecuencias para la salud de las mujeres, tales como hipertensión, dislipidemias, enfermedad cardiovascular y un aumento de la mortalidad. Sin embargo, las consecuencias a nivel emocional y social, tales como depresión, inseguridad, aislamiento, baja autoestima e inseguridad alimentaria, son también de grandes dimensiones (Food Research and Action Center, 2015; World Health Organization, 2020).

Es importante considerar que la pérdida de peso, entre 2,5 y 5,5 Kg de peso (tras dos años de cambios en el estilo de vida), reduce el riesgo de diabetes de un 30 a 60 %. El perder entre un 5 y un 10 % del peso reduce la presión arterial sistólica y diastólica, así como el uso de tratamiento antihipertensivo. También reduce un 1.0 % la HbA1c (hemoglobina glicosilada) y las necesidades de medicamentos para la diabetes (Jensen et al., 2014; Sociedad Española para el estudio de la Obesidad [SEEDO], 2016).

Por otra parte, la inseguridad alimentaria y nutricional (INSAN) ha sido asociada con exceso de peso en mujeres, pero no así en hombres (Food Research and Action Center, 2015). La INSAN se puede definir “cuando las personas no tienen acceso físico, social o económico suficiente a alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana” (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO], 2010, p.8).

La mayoría de los consensos sobre el tratamiento de la obesidad en personas adultas indica que debe constar de tres pilares fundamentales: una dieta reducida en calorías, un incremento de la actividad física y el uso de estrategias conductuales que faciliten la adherencia a las

recomendaciones de alimentación y ejercicio (Bethesda, 1998; Jensen et al., 2014; Seagle, Strain, Makris y Reeves, 2009). También se ha reconocido la importancia del apoyo social y familiar en la pérdida de peso en las mujeres, así como el rol fundamental que juegan los factores ambientales (Albuquerque, Nóbrega, Manco y Padez, 2017; Seagle et al., 2009).

Aunque en Costa Rica se han hecho esfuerzos por buscar una solución efectiva al problema del exceso de peso, hasta el momento de esta investigación no se conocía ningún estudio que haya dado "voz" a las mujeres en relación con el problema del exceso de peso (Martínez-Jaikel, 2011), con lo cual se perdía la dimensión más humana del problema. Por ejemplo, no se tiene suficiente información, acerca de si las personas prefieren el abordaje individual o grupal, si prefieren que les entreguen una dieta estructurada o se les enseñe a hacer sus propias selecciones de alimentos, o si la inseguridad alimentaria influye en el tipo de programa que prefieren. A su vez, la mayoría de las alternativas existentes se ha centrado principalmente en el abordaje desde los factores individuales, tales como tratar de cambiar los hábitos de alimentación o motivar sobre la práctica de ejercicio físico, dejando de lado el origen multifactorial del exceso de peso (Jensen et al., 2014).

Por lo tanto, se vuelve imperativo conocer las características con las que debe contar un programa educativo que parta de la realidad de las potenciales participantes y tome en cuenta sus expectativas. También, es importante conocer la opinión de los distintos profesionales en salud que podrían estar involucrados en el tratamiento del exceso de peso, acerca de las características que debería tener esta alternativa de atención. El objetivo de este artículo es identificar las características deseables que debe incluir un programa dirigido a mujeres con exceso de peso del Cantón Central de Alajuela, Costa Rica, desde el punto de vista de las potenciales participantes y del personal de salud.

2. Metodología

Este estudio se llevó a cabo en el cantón Central de la provincia de Alajuela, Costa Rica durante el año 2010. Se seleccionó la ciudad de Alajuela por ser parte del Gran Área Metropolitana, alrededor de la ciudad capital del país, y por contar con facilidades para el desarrollo de este estudio. El protocolo de esta investigación fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica.

2.1 Enfoque y tipo de estudio

Se utilizó un enfoque de investigación mixto, en el cual se aplicaron principalmente métodos cualitativos complementados por un componente cuantitativo (Morse & Cheek, 2014). El tipo de

estudio es descriptivo transversal. Para el estudio cualitativo, se usó la teoría fundamentada “grounded theory” como nuestra orientación teórica (Glaser, Strauss y Strauss, 2017) para explorar las expectativas de las participantes, en relación con un programa de pérdida de peso. El componente cuantitativo se utilizó para conocer el criterio del personal de salud acerca de las características que debería tener un programa dirigido a mujeres con exceso de peso.

2.2 Muestra y selección de los participantes

La investigación se realizó con la participación de dos grupos: 1) mujeres con exceso de peso (unas con seguridad alimentaria y nutricional (SAN) y otras con INSAN) y 2) profesionales que trabajaban o potencialmente se podrían involucrar en el trabajo con estas mujeres. Para ambos se utilizó una muestra no probabilística con criterios. Para las mujeres, se consideraron los siguientes criterios de inclusión: tener sobrepeso (IMC entre 25-29.9 kg/m²) u obesidad grado I (IMC entre 30 y 34.9 kg/m²), según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization, 2020), no presentar diagnóstico de diabetes mellitus ni estar embarazada, tener entre 30 y 60 años (etapa adulta) y residir en el área geográfica del estudio. Las personas profesionales tenían que ser tituladas en alguna de estas disciplinas: trabajo social, nutrición, medicina, psicología o educación física y preferiblemente tener experiencia en el trabajo con mujeres con exceso de peso. La muestra final quedó constituida por 28 mujeres con exceso de peso (16 con INSAN y 12 con SAN) y 16 profesionales en salud (5 nutricionistas, 4 trabajadoras sociales, 4 psicólogas, un médico y 2 educadores físicos). De estos 11 tenían experiencia en el trabajo con mujeres con exceso de peso, de los 5 restantes que no se habían involucrado con el tema, 4 eran trabajadores sociales y uno profesional en educación física. La experiencia promedio de los que sí han trabajado con estas mujeres es de 8.7 años.

