



ORIGINAL

Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad

P. Ocampo-Barrio^a y A.N. Pérez-Mejía^{b,*}

^aUnidad de Medicina Familiar n.º 94, Instituto Mexicano de Seguro Social, Ciudad de México, México DF

^bUnidad de Medicina Familiar, Instituto Mexicano de Seguro Social, Ciudad de México, México DF

Recibido el 27 de agosto de 2009; aceptado el 18 de enero de 2010

PALABRAS CLAVE

Obesidad;
Creencias;
Percepciones

KEYWORDS

Obesity;
Beliefs;
Perceptions

Resumen

Objetivo: Describir y analizar las creencias y las percepciones acerca de la obesidad en personas obesas derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar n.º 94.

Material y métodos: Estudio cualitativo, observacional, transversal y analítico desde la perspectiva del interaccionismo simbólico, realizado en una muestra de 8 personas mayores de 18 años sin problemas de audición ni lenguaje, con un índice de masa corporal superior a 30 kg/m², no portadores de otra enfermedad crónica degenerativa ni psiquiátrica, que aceptaron participar voluntariamente. Las creencias y las percepciones fueron categorizadas en cuatro supuestos: imagen corporal, riesgo para la salud, relación social y tratamientos reductivos. La información se recolectó a través de entrevistas individuales grabadas, transcritas y clasificadas en las diferentes categorías de los supuestos. La información se analizó desde el interaccionismo simbólico y el análisis tridimensional del ethos.

Resultados: La muestra se integró con 6 mujeres y 2 hombres: con obesidad de primer grado, cinco; de segundo grado, dos y de tercer grado, uno. Asociaban la obesidad con el éxito y la vitalidad. Se percibían como «gorditos» y no como «obesos». Se sentían discriminados y rechazados por sus hábitos de alimentación, consumiendo más alimentos como una actitud desafiante.

Conclusiones: La obesidad requiere de un abordaje interdisciplinario que permita considerar los factores biológicos, sociales y culturales del individuo.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Beliefs and perceptions of the obese persons brings over of the obesity

Abstract

Objective: To describe and analyze the beliefs and perceptions regarding obesity in obese persons with who are beneficiaries of the Family Medicine Unit 94.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: natly6@hotmail.com (A.N. Pérez-Mejía).

Material and Methods: A qualitative, observational, cross-sectional and analytic study made from the perspective of symbolic interactionism carried out in a sample of 8 persons over 18 years with not problems in hearing and language, with body mass $> 30 \text{ Kg/m}^2$, who had no other chronic degenerative and psychiatric disease, who agreed to participate voluntarily. Their beliefs and perceptions were grouped into four suppositions: body image, risk for health, social relationship and reconducive treatments. Information was gathered using individual interviews, recorded and transcribed and classified under the different categories of the suppositions. The information was analyzed from Symbolic Interactionism and Tridimensional Analysis of Ethos.

Results: The sample was made up of 6 women and 2 men. One had grade 5 obesity, two grade 2 and one grade 3. They associated obesity with success and vitality and considered themselves as "rather fat" but not as "obese." They felt discriminated and rejected because of their eating habits, consuming more food as a challenging attitude.

Conclusions: Obesity needs to be studied using an interdisciplinary approach that would make it possible to consider the biological, social and cultural factors of the individual.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

La obesidad es producto del almacenamiento excesivo de tejido adiposo; condición que promueve la aparición de hipertensión, cardiopatías, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, afecciones respiratorias, ortopédicas, psicológicas y ciertos tipos de cáncer^{1,2}.

En 1996 se estimó que en el mundo existían 300 millones de obesos, por lo que la Organización Mundial de la Salud etiquetó a la obesidad como la epidemia del siglo XXI³. Diversas teorías señalan como responsables de esta patología a factores de origen genético, endocrino, cultural, psicológico y conductual⁴⁻⁶.

Las estrategias terapéuticas utilizadas van desde las dietas hipocalóricas hasta los fármacos y las modernas técnicas quirúrgicas que muestran éxito en el tratamiento de la obesidad mórbida³.

A pesar del interés de la comunidad científica y de los organismos internacionales en el tema de la obesidad, no se ha logrado disminuir o detener el incremento de la obesidad, ya que es necesario comprender la obesidad como manifestación de un problema social global⁷.