2.3 Variables y categorías de análisis

Características sociodemográficas, estado nutricional y nivel de inseguridad alimentaria: A las mujeres se les preguntó su edad, situación laboral, nivel educativo y estado marital. El nivel de INSAN fue medido con la escala de inseguridad alimentaria para Costa Rica (González, Jiménez, Madrigal, Muñoz, y Frongillo, 2008), la cual consta de 14 ítems, con opciones de respuesta de “nunca”, “a veces” y “muchas veces”. También se les tomó el peso y la talla con el fin de calcular su IMC.

Características deseables de un programa de pérdida de peso: Se interrogó tanto a las mujeres como al personal de salud y para ambos incluyó aspectos como número de sesiones, duración y periodicidad del programa, modalidad de atención (individual o grupal), número de participantes

y temas propuestos. En las mujeres se utilizaron técnicas cualitativas y en el personal de salud se hizo en forma cuantitativa.

2.4 Desarrollo y prueba de instrumentos

Se llevaron a cabo dos grupos de discusión con mujeres con exceso de peso con las mismas características de la población en estudio, pero que no participarían en la investigación principal. Con ellas se trabajó la guía de discusión propuesta para los grupos focales, con el fin de ver si era necesario introducir cambios o aspectos que no se habían contemplado.

El primer grupo de discusión contó con la participación de 12 mujeres de la ciudad de Alajuela con SAN y fue convocado a través de la Oficina de la Mujer de la Municipalidad. En el segundo, participaron 6 mujeres de la ciudad de Atenas las cuáles tenían INSAN.

Los grupos se dividieron en mujeres con INSAN y mujeres con SAN con el fin, no solo de investigar si existían diferencias entre ambas, sino también de agrupar mujeres con situaciones de vida similares, lo que facilitaría el compartir información.

Con base en los resultados arrojados, se les hicieron correcciones a las guías de grupo focal. Por ejemplo, se agregaron preguntas para profundizar en aspectos que resultaron centrales, tales como, el estado de ánimo. Posterior a la realización de cada uno de los grupos, se desarrolló una sesión educativa relacionada con nutrición y un refrigerio con el fin de agradecer su participación en el estudio.

2.5 Convocatoria y selección de las participantes

El reclutamiento de las participantes se realizó a través de la base de datos que tiene la Oficina de la Mujer de la Municipalidad de Alajuela de mujeres interesadas en participar en grupos de estilos de vida saludable. En total, se asignó cita a 70 mujeres para verificar los criterios de inclusión. Finalmente, cada una de las 28 mujeres que cumplieron estos criterios y que quisieron participar, leyeron y firmaron el formulario de consentimiento informado.

2.6 Técnicas de recolección de datos

2.6.1 Mujeres con exceso de peso

Se realizaron tres grupos focales con mujeres con INSAN (n=16) y 2 grupos con mujeres con SAN (n=12). Para todos los grupos se utilizó una guía de grupo focal, la cual contaba con 10 secciones: salud en general, conocimientos con respecto al exceso de peso, sentimientos con respecto al

peso, estado de ánimo, exceso de peso y relación socioeconómica, características de un programa de pérdida de peso, barreras y facilitadores para la pérdida de peso, apoyo familiar, motivaciones para perder peso, ventajas y desventajas de someterse a un plan de pérdida de peso.

Se realizaron 7 entrevistas a profundidad a las mujeres (4 con INSAN y 3 con SAN) utilizando una guía de entrevista. Esto con el fin de profundizar en algunos aspectos de los grupos focales y tratar aspectos más personales, como los intentos que habían realizado para perder peso y que les podría haber sido difícil compartir en grupo. Las participantes fueron las mismas mujeres que tomaron parte de los grupos focales. Este número de grupos focales y entrevistas fue determinado por la saturación que mostró la información obtenida; es decir, se dejaron de llevar a cabo grupos y entrevistas, cuando se dejó de encontrar información nueva.

2.6.2 Profesionales

Con las 16 personas profesionales involucradas en el abordaje de mujeres con exceso de peso, se realizó una encuesta con relación a las características que debería tener un programa de pérdida de peso dirigido a mujeres con exceso de peso, la misma fue enviada y contestada a través del correo electrónico. Este instrumento constaba de 4 secciones (información general, experiencias en el trabajo con mujeres con exceso de peso, características deseables de un programa de pérdida de peso y aportes desde el trabajo social) para un total de 24 preguntas: 19 de respuesta abierta y 5 de respuesta cerrada.

2.7 Procesamiento y análisis de la información

Los grupos focales y las entrevistas se grabaron, transcribieron textualmente y se editaron para garantizar la calidad de la información. La organización y codificación de los datos cualitativos se realizó con la ayuda del programa informático ATLAS/ti. La estrategia de codificación seguida fue elaborar una lista inicial de categorías de acuerdo con los objetivos de la investigación. Se asignó a los segmentos que compartían la misma naturaleza, significado y características la misma categoría. Sin embargo, la lectura reiterada de los textos permitió que afloraran una gran cantidad de categorías emergentes, por lo que era necesario, a partir de los datos, llegar a los conceptos, es decir, la lectura de los textos permitió ir elaborando en forma paulatina la lista de las categorías. Posteriormente, se agruparon las diferentes categorías en familias, que intentan resolver los objetivos iniciales de la investigación, así como contestar algunas preguntas que surgieron durante ella.

La información cuantitativa correspondiente a la caracterización de las participantes, así como la consulta a expertos se analizó utilizando estadística descriptiva y con ayuda del programa MS-EXCEL.

2.7.1 Control de la calidad de los datos

Con el fin de garantizar la calidad de los resultados, se realizó un proceso de devolución y validación de los resultados obtenidos con las mujeres participantes. Se realizaron dos sesiones, una con 8 mujeres con SAN y la otra con 8 mujeres con INSAN. También durante el análisis de datos, se realizaron reuniones frecuentes con el equipo investigador, con el fin de ir discutiendo los temas emergentes.

3. Resultados

3.1 Características deseables del programa educativo

Las características deseables se presentarán desde el punto de vista de las participantes y del personal de salud.

3.2. Según las potenciales participantes

A las mujeres se les consultó sobre los temas que debería abordar el programa, así como aspectos metodológicos del mismo, tales como modalidad preferida, forma en que les gustaría recibir el plan de alimentación, entre otras cosas.

Aunque no era requisito para participar el tener experiencias previas de pérdida de peso, durante el estudio se determinó que la mayoría han tenido diversas experiencias con varios tipos de programas, individual, grupal, con dietas y sin dietas. A continuación, se presentan las características sociodemográficas de las participantes.

3.2.1 Características sociodemográficas de las mujeres participantes.

La mayoría de las mujeres participantes tenían entre 30 y 49 años (68 %), eran amas de casa (79 %), tenían al menos la primaria completa (82 %) y tenían una pareja (75 %). (Tabla 1).

Tabla 1.

Características de las mujeres en el momento del reclutamiento (n=28)

Características	n	%
Edad (años)		
30-39	7	25
40-49	12	43
50-60	9	30
Nivel Educativo		
Escuela primaria incompleta	4	14
Escuela primaria completa	5	18
Secundaria incompleta	6	21
Secundaria completa	8	29
Universidad incompleta	3	11
Universidad completa	2	7
Estado Marital		
Conviviendo en pareja	21	75
No convive en pareja	7	25
Situación laboral		
Amas de casa	22	79
Ocupaciones informales	6	21
Estado Nutricional según IMC (Kg/m²)		
Sobrepeso (25-29,9 kg/m ²)	11	39
Obesidad grado I (30-34,9 kg/m ²)	17	61
Estado de seguridad alimentaria		
Seguridad Alimentaria	12	43
Inseguridad alimentaria y nutricional leve	12	43
Inseguridad alimentaria y nutricional moderada	1	4
Inseguridad alimentaria y nutricional severa	3	11

Fuente: Elaboración propia, 2011.

3.2.2. Temas propuestos por las mujeres

En relación con los temas que las mujeres consideran necesitan para poder perder peso se tiene que las mujeres con INSAN plantean en su mayoría temas relacionados con la alimentación y las mujeres con SAN mencionaron en mayor cantidad la necesidad de un componente de psicología. Sin embargo, ambos grupos consideran fundamental la parte emocional, ya que ellas piensan que muchas de las consecuencias de su exceso de peso y las barreras que tienen para adelgazar están

ligadas a la parte emocional (Martínez-Jaikel y Frongillo, 2016). Una de las participantes menciona: "Diay ¡yo pienso que la nutrición tiene que ir ligada definitivamente con la psicología, definitivamente o sea!..." (Mujer SAN).

Y la mayoría de ellas mencionan que lo fundamental es conocer sobre cómo "manejar la ansiedad":

"Bueno, yo pienso que se podría considerar cómo poder ayudar a la mujer en casos de ansiedad, qué darles a las mujeres cuando están con ansiedad para que no coman tanto, o sea no comer tanto porque el daño es en la salud más que todo lo que usted está haciendo igual psicológicamente porque empezamos a sentirnos tan feas que ya no nos gustamos ni nosotras mismas entonces que no proyectamos nada..." (Mujer SAN)

"Cómo atacar ciertos momentos de ansiedad o emocionales porque yo sé que usted va a decir si usted hace ejercicio entonces no se deprime o va a decir tal vez es que si usted come, no pero es que hay momentos es que usted se está sintiendo, usted necesita como saber a qué recurre, [que] me voy a tomar" (Mujer INSAN).

Para las mujeres con INSAN los temas relacionados con la alimentación que se deberían incluir son en orden de mención, los siguientes:

- Las porciones que deberían consumir, es decir, los tamaños de porción.
- Selección de los alimentos adecuados: aprender a saber entre alimentos semejantes cuál son nutricionalmente mejores, por ejemplo, cuál aceite o galleta es mejor que las otras o incluso que preparaciones son mejores que otras.

"Entonces yo digo si como galleta soda pero ¡diay! me dijo que no coma galletas pero ¿qué tipo de galletas?"

- Sustitución de alimentos: esto porque muchas veces se les dice qué no comer, pero no lo que sí pueden comer, o bien que en caso de que hayan comido de más, como lo pueden compensar después:

"Por ejemplo a mí me dice el doctor, no coma galletas, no coma tortillas, no coma pan, no coma, pero no me dice, lo que debería decirme es coma esto, esto y esto, entonces yo digo bueno no como galletas pero qué tipo de galletas, me entiende, entonces uno se queda".

- Menús establecidos: las participantes lo que quieren es que les den un menú con qué comer cada día.
- Recetas saludables: ellas sugieren que se les faciliten recetas usando alimentos que se suelen recomendar, pero que ellas no saben cómo incluir:

“Bueno por ejemplo en el mercado hay harina integral bueno que entonces nos aporten una receta con harina integral, hay harina, hay macarrones, hay arroz integral, entonces que nos den una receta o varias recetas de cómo hacer el arroz, cómo hacer las galletas, de cómo hacer los macarrones, hay carne de soya, bueno agrégueleme esto, carne molida también de soya muy rico, pero que nos den ideas porque a veces...”

- Técnicas de preparación de alimentos: ellas desean conocer cómo mejorar las maneras en que preparan sus alimentos:

“Bueno, pero es que puede haber lo que hay pero si depende de cómo lo hayas preparado, pueden haber vainicas pero si al picadillo de vainicas le echas un montón de mantequilla, eso el que comes verdad, entonces estás comiendo mal, si le echas un montón de mantequilla”.

- Técnicas para acelerar el metabolismo: varias de ellas mencionaron que desean conocer las formas para acelerar su metabolismo “lento”:

“Lo que yo si quisiera saber es técnicas, si tenemos el metabolismo lento qué técnicas hay para acelerarlo y quemar grasa, comiendo qué o haciendo qué, encontrar esa técnica es el santo grial”.

A las mujeres con INSAN, otros conocimientos que les gustaría adquirir son técnicas para rendir el dinero, donde adquirir los alimentos más baratos y cómo sembrar alimentos en el hogar. Estas mujeres ven el conocimiento como un factor a favor, principalmente para ellas que “tienen que hacer de tripas corazón” para obtener al menos lo indispensable, por lo tanto, es fundamental dentro del dinero que tienen aprender a *seleccionar lo mejor*.