Ante los fracasos, los científicos han sido obligados a reconsiderar y a validar la importancia de la percepción de los riesgos para la salud de la ciudadanía en general. Los ciudadanos utilizan las representaciones sociales a la hora de adoptar conductas en cuanto a su salud, mientras que los científicos utilizan la racionalidad y la evidencia científica ante las conductas de riesgo practicadas por los individuos⁸.

Moscovici señala que las representaciones sociales se utilizan a fin de responder positiva o negativamente ante ciertas situaciones, y no siguen los preceptos de la racionalidad científica. En el plano personal, la representación social se manifiesta como «creencia»⁹.

Resulta importante identificar las creencias y las percepciones que las personas obesas tienen sobre la obesidad; pues se da escasa importancia a los factores emocionales y sociales que acompañan a esta patología².

El modelo de creencias en salud sustentado en el interaccionismo simbólico señala que la construcción de creencias se fundamenta en el acto personal (comunicación intrapersonal) y el acto social (comunicación

interpersonal)⁶. De tal manera que a través de los relatos de vida de las personas estos actos pueden adquirir sentido¹⁰.

Christian Lalive D'Épinay sitúa los relatos de vida en dos áreas importantes: a) el área de desarrollo sociocultural donde se encuentre el individuo, que involucra aspectos económicos, familiares, sociales, profesionales, culturales, emocionales, etc., y b) el área de relación entre comportamiento y acción social.

De tal manera que un relato de vida es un intento por conocer cómo el sujeto entiende su vida. El análisis del relato es insertado en un espacio tridimensional: dimensión temporal, dimensión social y dimensión espacial. Dimensiones que son interdependientes e inseparables^{11,12}.

Material y métodos

En una unidad de atención primaria se realizó un estudio cualitativo, transversal y analítico desde la perspectiva del interaccionismo simbólico. No se determinó estadísticamente el tamaño de la muestra, utilizando muestreo por conveniencia se contó con la participación voluntaria de 8 personas mayores de 18 años, con un índice de masa corporal mayor o igual a 30 kg/m^2 , no portadoras de enfermedad crónica degenerativa ni psiquiátrica, con audición y lenguaje aparentemente funcional. El acopio de la información fue a través de 24 entrevistas individuales (3 entrevistas por participante), audiograbadas y con una duración de 90 min. El investigador guió la entrevista a través de preguntas abiertas detonantes de la libre expresión de la opinión de los participantes en torno a los supuestos establecidos en el estudio y a las categorías de cada uno de ellos: percepción de la imagen corporal (negador, desafiante, atractivo, relajante, relaciones interpersonales), percepción de riesgo para la salud (subestimación del daño, asociación con enfermedades), percepción de rechazo social (convivencia con amigos, con la familia, con el cónyuge y con personas delgadas) y percepción de los tratamientos reductivos (éxitos, fracaso, costo, beneficios e inconvenientes). Cada una de las entrevistas fue transcrita textualmente y los enunciados clasificados en estos apartados; posteriormente, se analizó

desde la perspectiva teórica del interaccionismo simbólico y la teoría del ethos.

Resultados

La muestra de nuestro estudio se conformó con 8 personas: 6 mujeres (75%) y 2 hombres (25%). De acuerdo con el índice de masa corporal registrado, 5 (62,5%) presentaron obesidad de primer grado, 2 (25%) de segundo y una (12,5%) de tercer grado.

En la **tabla 1** se presentan algunos enunciados referentes a las categorías del supuesto «percepción de la imagen corporal». Como puede apreciarse, los entrevistados no se percibieron como obesos, sólo como «gorditos o llenitos». Por su aspecto y su forma de comer fueron blancos de reproches, críticas o consejos para bajar de peso, a lo que respondieron con conductas autoagresivas que los hicieron enorgullecerse abiertamente del consumo compulsivo que hicieron de los alimentos. No obstante ello, expresaron sentirse inconformes con su imagen corporal, ya que relacionaron la belleza física con la delgadez. Al parecer, el consumo de alimentos les proporcionó cierta relajación ante los problemas que enfrentan en su vida cotidiana. La convivencia social parece promover el consumo de alimentos como una forma de relación.