“Que nos dé técnicas, estrategias para poder saber cocinar mejor nuestros alimentos, dónde adquirirlos a buen precio o cómo sembrarlos en caso de la hidroponía por ejemplo si tenemos chance de hacerlo en la casa, técnicas para

poder que la platita nos alcance por ejemplo para otras cosas más importantes como medicinas, o zapatos o libros”.

Lo que a las mujeres con SAN les gustaría conocer con respecto a la alimentación es a combinar alimentos, ya que *“la combinación de alimentos que he escuchado que tiene mucho efecto en la parte psicológica.”*

3.1.1 Actitudes y habilidades que debe desarrollar el programa

Aunque este punto no se exploró directamente con las mujeres, ellas si mencionaron algunos aspectos importantes a considerar en el programa. Con respecto a actitudes, la mayoría de las mujeres piensan que es básico que el programa las logre motivar.

“Que las motiven, que si no lograste bajar, que si tenías un propósito digamos de bajar un kilo en un mes y no lo lograste entonces no desanimarse y continuar adelante, ser motivada y que le digan tranquila eso suele suceder, no se mentiritas blancas para que la persona se sienta bien y no deje, no desista en lo que está haciendo” (mujer SAN).

También mencionaron que era importante el aprender a quererse, con el fin de cuidarse a sí mismas, es decir, desarrollar la actitud del autocuidado.

“Entonces yo creo que un programa tiene que llevar a ese conocimiento, o sea primero aprenderse a querer la persona, para convencerla, el poder de convencimiento, de que tiene que cuidarse, y eso lo hago cuando, cuando me aprendo a querer, si yo no me quiero no me cuido, y me voy a autodestruir” (Mujer SAN).

Con respecto a comportamientos que debe fomentar, mencionan principalmente la práctica del ejercicio físico, el manejo de la ansiedad y la disciplina.

3.1.2 Modalidad de atención: Grupal Vs individual

Con las mujeres se trató de ahondar en el tema de la modalidad de atención que les gustaría recibir, es decir si preferían la atención grupal, individual o una combinación de ambas. La mayoría de las mujeres participantes reconocen la atención grupal como una modalidad que reúne ventajas

importantes. En el nivel individual, la gran mayoría reconoce que es fundamental que se tomen en cuenta sus propias particularidades, en relación con la alimentación, al ejercicio y la parte emocional. Además, para algunas la parte individual les proporciona la ventaja de tener que “darle cuentas” a alguien, sin embargo, para otras, eso lo sienten cuando están en un grupo.

La combinación de ambas modalidades es la propuesta que se expresa con más fuerza en estas mujeres:

“Y el problema que ella tiene ahí de que la operaron no sabemos si eso puede afectarle, pero también es bonito esto de compartir.” (mujer INSAN)

En la Tabla 2 se resumen las percepciones de las mujeres con respecto a las ventajas y desventajas que tiene la modalidad grupal o individual. Estas coinciden en gran medida con lo propuesto por Helm y Klawitter (2007). En relación con la preferencia de estas mujeres por la terapia grupal, esto coincide con diversos estudios, tales como el de Minniti et al. (2007), quienes concluyeron que entre la consejería nutricional individual y la terapia grupal cognitiva conductual, si bien los resultados obtenidos después de 6 meses de tratamiento fueron iguales en ambas, en la terapia individual el porcentaje de abandono fue significativamente mayor. Una revisión sistemática que intentó comparar la terapia individual con la terapia grupal en obesidad concluyó que las intervenciones grupales fueron más efectivas que las individuales entre grupos donde predominan participantes femeninas y que reciben intervenciones dirigidas por psicólogos (Paul-Ebhohimhen y Avenell, 2009). En un reciente estudio, realizado en Sudáfrica (Manning, Senekal y Harbron, 2019), se demostró que la terapia grupal fue mucho más efectiva en la pérdida de peso que el tratamiento usual, que era normalmente una cita individual con una persona profesional en nutrición y otra en edicina. A su vez, tuvieron mayores incrementos en actividad física y lograron posicionarse en mayor proporción en la etapa de cambio de acción.

Tabla 2.

Ventajas de la modalidad grupal y la modalidad individual según las opiniones de las mujeres.

Modalidad Grupal		Modalidad Individual	
Ventajas	Desventajas	Ventajas	Desventajas
<p>Compartir los logros</p> <p>Tener libertad de expresar lo que sienten</p> <p>Motivarse unas a otras</p> <p>Fomenta la competencia <i>" es que grupal es bonito, ver quién perdió más" (Mujer SAN)</i></p> <p>Apoyo unas a otras <i>"No solo es un apoyo para seguir la dieta sino es un apoyo emocional"</i> (Mujer SAN)</p> <p>Sentirse acompañadas en el problema que sufren <i>"realmente se consuela entre unos y otros al saber que uno no es el único que vive un montón de cosas eso es bueno saberlo "</i> (Mujer INSAN)</p>	<p>Sienten que sus propias particularidades no se toman en cuenta dentro del grupo</p>	<p>Se toman en cuenta sus particularidades en relación con alimentación, ejercicio y emocionales</p> <p><i>"Sería fantástico una dirección más personalizada porque yo no soy igual que Ana Isabel no soy Flor, no soy igual que nadie, mi caso es. "</i></p> <p>(Mujer INSAN)</p> <p>Sienten que le tienen que "dar cuentas a alguien":</p> <p><i>"pero yo siento que cuando uno es una persona gorda uno necesita como que sean más enfáticos que usted me diga vea Al usted por la característica de su contextura, por todo eso más personalizado que me diga bueno usted tiene que hacerme esta dieta hágame esto así y</i></p>	<p>No se tiene la presión del grupo</p> <p><i>"Cuando hay más, a uno le da más vergüenza."</i></p> <p>(Mujer SAN)</p>

Modalidad Grupal		Modalidad Individual	
Ventajas	Desventajas	Ventajas	Desventajas
<p>Hacer nuevas amistades</p> <p><i>"primero porque uno hace amistad con un montón de personas y eso es lo más lindo que uno puede rescatar de cualquier lugar donde uno esté metido" (Mujer INSAN)</i></p> <p>Pasar un rato agradable fuera de la casa</p> <p><i>"pasar una tarde amena. No estar dentro de la casa, entonces eso también le ayuda a uno" (Mujer SAN)</i></p>		<p><i>así y si no funciona entonces vemos a ver qué pasa."</i></p> <p>(Mujer INSAN)</p>	

Fuente: Elaboración propia, 2011

3.1.3 ¿Plan de alimentación estructurado o flexible?

Otro punto que deben considerar los profesionales en nutrición en este tipo de programas es la forma en la cual se va a trabajar con estas mujeres su "dieta", si ellas prefieren un plan de alimentación personalizado, si se entregan listas de intercambio, si se dan menús preestablecidos, si se trabajan únicamente con recomendaciones, entre otras consideraciones. En este sentido al consultarles a las mujeres, las diferentes posibilidades para lograr entender lo que deben comer, a cada opción le encuentran ventajas y desventajas. Con respecto al **menú estructurado**, con lo que ellas "deben" comer cada día, más de la mitad lo prefieren, pues les perciben las siguientes ventajas:

- Tienen una guía de lo que tienen que comer

"Yo creo que me gustaría como que me digan bueno A...usted para bajar esos ese poquito que tiene de más usted necesita consumir tantas calorías diarias y las manda a consumir con esto y esto y esto así yo no me salgo de ahí." (mujer INSAN)

- Les permite planificar las compras y con eso ahorrar dinero

"Y más barato, se economiza porque entonces ya usted ya no gasta de más no se le pierden las cosas porque usted compra algo específico." (mujer SAN)

Sin embargo, para varias de ellas, esas "dietas" rígidas les traen varias desventajas tales como, que sienten que tienen que hacer "comida especial" solo para ellas:

"Tiene desventajas porque si yo voy a hacer es preferible lo que yo hice para el almuerzo de todos nada más que simplemente ponerme la porción que yo me voy a comer simplemente, pero eso de que un menú digamos lunes esto, martes esto, para mí es más incómodo" (mujer INSAN).

Aunque algunas de ellas, piensan que eso no es así, porque su familia podría comer lo mismo que ella:

"pero sí puede uno pero yo no variaba la dieta para mis hijos, qué se yo, si ahí decía bueno media taza de arroz y 1/3 de frijoles y 1 taza de picadillo de vainica con carne molida y 1 taza de lechuga con picada con limón y una manzana, yo lo hacía igual para todo el mundo solo que a los chiquillos les daba más simplemente yo me medía lo mío" (mujer INSAN).

Otra desventaja, es que si no tienen o no pueden comprar alguno de los alimentos incluidos sienten que no están cumpliendo la dieta y eso hace que se sientan mal:

"Sí digamos el asunto es este que esto que dice ella pero llegó un momento un día o unos días o unas semanas que por motivo casi siempre en lo económico de que hoy me toca comer esto y no tengo nada de esto, ok entonces yo voy variando entonces qué razón tiene que me den una dieta si no la estoy cumpliendo" (mujer INSAN).

Además, se llegan a "aburrir" de comer siempre lo mismo o no les gustan las preparaciones que trae la dieta, además les limita el salir a comer afuera, porque no saben qué hacer en estos casos.

"Eso es lo que pasa uno se aburre, ya le digo yo muchos años estuve yendo ahí a la cruz roja, donde esa señora, me mantenía siempre bien, pero llega el momento y uno se cansa ya, ya no quiero comer eso y cuando uno se da cuenta volvió a comer lo que no normalmente comía" (mujer SAN).

A su vez, en algunas personas, el tener una "dieta" les permite sentir que tienen en sus manos la solución al problema. Llama la atención el caso de una de las mujeres que, a pesar de que ha

logrado perder 16 kilos alimentándose saludablemente, pero sin seguir un plan de alimentación, sigue creyendo que lo necesita:

“Obviamente que me den las reglas para tener el hábito todos los días, que me den un menú y obviamente me esforzaría para lograrlo y obtenerlo” (mujer INSAN).

Esto demuestra que para algunas personas es importante “sentir” que tienen a mano una dieta, que esta implica alimentos especiales, que debe seguirse al “pie de la letra” y que esa es la mejor forma de perder peso, aunque las mismas experiencias les hayan demostrado lo contrario. En relación con la preferencia de muchas por una “dieta”, esta puede explicarse por el hecho de que en nuestro país, durante algún tiempo, se pusieron de moda las “dietas”, incluso recomendadas por médicos, en las que se debía comer ciertos alimentos durante un cierto número de días para bajar el peso deseado y es reforzado por las dietas de revistas, las cuales prometen grandes resultados si se sigue la “dieta” propuesta.

En el estudio de Wing et al (1996) se demostró que el seguir planes estructurados que incluyeran listas de compras era más efectivo que un programa estándar de modificación de conducta que incluyera sesiones semanales, pero que no tuviera planes estructurados. Sin embargo, este estudio tuvo una duración de 6 meses y fue realizado en los Estados Unidos de América, lo que implica un contexto diferente al nuestro. En el caso de las mujeres de nuestra investigación, si bien es cierto que mencionan que este tipo de planes les ayuda a perder peso más rápidamente en el corto plazo, también consideran que el sentirse a dieta tiene implicaciones desde el punto de vista de manejo de la ansiedad, que incluso las lleva a “atracones” de comida.

El hecho de tener que seguir el menú tal y como está escrito, hace que ellas sientan que tienen que salirse de su vida cotidiana para cumplir la dieta. Así, surge la creencia que tienen que cocinar diferente y no igual para toda su familia (Martínez-Jaikel y Frongillo, 2016) y, a su vez, no pueden manejar las situaciones de comer afuera que se les presentan, ya que ellas consideran que, si no la hacen tal y como viene ahí, no la están cumpliendo.

3.1.4 *En relación con el seguimiento y evaluación*

La mayoría de las mujeres piensan que es fundamental que el programa tenga seguimiento y evaluación, que se establezcan metas y se esté “controlando” su cumplimiento.

“seguimiento y evaluación. Si usted no se asegura de un seguimiento de que usted está cumpliendo ciertas etapas eh en función de tiempo que en tal semana usted debió haber adquirido tal cosa” (mujer INSAN)

Esto principalmente en lo que se refiere a controlar el peso perdido, ya que ellas consideran un punto fundamental que les lleven un control de su peso cada vez que hay reunión, con el fin de sentirse “presionadas” a hacer las cosas.