El **tabla 2** presenta algunos enunciados referentes a las categorías del supuesto «percepción de riesgo para la salud». El riesgo que entraña la obesidad fue subestimado, al no ser catalogada como una enfermedad por sí misma. Solo fue reconocida como factor de riesgo para la aparición de enfermedades cardiometabólicas, como el infarto, la diabetes y la aterosclerosis, asimismo, fue relacionada con problemas osteomusculares.

El **tabla 3** muestra algunos enunciados relativos a las categorías del supuesto «percepción de rechazo social». Los entrevistados consideraron que las personas obesas tienen menor posibilidad de ingresar al mundo laboral. Asimismo, no se sintieron aceptados por sus familiares cercanos, quienes reiteradamente hicieron evidente su condición de obesos y los invitaron a cambiar sus hábitos de vida. Sin embargo, de manera ambivalente, el contexto cultural donde se desarrollaron promovió el consumo de alimentos como medio de convivencia y aceptación social.

El **tabla 4** muestra algunos enunciados relativos a las categorías del supuesto «percepción acerca de los tratamientos reductivos». Llama la atención que la presión que la familia ejerció sobre ellos fue el motivante más importante para intentar bajar de peso, seguido del interés personal de sentirse más saludables. Manifestaron tener una escasa confianza sobre el éxito alcanzado por los diferentes tratamientos reductivos. Admitieron que la constancia y la disciplina son los elementos indispensables para perder peso, cualidades de las que admitieron carecer. La inversión económica y de tiempo que demandan los diversos tratamientos fueron consideradas como inconvenientes, situación que, asociada con los efectos secundarios producidos por éstos, les hizo abandonar su intento por perder peso.

El **tabla 5** ubica los relatos de vida dentro de los tres espacios de la teoría del ethos. Como puede observarse, nuestros entrevistados ubicaron en el espacio temporal el inicio de su obesidad a partir de la adolescencia, acentuándose en etapas más avanzadas del periodo de la adultez; los eventos relacionados con las crisis normativas que acontecen durante el devenir del ciclo de vida familiar parecieron precipitar esta patología. Desde la perspectiva

Tabla 1 Enunciados relacionados con las categorías de percepción de la imagen corporal

Negador	Desafiante	Atractivo	Relajante	Relaciones interpersonales
«No siempre se tienen todas las cualidades, yo soy llenita»	«Cuando más me dicen más ganas de comer me entran»	«Hay personas que son obesas y son muy alegres e inteligentes»	«Yo estoy nerviosa, ando viendo qué me como»	«Generalmente me reúno con mis amigas y, pues, hay que comer y comer»
«Me acepto como soy, un poco pasadita de peso»	«Bueno, soy gordita pero puedo comer de todo; los flaquitos no disfrutan la vida»	«A mí me gustan las personas delgaditas, los hombres se ven mal todos panzones y gordos»	«Cuando me siento nerviosa o de malas me pongo a comer pan»	«Me gusta consentir a mi familia, les hago la comida que más les gusta, arroz, sopes, espagueti; en fin, creo que todo lo que engorda es rico»
«Pienso que... así ya es mi constitución, gorda»	«Yo no hago caso y cocino con muchas grasas, total de algo me he de morir»	«Yo quisiera estar delgada para verme bien»	«Como más pues cuando estoy nerviosa»	«Bueno no es lo mismo almorzar solo que acompañado, como que da mas hambre»
«Soy flexible, puedo saltar, correr y andar en bicicleta y no me canso»			«Cuando tengo un problema entre diente, generalmente me desquito con la comida»	

Fuente: entrevistas realizadas.