“Yo pienso igual que ella, también es mejor que me pesen de 8 a 8 y voy viendo que voy bajando, y sigo todo comiendo poquito [y] el ejercicio toda la semana, caminando” (mujer INSAN).

Otro punto que comentaron ellas con respecto a la metodología, es que les gustan que les den sesiones educativas, a las que les llaman “charlas”, aunque algunas de ellas mencionaron que era importante que no fueran magistrales.

“lo menos magistral posible porque lo magistral nos duerme, magistral es que se para alguien al frente a hablarlo, verdad a decirlo nos duerme, el caso de las charlas, tiene que ser algo más interactivo poner a la gente más interactivo porque eso cala más” (mujer INSAN).

Las mujeres prefieren un programa donde haya un “control”, porque así ellas se sienten presionadas a hacer las cosas. Parece que la motivación para bajar de peso viene de afuera y que sus propias motivaciones no son lo suficientemente fuertes para lograr que bajen de peso, es decir en ellas predominan las motivaciones extrínsecas y no las intrínsecas (Ryan, Williams, Patrick y Deci, 2009). Esto podría hacer que sigan un programa de pérdida de peso por un tiempo, pero luego lo abandonen (Leblanc et al., 2016).

Otro punto que se les preguntó a las mujeres era si estaban dispuestas a realizar tareas como parte del programa. A esta interrogante algunas de las mujeres con inseguridad alimentaria respondieron que sí y algunas que no. Las que piensan que no, atribuyeron eso a su estado de ánimo y al hecho de que tienen muchas otras actividades, por las cuáles prefieren aprovechar el tiempo de la sesión. Pero si comenta la mayoría, que, si dejan tareas o metas, es importante revisarlas.

Algo que es un punto clave a considerar en el diseño e implementación del programa es que este debe partir de las propias realidades de las personas participantes, tal y como lo mencionan estas mujeres refiriéndose al tema de la alimentación:

“como digamos yo apuntar lo que me como durante una semana digamos y yo traer esto y decirle esto es lo que yo comí esta semana, dígame qué me aconseja, qué tengo que cambiar y qué debo quitar y comer” (mujer SAN).

Como se ve anteriormente, para muchas es importante partir de lo que ellas comen.

Esto es reforzado con el hecho de que ellas quisieran que la “dieta” que se les dé, incluya alimentos accesibles para ellas. Otro punto por el que fueron consultadas fue por la duración de la sesión y por el número ideal de participantes. La mayoría de ellas mencionó que preferiblemente la sesión debería durar entre una y dos horas y tener un máximo de 10 participantes. Ya teniendo claridad de lo que para las mujeres es importante en un programa de pérdida de peso, en el siguiente apartado se muestran los resultados de la consulta realizada a las personas profesionales.

3.2 Según el personal de salud

3.2.1 *Grupal vs. Grupal con un componente individual*

De los 16 profesionales consultados, dos piensan que el programa debe ser meramente grupal, una de las profesionales en psicología lo justifica de esta manera:

“Los procesos grupales son más enriquecedores porque permiten a la persona darse cuenta de que no está sola en su problema, además el conocer experiencias similares proporciona apoyo emocional” (Psicóloga)

Las otras 14 opinan que el programa debe ser grupal; pero con un componente individual, la justificación es que hay *“aspectos sensibles y personales que no son convenientes para ser tratados en grupo”*. Este punto coincide con lo propuesto por Helm y Klawitter (2007), quienes consideran que una desventaja de la terapia grupal puede ser que las personas se sientan incómodas de revelar información personal en el grupo.

3.2.2 *Profesionales que deben involucrarse en el programa educativo*

Al personal de salud se les consultó qué profesionales deberían involucrarse idealmente en un programa educativo para mujeres con exceso de peso y cuáles según lo que ellas consideraban factible. Desde el punto de vista de lo que se considera “ideal” el 100 % está de acuerdo que las tres profesiones que deberían incorporarse son nutrición, psicología y educación física, seguidos muy de cerca por medicina (94 %) y trabajo social (75 %). También fueron mencionados otras profesiones fisioterapia, enfermería y especialidades médicas como cardiología, ginecología y cirugía. Tomando en cuenta lo que se considera factible se mencionan, en este orden, nutrición, psicología, educación física, medicina y trabajo social.

3.2.3 *Temas que se deben incluir*

El personal de salud sugiere diversos temas con relación a aspectos relacionados con la nutrición, con la parte emocional y con la actividad física. En la Tabla 3 se sintetiza esto.

Tabla 3

Aspectos relacionados con la Nutrición, con la parte emocional y con la actividad física que según los profesionales consultados debe incluir un programa de pérdida de peso.

Relacionados con Nutrición	Relacionados con la parte emocional	Relacionados con actividad física
Promoción de estilos de vida saludables	Fortalecimiento de la autoestima	Promoción de estilos de vida saludables
Alimentación saludable	Autoimagen	Cómo aumentar la actividad física
Enfermedades asociadas a la obesidad	Autocuidado	Sesiones participativas de ejercicio
Menús saludables	Vivencia personal ante el sobrepeso	Cómo, cuánto y porqué hacer actividad física.
Interpretación de etiquetas nutricionales	Conductas aprendidas acerca de la comida	Ejercicios en enfermedades crónicas
Selección adecuada de alimentos (visita guiada a un supermercado)	Manejo del estrés	Higiene postural
Modificación de recetas	Menopausia	
Alimentación y cultura	Manejo de pensamientos o cogniciones	
Mitos y errores en torno a la pérdida de peso	Resolución de problemas	
Porciones de alimentos	Comunicación asertiva	
Manejo de la alimentación fuera del hogar	Derechos	
Sesiones demostrativas de cocina saludable	Manejo de límites	

Relacionados con Nutrición	Relacionados con la parte emocional	Relacionados con actividad física
<p>Consecuencias médicas del sobrepeso</p> <p>Alimentación de patologías asociadas al sobrepeso como HTA, DM, enfermedades cardiovasculares</p> <p>Aspectos nutricionales de la menopausia.</p> <p>Consejos para comer fuera de casa y en eventos sociales</p> <p>Preparación y almacenamiento de los alimentos.</p>	<p>Manejo y expresión de sentimientos</p> <p>Género</p> <p>Historia familiar y personal vinculada con el sobrepeso.</p> <p>Presión social</p> <p>Manejo de la ansiedad</p> <p>Relación de los alimentos con las emociones</p> <p>Deseos y expectativas en referencia a la pérdida de peso</p>	

Fuente: Elaboración propia, 2011.

Con respecto a los componentes que debe tener el programa, la opinión tanto de las mujeres como de los profesionales coincide con los diferentes consensos sobre el tratamiento del exceso de peso, quienes concluyen que los pilares del tratamiento de la obesidad son la nutrición, la actividad física y el tratamiento psicológico (Bethesda(MD), 1998; Jensen et al., 2014; Seagle et al., 2009). La mayoría de los programas existentes cuentan con estos componentes (Tsai & Wadden, 2005). Por ejemplo, programas reconocidos mundialmente, como "Weight Watchers", "LA Weight Loss" y "Jenny Craig", enseñan a las personas participantes los lineamientos para asistir a reuniones familiares, fiestas y otras situaciones sociales sin que esto afecte la pérdida de peso (Witherspoon y Rosenzweig, 2004), tal y como es sugerido por el personal de salud que participó en este estudio.

3.2.4 Con respecto a las sesiones

También se consultó a las personas profesionales acerca de cuántas sesiones y con qué frecuencia se deberían desarrollar. Alrededor del 40 % de las respuestas (6/16) fueron entre 10 y 15 sesiones,

que dependía de las características del grupo, o de otros factores (5/16). Tres de ellos piensan que deben ser menos de 10 sesiones y 2 de ellos que deben ser más de 15.

En relación con la frecuencia con que se deberían desarrollar las sesiones las opiniones están divididas entre una vez a la semana (7/16) y una vez cada 15 días (6/16). Con respecto al número de participantes máximo por grupo, la mayoría (9/16) piensa que debería ser entre 10 y 15.

4. Conclusiones

Este estudio brinda aportes importantes en relación con los aspectos que se deben considerar al trabajar con mujeres con exceso de peso en mujeres costarricenses. Como principales hallazgos de esta investigación, se tiene que, tanto para las mujeres como para el personal de salud, es indispensable que el programa cuente con tres componentes: el nutricional, el psicológico y la actividad física. Para ambos, idealmente debería ser un programa grupal con un componente individual.

Para las participantes, es fundamental que tome en cuenta sus necesidades, principalmente los aspectos emocionales y, entre estos, es central el manejo de la ansiedad por comer. También, es importante que el programa "las motive" y que se les "controle" continuamente su peso y el cumplimiento de metas. El hecho de que ellas prefieran una alternativa de atención basada en el control está ligado al hecho de que sus motivaciones para perder peso son externas, por lo tanto, necesitan un factor fuera de ellas que las presione para poder cumplir con sus metas, ya sea este el grupo, una pareja o un profesional de la salud.

Existe una tendencia generalizada a querer que se les faciliten "dietas", ya que a pesar de las desventajas que ellas mismas les reconocen, se consideran un requisito indispensable para perder peso. Esto porque el perder peso está asociado para estas mujeres a restricción, alimentos especiales e incluso a comida sin sabor agradable (Martínez-Jaikel y Frongillo, 2016).

Las fortalezas de este estudio se centran en el hecho de que es el primero desde el cuál se aborda la estrategia para lograr la pérdida de peso en las mujeres incorporando el punto de vista de ellas como usuarias. La principal limitación es que la muestra tiene representatividad únicamente para el área urbana y, por lo tanto, sería necesario hacer estudios en área rural. Otra limitación es que algunos de los profesionales consultados no tenían experiencia en trabajo con grupos y ninguno tuvo capacitación específica en el manejo de grupos, entonces sus opiniones podrían no fundamentarse en realidades.

Una de las principales recomendaciones que surgen de esta investigación es trabajar en forma interdisciplinaria el complejo problema del exceso de peso. Es básico contar con una persona profesional en nutrición, e idealmente con una persona profesional en psicología o trabajo social que trabaje los aspectos emocionales, los cuales resultan ser primordiales. También, con un profesional en educación física. En caso de un equipo interdisciplinario, partiendo de la gran cantidad de temas que propone cada profesional, es muy importante que el programa sea diseñado en conjunto llegando a acuerdos sobre como integrar los temas de manera que sean complementarios.

Dado que muchas veces el desarrollo de los programas de pérdida de peso recae únicamente en el profesional en nutrición, es fundamental que este cuente con técnicas que le permitan trabajar la motivación intrínseca de las personas con exceso de peso; así como, sus principales barreras para la pérdida de peso tanto personales como familiares. A su vez, se propone el uso de la educación interactiva nutricional grupal, porque ha demostrado ser efectivo para lograr mejor adherencia al tratamiento, ya que logra generar cambios de actitud y que las personas interioricen sus recursos y motivaciones propias para el cambio (deBeausset, 2018).

Se sugiere dar a las mujeres recomendaciones de alimentación y lograr que entiendan cómo sustituir unos alimentos por otros, ya que probablemente esto les empodere más al sentirse en mayor control sobre su alimentación. Al trabajar con mujeres con INSAN, es primordial el educar con relación a cómo comer saludable a bajo costo y educar acerca de cómo manejar el presupuesto familiar, esto con el fin de que estas aprendan a usar de la mejor forma los recursos existentes.

Por los resultados de este estudio se vislumbra, que uno de los principales retos para cualquier programa que trabaje con mujeres con exceso de peso, es el "manejo de la ansiedad". Las mujeres definen la ansiedad como un "deseo incontrolado" de comer, aún sin tener hambre (Martínez-Jaikel y Frongillo, 2016). Al reconocer que la misma tiene diferentes causas, se vuelve fundamental su abordaje, así como brindar mecanismos alternativos para canalizarla con el fin de facilitar la pérdida de peso.