Tabla 2 Enunciados relacionados con las categorías de percepción de riesgo para la salud

Subestimación del daño	Asociación con enfermedades		
	<i>Enfermedades metabólicas</i>	<i>Enfermedades cardiovasculares</i>	<i>Enfermedades ortopédicas</i>
«Pienso que... así ya es mi constitución, gorda...»	«Por tener simplemente la obesidad viene el colesterol alto... después viene un infarto cerebral»	«No puedo ni caminar o correr porque me agita... mi corazón»	«Se me duermen las manos... Me duelen los huesitos... la costilla... la espalda»
«Sólo me compro tallas más grandes de ropa y ya»	«Padecimientos relacionados con el corazón, las arterias y las hormonas del cuerpo»	«Sobre todo para mi corazón... ya que siento que trabaja más que cuando era delgada... ya que cuando realizo ... mis actividades me agito y tengo palpitaciones...»	«Lesiones en los huesos y a mi edad perjudica mucho a los huesos»
«Si me siento mal... ¡pero enferma!... ¡enferma! no me considero»	«Favorece diabetes, hipertensión, aterosclerosis... entre muchas otras»		«Pero eso sí, me duelen las rodillas y la espalda porque me siento muy pesada»
«Noooo, no fíjese que no, no me considero enferma»			«Me siento muy pesada, muy cansada, con dolor de piernas»
«Es cierto que conocemos el riesgo, pero nos habituamos a nuestra mala alimentación»			«Siiii, ya no puedo caminar, me duelen las piernas... Se me hinchan... y las siento pesadas»

Fuente: entrevistas realizadas

Tabla 3 Enunciados relacionados con las categorías de percepción de rechazo social

Convivencia con personas delgadas	Convivencia con amigos	Convivencia familiar	Convivencia conyugal
«Mi hija no encuentra trabajo... por estar gordita no le quieren dar trabajo»	«He llegado a comer de más por el simple hecho de reunirme con algunos amigos»	«Tengo 5 hermanas, están gorditas... y a todas nos gusta comer juntas»	«Acabamos en muchas de las veces comiendo lo que se nos antoje en el momento»
«Mis hijos me dicen que me cuide... ellos me compran mis alimentos para que me cuide... no me dejan comer grasa»	«Algo en común que tengo con mis amigos es el gusto por un rico platillo»	«Con mi familia, nos reunimos todos los fines de semana para comer juntos siempre algo rico»	«Tengo un marido que siempre me anda invitando a comer, entonces no puedo llevar una dieta»
	«Mi grupo de amigos es muy glotón»	«Con mi familia convivo llevándoles a comer fuera del hogar para salir de la rutina»	«Yo tengo muchos obstáculos para bajar de peso, porque a mi esposo el gusta que lo acompañe cuando el come»
«Mi hija porque me dice que me veo mal y que necesito bajar de peso por mi salud... Me lo dice para que yo esté mejor, pero me hace sentir muy mal»	«Acabamos yendo a comer donde se nos antoja»	«Acostumbro visitar a familiares en fin de semana, donde siempre va de entrada las comidas en exceso»	«A mi pareja le gustan las mujeres delgadas, por eso tengo miedo de que me sea infiel»
	«En el trabajo comemos todos juntos y reímos de todo»		

Fuente: entrevistas realizadas

Tabla 4 Enunciados relacionados con las categorías de percepción acerca de los tratamientos reductivos

Decisión de bajar de peso	Fracaso	Costo	Éxito	Inconvenientes
«Por mi salud, trabajo y el deseo por mejorar mi condición física»	«Todo ha fracasado, no soy disciplinada»	«Yo creo que sí, porque hay que comprar cosas, la verdura está por las nubes»	«No creo que baje con el ejercicio»	«Intenté bajar de peso tomando Herbalife, pero no bajé de peso, sólo me mareaba mucho y yo sentía que me hacía daño»
«Mi pareja me dice que debo bajar por mi salud».	«Me sentí mal en la acupuntura»	«Hay medicamentos para bajar de peso, que son muy caros»	«Muy difícil, se tiene que tener una gran voluntad y disciplina»	«He hecho dietas como pocas, pero subo de peso, y me descompenso pues me mareo»
«Mis hijos me dicen que me cuide»	«Dejé todo, ya era yo pura dieta, y eso no era vida»		«Porque me desmotivó muy rápido, uno quisiera ver resultados inmediatos»	«Hace un mes y logré bajar como 4 kg, con un licuado de piña, apio, nopal y unas pastillas, pero me sentí mal y lo dejé»
«Para verme bien porque mi marido anda con otra»	«Me propongo bajar y lo hago, pero fracaso casi a semana»		«Sí, se me hace difícil bajar aunque lleve yo alguna dieta, pienso que así ya es mi constitución»	
«Mi pareja me ha dicho que me veo mejor así gordita»	«Me compré unas fajas, como me sentía mal las dejé»		«Me hace muy difícil más que nada, yo digo que por mi edad, por mi menopausia»	
«Porque me ven y dicen: “ay, estás bien gorda”»	«Conozco a gente que hace mucho ejercicio y luego rebotan»			

Fuente: entrevistas realizadas.

de la dimensión espacial, la obesidad también fue promovida por las funciones familiares de autocuidado y socialización al relacionarse culturalmente el afecto con los alimentos. Finalmente, en la dimensión social, identificamos en los entrevistados una parcial conciencia, una aceptación y una valoración de sí mismos y de los demás, lo que los llevó a generar dentro de sus relaciones sociales sentimientos contradictorios.

Discusión

Los resultados que obtuvimos son acordes a reportes de investigaciones similares a la nuestra y, tal como lo señala Zukerfeld, las personas obesas no se encuentran satisfechas con su apariencia física, lo que las lleva a subestimarse y a percibir su cuerpo de manera inferior al de otras personas⁵.

Otro aspecto identificado fue la insatisfacción que experimenta el obeso ante la falta de aceptación personal y el reproche social de su imagen corporal. En consecuencia, el consumo de alimentos ocupa un lugar importante en la satisfacción de sus necesidades personales; por otro lado,

sus relaciones sociales son desplazadas a un plano menos importante. A este respecto, Stunkard y Wadden señalan que es frecuente que las personas obesas se encuentren crónicamente insatisfechas, de manera tal que esto las lleve a un deterioro importante de su calidad de vida y, por ende, al desarrollo de patologías crónicas. Hilde Bruch enfatiza la dificultad que tiene el obeso para identificar sus emociones, lo que expresa con una ingesta copiosa de comida⁶.

Resulta también importante mencionar que la obesidad no es considerada como una patología, sino como un factor de riesgo. Lo que da pie a la creencia de que por su constitución se ven llenitos o gorditos y, por ende, es imposible perder peso. El inicio del problema de la obesidad se relacionó con los cambios en los estilos de vida, propiciados por el propio proceso de crecimiento y la maduración personal.

Son los padres o los familiares cercanos las figuras que moldean los hábitos alimenticios y es, precisamente, el consumo de alimentos el medio por el que logran sentirse integrados y aceptados socialmente. Tal vez por ello el consumo de alimentos es promovido en todos los espacios sociales donde se desenvuelven. Lo que lleva a experimentar

Tabla 5 Ubicación de los relatos de vida dentro del espacio tridimensional de la teoría del ethos		
Dimensión temporal		
<i>Tiempo de vida</i>	<i>Historicidad</i>	<i>Inserción social</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia • Adulthood intermedio • Adulthood mayor 	<ul style="list-style-type: none"> • Casamiento • Embarazo • Ingreso en la educación media y media superior • Ingreso laboral • Jubilación 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades inherentes al proceso de socialización a partir de la adolescencia
Dimensión especial		
<i>Familiar</i>	<i>Atravesados</i>	<i>Prohibidos</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Patrones familiares de hábitos alimenticios inadecuados 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivación social del consumo de alimentos rápidos y chatarra 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementa la satisfacción que produce el consumo de alimentos
Dimensión social		
<i>Yo</i>	<i>Yo-tú</i>	<i>Nosotros-ellos</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Busca la aceptación grupal a través del consumo de alimentos • Utiliza los alimentos como satisfactor emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene la lejanía entre la pareja cuando sólo uno de ellos es obeso • Mantiene la relación cuando los dos tienen problemas de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene un vínculo de incompreensión y reproche entre las personas con peso normal y los obesos • Genera conductas autoagresivas
Fuente: entrevistas realizadas.		

sentimientos contradictorios: por un lado, encuentran su fuente de placer y satisfacción en los alimentos y, por otro lado, los atracones les hacen sentir una enorme culpa, fracaso e incluso depresión. Asimismo, los consejos que les ofrecen parecen tener un efecto contrario, pues más que motivarlos para perder peso, los hacen sentirse agredidos, criticados e incomprensidos, lo que les crea la necesidad de consumir más alimento y aislarse socialmente. Garner y Garfinkel, en 1980, exaltaron la contribución que los aspectos biológicos, familiares y psicológicos han tenido sobre la aparición de los trastornos alimenticios¹³. Igualmente, un estudio realizado en la Universidad de Nuevo León identificó la relación de la obesidad con eventos de vida estresantes y con patrones alimenticios personales familiares⁹.

Una de las limitaciones al realizar este estudio fue la falta de participación de las personas para formar parte de la muestra, quizá por el tiempo en el que se llevarían a cabo las entrevistas o por sus diversas ocupaciones. El número de preguntas realizadas no abarcaron por completo las categorías de los supuestos en algunas personas.

Finalmente, es importante que el médico de familia, durante su desempeño profesional, no olvide la importancia que los factores emocionales y socioculturales tienen sobre la génesis y la evolución de la obesidad.

En conclusión, los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar n.º 94 portadores de obesidad adquirieron su obesidad posteriormente al matrimonio, a la reproducción, al ingreso a la vida laboral y a las etapas de crisis no superadas; se sienten inconformes con su imagen corporal y, sin embargo, no perciben el riesgo que entraña su obesidad, ya que ésta no es identificada como enfermedad.

Sus comportamientos alimenticios están influenciados por factores sociales y culturales y, de forma ambivalente, son discriminados y rechazados por su grupo social. Sus familias promueven la reducción de peso, sin embargo, en la práctica diaria se convierten en un obstáculo para el éxito de cualquier tratamiento reductivo y, a pesar de llevarlos a cabo, tienen poca confianza en ellas debido a las recaídas y a los rebotes que ellos refieren que les proporcionan.

Bibliografía

1. Sánchez-Castillo CP, Pichardo-Ontiveros E, Patricia López-R. Epidemiología de la obesidad. [consultado 5/8/2007]. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/descargas/gaceta/suplementos/Gmm_v140_s2/internet/PDF/2004-140-SUP2-3-20.pdf.
2. Moreno AL, Olivera JE. Obesidad. [consultado 5/8/2007]. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/nutricion/7.pdf>.
3. García A. Tratamiento de la obesidad en el síndrome metabólico. En: González A, Lavallo FJ, Ríos JJ, editores. Síndrome Metabólico y Enfermedad Cardiovascular. México: Intersistemas; 2004. p. 301-5.
4. Tapia R. Obesidad. En: Tapia R, editor. El Manual de Salud Pública. México: Intersistemas; 2006. p. 643-86.
5. Rovira L. Obesidad y Psicopatología. [consultado 18/9/2007]. Disponible en: <http://www.ama-med.org.ar/obesidad/CAP-12-OBESIDAD-PSICOPATOLOGIA.pdf>.
6. Silvestri E, Stavile A. Aspectos psicológicos de la obesidad. [consultado 17/9/2007]. Disponible en: <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-02.pdf>.
7. Guevara R. Obesidad infantil: algunos aspectos epidemiológicos, económico-sociales y culturales. [consultado 30/7/2009]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/Paediatrica/v08_n2/pdf/a06v8n2.pdf.
8. Lorenzet A, Nerezini F. Ciencia, riesgo y representación social. [consultado 22/10/2007]. Disponible en: <http://www.jrc.es/home/report/spanish/articles/vol82/SCI2S826.htm>.
9. Cabello L. Estudio cualitativo-fenomenológico sobre la obesidad. Génesis y reacciones a la misma. [consultado 22/10/2007]. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2006/ee-05-2006/carteles/otros.htm>.
10. Becker M. The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs. 1974;2:234-508.
11. Ritzer G. Interaccionismo simbólico. En: Ritzer G, editor. Teoría Sociológica Contemporánea, 3 ed. México: Mc-Graw-Hill; 1997. p. 213-62.
12. Lalive C. Relato de vida, ethos y comportamiento por una exegesis sociológica. [consultado 22/10/2007]. Disponible en: <http://www.dialogica.com.ar/unr/comaud1/archives/cat8-investigacion.php>.
13. Informe público europeo de evaluación. Acomplia. [consultado 27/10/2007]. Disponible en: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/acomplia/H-666-es1.pdf>.