Es fundamental, promover la terapia grupal en los centros de salud, por ser más costo-efectiva y promover el apoyo social facilitando así los cambios de conducta. La duración de la terapia debería ser de al menos 6 meses y valorar con el grupo si la frecuencia debiera ser semanal o bisemanal. Se recomienda también que el personal de salud que va a manejar la terapia grupal reciba un entrenamiento específico en el manejo de grupos especialmente en la parte de psicología de grupos tanto para poder trabajar las motivaciones, como fortalecer el empoderamiento de las mujeres.

5. Agradecimientos

Se agradece enormemente a la M.Sc. Ivette Campos Moreira por sus aportes a este trabajo. A la Vicerrectoría de Investigación por el financiamiento parcial de este trabajo a través del proyecto: Diseño de un modelo de atención nutricional grupal para mujeres con exceso de peso, que incluya elementos cognitivo-conductuales.

6. Referencias

- Albuquerque, D., Nóbrega, C., Manco, L. y Padez, C. (2017). The contribution of genetics and environment to obesity. *British Medical Bulletin*, 123(1), 159-173. doi: 10.1093/bmb/ldx022
- Bethesda, MD. (1998). *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*. National Heart, Lung, and Blood Institute.
- deBeausset, I. (2018). Educación nutricional grupal interactiva: Logrando cambios duraderos en el estilo de vida. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2). doi: 10.15517/psm.v15i2.30515
- Food Research and Action Center. (2015). *Understanding the Connections: Food Insecurity and Obesity*. Recuperado de http://frac.org/pdf/frac_brief_understanding_the_connections.pdf
- Glaser, B. G., Strauss, A. L. y Strauss, A. L. (2017). *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York, Estados Unidos: Routledge. Doi: 10.4324/9780203793206
- González, W., Jiménez, A., Madrigal, G., Muñoz, L. M. y Frongillo, E. A. (2008). Development and Validation of Measure of Household Food Insecurity in Urban Costa Rica Confirms Proposed Generic Questionnaire. *The Journal of Nutrition*, 138(3), 587-592.
- Helm, K. y Klawitter, B. (2007). *Nutrition therapy: Advanced counseling skills*. Maryland, Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins.

- Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A., ... Yanovski, S. Z. (2014). 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Journal of the American College of Cardiology*, 63(25 Part B), 2985-3023. doi: 10.1016/j.jacc.2013.11.004
- Leblanc, V., Bégin, C., Hudon, A.-M., Royer, M.-M., Corneau, L., Dodin, S. y Lemieux, S. (2016). Effects of a nutritional intervention program based on the self-determination theory and promoting the Mediterranean diet. *Health Psychology Open*, 3(1). doi: 10.1177/2055102915622094
- Manning, K., Senekal, M. y Harbron, J. (2019). Group-based intervention in a primary healthcare setting was more effective for weight loss than usual care. *Health SA = SA Gesondheid*, 24, 1172. doi: 10.4102/hsag.v24i0.1172
- Martínez-Jaikel, T (2011). Aportes Teóricos y Metodológicos en la Atención Nutricional Grupal a Mujeres con Exceso de Peso. (Tesis de posgrado). Universidad de Costa Rica, San José.
- Martinez-Jaikel, T. y Frongillo, E. (2016). Primary role of discouragement in co-existence of food insecurity and excess weight in Costa Rican women. *Journal of Hunger and Environmental Nutrition*, 11(2), 1-17. doi: 10.1080/19320248.2016.1157546
- Minniti, A., Bissoli, L., Di Francesco, V., Fantin, F., Mandragona, R., Olivieri, M., ... Zamboni, M. (2007). Individual versus group therapy for obesity: Comparison of dropout rate and treatment outcome. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 12(4), 161-167. doi: 10.1007/bf03327593
- Morse, J. M., & Cheek, J. (2014). Making room for qualitatively-driven mixed-method research. *Qualitative Health Research*, 24(1), 3-5. <https://doi.org/10.1177/1049732313513656>
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO] (2010). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2010*: FAO. Recuperado de <http://www.fao.org/3/i1683s/i1683s00.htm>
- Paul-Ebhohimhen, V., & Avenell, A. (2009). A systematic review of the effectiveness of group versus individual treatments for adult obesity. *Obesity facts*, 2(1), 17-24.

- Ryan, R. M., Williams, G. C., Patrick, H. y Deci, E. L. (2009). Self-determination theory and physical activity: The dynamics of motivation in development and wellness. *Hellenic Journal of Psychology*, 6(2), 107-124.
- Seagle, H., Strain, G., Makris, A. y Reeves, R. (2009). Position of the American Dietetic Association: Weight management. *Journal of the American Dietetic Association*, 2(109), 330-346. DOI: 10.1016/j.jada.2008.11.041
- Sociedad Española para el estudio de la Obesidad. (2016). *Consenso SEEDO 2016*. Recuperado de <file:///E:/Articulos/Articulos%202020/Art%C3%ADculo%20Indira/Revision%20de%20literatura/ConsensoSEEDO2016.pdf>
- Tsai, A. G., & Wadden, T. A. (2005). Systematic review: an evaluation of major commercial weight loss programs in the United States. *Annals of internal medicine*, 142(1), 56-66.
- Wing, R. R., Jeffery, R. W., Burton, L. R., Thorson, C., Nissinoff, K. S. y Baxter, J. E. (1996). Food provision vs structured meal plans in the behavioral treatment of obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 20(1), 56-62.
- Witherspoon, B., y Rosenzweig, M. (2004). Industry-Sponsored Weight Loss Programs: Description, Costs, and Effectiveness. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 16(5), 198-205.
- Wong McClure, R. (2016). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular. Segunda Encuesta, 2014*. San José, Costa Rica: EDNASS-CCSS
- World Health Organization. (2020). *WHO | Obesity and overweight*. WHO. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Población y Salud en Mesoamérica

¿Quiere publicar en la revista?
Ingrese [aquí](#)

O escribanos:
revista@ccp.ucr.ac.c



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que cambió el paradigma en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la primera en obtener sello editorial como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.

Indexada en los catálogos más prestigiosos. Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#).



 Revista Población y Salud en Mesoamérica -

Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica

